

Posters – Obstetrícia

PO – (22580) – PANCREATITE AUTOIMUNE E BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR COMPLETO NUMA GRÁVIDA COM SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIO – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Taborda Leal¹; Joana Mendes¹; Filipa Castro Coelho¹; Cremilda Barros¹; Luis Miguel Farinha¹

1. Hospital Central do Funchal

Introdução: A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune crónica caracterizada por infiltração linfocítica de glândulas exócrinas, conduzindo à sua destruição e à disfunção secretora. A afeção do pâncreas com manifestação clínica evidente é muito rara. A presença de anticorpos anti-RO/SS-A anticorpos anti-La/SS-B aumenta o risco do feto desenvolver um bloqueio atrioventricular (BAV) completo devido à passagem transplacentária destes anticorpos e consequente lesão irreversível do sistema de condução cardíaco fetal.

Objetivos: Descrever possíveis complicações da SS na gravidez decorrentes do envolvimento gastrointestinal, que embora raro, enfatiza a natureza variável e sistémica da SS.

Metodologia: Caso clínico

Resultados e Conclusões: Grávida de 34 anos, IO:2002 (gestações prévias sem intercorrências), diagnosticada com SS primário às 13 semanas de gravidez. Os anticorpos anti-RO/SS-A e anti-La/SS-B eram positivos. Foi medicada com hidroxicloroquina e dexametasona e manteve controle semanal através de ecocardiografia fetal. Às 21 semanas, foi detetado um BAV de segundo grau. O ecocardiograma fetal revelava um coração estruturalmente normal, sem evidência de derrame pericárdico ou disfunção ventricular. Às 31 semanas o diagnóstico de BAV completo é realizado, com bradicardia fetal de 60 batimentos por minuto. Às 34 semanas, a grávida recorre ao serviço de urgência por dor abdominal com irradiação dorsal, náuseas e vômitos com 2 dias de evolução. A avaliação analítica demonstrava elevação significativa da amilase e da lipase. A ecografia abdominal excluiu a presença de litíase e demonstrava um aumento do volume pancreático. Foi assumido o diagnóstico de pancreatite autoimune. A grávida foi internada, e manteve uma evolução clínica e analítica favorável com alta ao sétimo dia. O parto foi

realizado por cesariana às 39 semanas. Após o nascimento, foi confirmado o BAV completo do recém-nascido.

O caso descrito evidencia a importância do acompanhamento precoce e adequado de grávidas com SS, uma vez que está associada a um maior risco de resultados maternos e fetais adversos.

Palavras-chave: Síndrome Sjögren, Doenças autoimunes, Pancreatite autoimune, Bloqueio atrioventricular completo.

PO – (22679) – BIOMECÂNICA DO PARTO VAGINAL: UMA VISÃO ABRANGENTE

Dulce Oliveira¹; Rita Moura¹; Daniel Fidalgo¹

1. INEGI, LAETA

Introdução: O processo de parto é um fenómeno natural e intrincado que envolve a sincronização de múltiplos sistemas fisiológicos. Embora continuemos a basear-nos em estudos estatísticos de larga escala para a compreensão clínica do parto, os avanços recentes na área da biomecânica têm aberto novos horizontes na exploração dos aspetos mecânicos deste evento complexo. A compreensão da mecânica do parto é fundamental para o avanço dos cuidados obstétricos, contribuindo para aprimorar os resultados clínicos tanto para as mães quanto para os bebés.

Objetivos: O objetivo principal deste trabalho é fornecer uma visão abrangente do atual panorama da biomecânica do parto. A análise abrange uma vasta gama de tópicos, desde as fases iniciais do trabalho de parto até ao momento crucial da expulsão do feto, com ênfase nos princípios biomecânicos subjacentes e nos diversos fatores que moldam esse processo dinâmico. São também analisados os principais desafios e exploradas as tecnologias emergentes e as abordagens de modelação promissoras que podem impulsionar novos avanços neste campo.

Metodologia: As bases de dados bibliográficas consultadas foram a PubMed, B-On, ScienceDirect e LILACS e as referências duplicadas foram excluídas. Foram selecionados artigos publicados entre 2004 e 2022, escritos em inglês, português, francês ou espanhol. Optou-se por uma busca por termos livres, sem o uso de vocabulário controlado.

Resultados e Conclusões: Os modelos computacionais podem contribuir para investigar as causas e consequências do trauma do parto. Embora se verifiquem frequentemente simplificações nos modelos para tornar o processo complexo mais eficiente do ponto de vista computacional, isto permite focar em aspetos específicos do trabalho de parto, como a descida fetal, sem deixar de captar a dinâmica essencial. A pesquisa contínua na investigação sobre a biomecânica do parto tem o potencial de revelar novos conhecimentos sobre a otimização dos cuidados maternos durante todo o processo.

Palavras-chave: Modelos computacionais, Simulações Computacionais, Propriedades Biomecânicas, Biomecânica Fetal.

PO – (22684) – FÍSTULA VESICOUTERINA APÓS PARTO VAGINAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO COMPLEXO

Sara Forjaz¹; Raquel Rodrigues¹; Rafaela Pires¹; Maria José Monteiro¹

1. Hospital de Braga

Introdução: Uma fistula vesicouterina (FVU) corresponde a uma comunicação patológica entre o útero e a bexiga, com dimensões e localização variáveis. Apesar de infrequente, a sua prevalência tem vindo a aumentar, devido ao aumento das taxas de cesariana e aumento dos partos vaginais após cesariana.

Objectivos: Descrever um caso clínico de uma FVU após um parto instrumentado.

Metodologia: Exposição retrospectiva.

Resultados e Conclusões: Mulher de 26 anos, caucasiana, 2G1P (cesariana prévia, 3 anos antes, por trabalho de parto estacionário). Foi internada às 36 semanas de gestação com o diagnóstico de apendicite aguda, tendo sido submetida a uma apendicectomia, via laparotómica. Quatro dias depois entrou em trabalho de parto pré-termo. Verificou-se uma normal progressão do trabalho de parto, com um traçado fetal normal de forma sustentada. O parto teve auxílio de ventosa, para diminuição dos esforços expulsivos maternos, e nasceu um recém-nascido masculino com 3046g. No pós-parto imediato, a puérpera queixou-se de incontinência urinária. Foi analisada a integridade vesical, com teste com azul de metileno, e verificou-se uma abundante perda de corante através do colo uterino. Utilizando ecografia e urotomografia, estabeleceu-se o diagnóstico de uma volumosa FVU. Devido às dimensões da fistula e à persistência de incontinência urinária abundante, decidiu-se a correção cirúrgica, no 5º dia

pós-parto. Constatou-se uma fistula com 10cm, entre o útero e a porção supratrigonal da bexiga, que foi corrigida. Não houve posterior recorrência dos sintomas ou qualquer outra queixa.

A fistula vesicovaginal é uma condição incapacitante de grande impacto na qualidade de vida da mulher, por isso o diagnóstico e tratamento precoces são fulcrais. Este caso ilustra a importância de estar alerta para as complicações pouco frequentes após parto vaginal, nomeadamente no contexto de patologia concomitante. É de salientar a normal progressão do trabalho de parto, apesar da grande deiscência uterina. A correção cirúrgica permitiu a plena recuperação da puérpera.

Palavras-chave: fistula vesicouterina, PVAC, apendicite na gravidez, complicações obstétricas.

PO – (22713) – TORÇÃO ANEXIAL NA GRAVIDEZ – UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Mafalda Barros¹; Vanessa Santos¹; Ana Paula Ferreira¹

1 - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Introdução: A torção anexial consiste na torção total ou parcial do ovário e/ou da trompa em torno de seu eixo vascular com conseqüente compressão vascular e necrose. É a quinta emergência cirúrgica ginecológica mais comum e a gravidez é um fator de risco para torção, mais frequente durante o 1º e 2º trimestres.

Objectivos: Este caso destaca a importância de realizar um diagnóstico diferencial rigoroso entre as causas mais comuns de abdómen agudo na gravidez.

Metodologia: Consulta do processo clínico informatizado e entrevista médica.

Resultados e Conclusões: Grávida de 23 anos, nulípara, natural do Bangladesh sem seguimento ginecológico prévio. Com 11 semanas de amenorria, recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) por dor pélvica aguda e intensa acompanhada de vômitos com 12h de evolução, sem febre ou perda hemática vaginal. Ao exame objetivo destaca-se abdómen pouco depressível e doloroso nos quadrantes inferiores, com defesa. Útero aumentado de volume, superior ao tempo de amenorria. Neste contexto, realizou ecografia pélvica que evidenciou volumosa massa quística complexa com aparente ponto de partida no ovário direito e com sinais fortemente sugestivos de torção anexial. Foi admitida para laparotomia exploradora emergente. Intra-operatoriamente constata-se volumosa massa anexial direita com 15 x 11,5 x 9 cm, em torção. Realizada redução da torção e tentativa de preservação de anexos, sem sucesso, pelo que foi subme-

tida a anexectomia á direita. A citologia do lavado peritoneal foi negativa para células neoplásicas. O diagnóstico histológico revelou teratoma maduro trigerminial do ovário. Realizada ecografia obstétrica pós-operatória, com embrião vivo e boa vitalidade. Alta ao 3º dia pos-operatório. Mantém seguimento em consulta de Obstetrícia, sob suplementação com progesterona desde a cirurgia, sem outras intercorrências registradas até à data.

Este caso alerta para a importância de um diagnóstico diferencial célere para as principais causas de abdómen agudo na gravidez, de modo a atingir um desfecho obstétrico favorável.

Palavras-chave: gravidez; torção anexial; teratoma.

PO – (22766) – UROPATIA OBSTRUTIVA EM PUÉRPERA COM RIM ÚNICO – RELATO DE CASO CLÍNICO

Gisela Silva¹; Daniel Silva¹; Diogo Lima¹; Margarida Paiva¹; Daniela Pereira¹; Ana Paula Lopes¹

1. Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução: A litíase renal obstrutiva é uma doença comum, dolorosa, mas raramente fatal. Durante a gravidez e, estendendo-se ao puerpério, ocorrem alterações anatómicas e fisiológicas que favorecem a formação de cálculos urinários. Embora frequentemente assintomática, pode condicionar cólica renal ou, ainda, complicar com lesão renal.

Descrição do caso: 20 anos, etnia cigana, IO: 1011 (1 parto eutócico; 1 aborto espontâneo), antecedentes de nefrectomia à esquerda na infância após traumatismo. Internamento em início de trabalho de parto às 36 semanas e 1 dia, de gravidez gemelar bicoriônica, insuficientemente vigiada. Ocorreu parto eutócico com períneo intacto sem complicações.

No puerpério imediato iniciou quadro agudo de lombalgia direita, sugestivo de cólica renal. Analiticamente demonstrou-se lesão renal aguda (creatinina 5.93mg/dL), aumento moderado dos parâmetros inflamatórios, leucocitúria e eritrocitúria. Imagiologicamente, a ecografia renal mostrou “rim direito único com importante aumento da sua ecogenicidade associado a ureterohidronefrose” e, por tomografia computadorizada, foi descrito “cálculo com 8,6mm a nível do ureter pélvico, condicionando dilatação do excretor a montante”.

Atendendo a obstrução em puérpera com rim único e, após discussão com Urologia, optou-se por realização de derivação urinária urgente com colocação de

cateter em duplo J. Posteriormente, verificou-se melhoria clínica e normalização analítica dos parâmetros renais e inflamatórios. Eletivamente, optou-se por fragmentação laser do cálculo através de ureterorenoscopia, o que permitiu a resolução definitiva do quadro.

Objetivos: Descrição de caso clínico; revisão da literatura.

Metodologia: Avaliação retrospectiva do processo clínico; pesquisa de literatura.

Resultados e Conclusões: A litíase renal obstrutiva pode representar um desafio clínico significativo em Obstetrícia. É fundamental reconhecer que as alterações fisiológicas inerentes à gravidez e puerpério podem não só aumentar a suscetibilidade como complicar o seu diagnóstico e tratamento. O caso clínico descrito destaca a importância de uma abordagem multidisciplinar para um desfecho positivo e, ainda, a relevância de um acompanhamento pré-natal adequado, especialmente em pacientes com fatores de risco.

Palavras-chave: uropatia obstrutiva, puerpério, rim único.

PO – (22796) – QUISTO GIGANTE DO OVÁRIO NO TERCEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ – RELATO DE CASO

Duarte Teodoro¹; Ema Virga¹; Daniela Encarnação¹; Virgílio Flor¹; Carla Granja¹; Fernando Guerreiro¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão

Introdução: As massas anexiais quísticas não são incomuns na gravidez, a maioria são benignas e tendem a resolver espontaneamente até às 16 semanas de gestação. Contudo, as massas gigantes do ovário são raras e podem complicar o curso e desfecho da gravidez.

Objetivos: Descrição de caso clínico. Sensibilização sobre a patologia e o seu impacto no desfecho obstétrico.

Metodologia: Consulta de processo clínico e documentação fotográfica cirúrgica.

Resultados e Conclusões: Grávida de 37 anos, saudável, G3P2, com 36 semanas de gestação, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal. Tratava-se de doente com diagnóstico ecográfico de lesão quística unilocular de conteúdo anecogénico com 196x185x144mm e origem no ovário esquerdo às 30 semanas de gestação. No SU objetivava-se deformação do abdómen pela massa descrita a nível do quadrante superior esquerdo, com dor abdominal intensa e defesa que motivou internamento.

Por suspeita de torção da lesão foi submetida a la-

parotomia mediana infraumbilical urgente às 36 semanas e 1 dia de gestação. Intraoperatoriamente observava-se útero gravídico com laterodesvio direito pelo efeito de massa do quisto, que se estendia ao andar supramesocólico moldado aos órgãos adjacentes. Realizou-se excisão da lesão e cesariana segmentar transversa no mesmo tempo cirúrgico.

O parto decorreu sem intercorrências, com recém-nascido do sexo feminino, 2420g e índice de Apgar de 9/9/9. Confirmada a torção, foi realizada quistectomia; a lesão apresentava conteúdo amarelo citrino e pesava 3400g; o estudo histológico confirmou tratar-se de um cistadenoma mucinoso do ovário. Período pós-operatório com evolução favorável.

Com este caso atestamos o impacto clínico de um quisto gigante do ovário no terceiro trimestre de gravidez, que não foi negligenciável, levando ao aumento de risco de desfecho obstétrico desfavorável por parto pré-termo.

Palavras-chave: Quisto, ovário, gigante, gravidez, terceiro trimestre.

PO – (22817) – SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF SECUNDÁRIO A HIPEREMESE GRAVÍDICA

Patrícia Vieira Tavares¹; Marta Leitão Afonso¹; Madalena Cabrita¹; Vasco Fonseca¹; Bruna Abreu¹; Elsa Dias¹; Carlos Veríssimo¹

1. Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A hiperemese gravídica afeta 0,3 a 3% da população obstétrica. Uma das complicações é o Síndrome de Wernicke-Korsakoff, por deficiência de tiamina. A encefalopatia de Wernicke requer tratamento emergente para prevenir a morte e a morbidade neurológica.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo a descrição de um caso clínico do serviço de obstetrícia do Hospital Beatriz Ângelo

Metodologia: Dados recolhidos através dos registos clínicos informáticos no programa Sorian®.

Resultados e Conclusões: Caso de grávida de 28 anos, melanodérmica, natural da Guiné-Conacri. Índice Obstétrico 3003. Gravidez gemelar bicoriônica. Antecedentes de reativação Hepatite B sob tenofovir e hiperemese gravídica com 2 internamentos anteriores. Foi reinternada às 17 semanas + 1 dia por vômitos com 9 semanas de evolução, desorientação temporo-espacial, prostração e amnésia parcial. Ao exame objetivo, a destacar nistagmo horizonte-rotatório à leve e dextrover-

são e parésia do VI par à direita, paraparésia proximal Grau 4 e ataxia axial e apendicular, com instabilidade na posição sentada e ortostática. As análises revelaram défice grave de tiamina (<0.8 ug/dL). RM-CE “Áreas com hipersinal T2 nas regiões do hipotálamo e em topografia periependimária, marginando o segmento inferior das paredes laterais do III ventrículo, e da região periaqueductal”. Iniciou tiamina endovenosa 250 mg/dia e fisioterapia em internamento. RM 8 semanas após início de terapêutica “Normalização do sinal periaqueductal e dos corpos mamilares, a traduzir melhoria imagiológica”. Foi feito o diagnóstico de Síndrome de Wernicke-Korsakoff por Déficit grave de B1 em contexto de Hiperemese Gravídica Grave. Cesariana Eletiva às 32 semanas + 5 dias por restrição crescimento fetal e alterações fluxométricas graves. Recém-nascido 1, 1105 gramas, Apgar 4/7/9. Recém-nascido 2, 1030 gramas, Apgar 8/9/9. Após o parto, manteve fisioterapia, com recuperação parcial dos défices neurológicos.

A encefalopatia de Wernicke é rara na gravidez, sendo fundamental o tratamento emergente. É importante a prevenção desta patologia, de forma a diminuir a morbimortalidade associada.

Palavras-chave: Vômitos, Hiperemese Gravídica, Síndrome de Wernicke-Korsakoff.

PO – (22828) – CANCRO DA MAMA ASSOCIADO A GRAVIDEZ

Maria Henriques¹; Ana Isabel Machado¹

1. Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: O cancro da mama associado à gravidez (CMAG) define-se como aquele que é diagnosticado durante a gravidez ou no primeiro ano pós-parto. Apesar de ser a neoplasia mais frequentemente diagnosticada na gestação, o CMAG é raro, afetando 0,01-0,3% das gravidezes.

Objetivos: Evidenciar os desafios na abordagem ao CMAG.

Metodologia: Caso Clínico.

Resultados e Conclusões: 32 anos, sem antecedentes relevantes, diagnosticada com carcinoma invasivo da mama direita às 5 semanas de gestação – multifocal, grau 3, tipo não especial, recetor de estrogénios-90%, recetor de progesterona-70%, ERBB2 negativo, Ki67-60%, cT2N0, portadora de variante patogénica BRCA2.

Proposta quimioterapia neoadjuvante com doxorubicina + ciclofosfamida (AC) de 3 em 3 semanas se-

guido de paclitaxel semanal. Encaminhada neste contexto a consulta de Obstetrícia.

Intercorrências durante a gravidez a destacar alto risco de pré-eclâmpsia precoce e restrição do crescimento fetal na ecografia do 1º trimestre, pelo que iniciou ácido acetilsalicílico 150mg/dia; Diabetes gestacional do 2º trimestre controlada apenas com dieta até ao parto.

Iniciou quimioterapia às 13 semanas e 4 dias, tendo cumprido 3 administrações de AC e 12 de paclitaxel, conforme previsto. Terminou tratamento às 33 semanas e 5 dias.

Pelo risco de oligoâmnios associado ao esquema de quimioterapia, foram realizadas ecografias seriadas ao longo da gravidez, todas sem alterações, com líquido amniótico normal.

Programação do parto para as 37 semanas, 3 semanas após o término da quimioterapia. Parto eutócico espontâneo às 36 semanas e 5 dias. Recém-nascido vivo, feminino, 2800g, Apgar9/10. Alta ao 2º dia pós-parto clinicamente bem. Cumpriu inibição láctea.

Submetida a mastectomia bilateral um mês após o parto, sem intercorrências. Biópsia de gânglio sentinela sem metástases ganglionares.

Em consulta de Planeamento Familiar um mês e meio após o parto colocado dispositivo intrauterino de cobre.

Conclusão: Este caso evidencia a complexidade do CMAG, implicando um envolvimento multidisciplinar, com o objetivo de tratar a grávida minimizando os riscos no feto.

Palavras-chave: cancro da mama, gravidez.

PO – (22831) – GRAVIDEZ E PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA – OUTCOMES MATERNO-FETAIS

Inês Santos¹; Carolina Moura¹; Inês Castro¹; Graça Buchner^{1,2}; Jorge Braga^{1,2}

1. Centro Materno Infantil do Norte

2. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introdução: O cuidado e gestão de mulheres com distúrbios psiquiátricos durante a gravidez são desafiadores e complexos. A gravidez é um período crítico na vida de uma mulher que pode ser acompanhado por várias mudanças fisiológicas, emocionais e psicológicas. Entre essas mudanças, o aparecimento ou agravamento de distúrbios psiquiátricos representa uma importante preocupação, uma vez que pode afetar tanto o bem-estar materno quanto o desenvolvimento fetal. A decisão de manter ou iniciar tratamento pode de igual

modo representar um risco para a mãe, o feto e para os desfechos da gravidez.

Objectivos: Este estudo retrospectivo aborda a temática da prevalência de distúrbios psiquiátricos em mulheres grávidas dentro de uma amostra populacional num hospitalar central e analisa as consequentes implicações para a saúde materna e desfechos perinatais.

Metodologia: Análise de 100 mulheres encaminhadas para uma consulta especializada em saúde materna num hospital central num período de 9 anos. Foram recolhidos e analisamos dados acerca do diagnóstico, tratamento, crises e desfechos obstétricos e perinatais.

Resultados e Conclusões: Das 100 mulheres com patologia psiquiátrica, 99 cumpriram os critérios de seleção. As mulheres apresentaram uma idade média no diagnóstico de 22 anos, e uma idade média de 30 anos no momento do parto. Destas mulheres, 6,1% relataram tentativas prévias de suicídio. 32 estavam medicadas no momento da gravidez (32,3% com antidepressivos, 8,1% com ansiolíticos e 29,3% com antipsicóticos). Houve 2 casos de flare da doença. Depois do parto, 37,4% tiveram alta medicadas. Foram identificados 5 casos de depressão pós-parto e nenhum caso relatado de psicose pós-parto.

Em conclusão, este estudo destaca a relevância da complicada gestão de distúrbios psiquiátricos na gravidez. Reconhecendo a gravidez como um momento transformador caracterizado por uma cascata de mudanças fisiológicas, emocionais e psicológicas, destaca a sua importância na evolução de distúrbios psiquiátricos prévios ou latentes, sendo clara a necessidade de uma abordagem multidisciplinar destes casos.

Palavras-chave: Patologia Psiquiátrica, Gravidez, Ansiedade, Síndrome depressivo.

PO – (22835) – DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E CONDUTA DE SÍNDROMES DREPANOCÍTICAS

Madalena Cabrita¹; Bruna Abreu¹; Patrícia Tavares¹; Marta Afonso¹; Elsa Dias¹; Carlos Veríssimo¹

1. Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: As síndromes falciformes compostas incluem qualquer hemoglobinopatia na qual a mutação falciforme é herdada em combinação com outra mutação do gene da globina. Essas síndromes podem ter gravidade clínica diferente em comparação com a mutação falciforme homocigótica (HbSS).

Objectivos: Descrever um caso clínico de uma síndrome drepanocítica composta em grávida com diagnóstico desde infância de anemia falciforme homocigótica.

ca, com suspeita baseada na eletroforese das hemoglobinas pedida nas análises do primeiro trimestre da gravidez.

Metodologia: Análise retrospectiva dos dados do processo clínico e revisão da literatura.

Resultados e Conclusões: Grávida de 22 anos, G1P0, com diagnóstico de anemia falciforme pré-concepcional e, com múltiplas manifestações graves pré-concepcionais (Síndrome Torácico agudo, Crise aplásica, crise vaso-oclusiva) e lesão órgãos-alvo (Nefropatia grau I, Dilatação aurícula esquerda e hepatomegália). Iniciou vigilância da gravidez no nosso serviço, e a eletroforese das hemoglobinas revelou ausência de Hemoglobina A (HbA) e 84,8% de Hemoglobina S (HbS), o que levantou a suspeita de um síndrome falciforme composto. Aguarda teste genético, de forma a identificar a mutação específica no gene da hemoglobina beta.

O diagnóstico diferencial de Anemia Falciforme Beta-talassémia + (HbSβ+) e Anemia falciforme Beta-talassémia 0 (HbSβ0) é um diagnóstico difícil até mesmo para hematologistas. A sua distinção é muito importante pela maior gravidade de manifestações clínicas e semelhança da HbSβ0 com HbSS. Portanto, o diagnóstico completo e o acompanhamento médico adequado são essenciais para fornecer o melhor tratamento e cuidados possíveis para os pacientes.

Palavras-chave: HbSS, HbA, HbS, HbSβ+, HbSβ0.

PO – (22844) – DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE VISUAL NA GRAVIDEZ

Catarina Toscano¹; Francisca Vilaça¹;

Catarina Almeida²; Miguel Ribeiro²; Vera Silva¹

1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Tondela-Visu, E.P.E.

2. Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Tondela-Visu, E.P.E.

Introdução: A Retinopatia de Valsalva é uma forma específica de retinopatia caracterizada por hemorragia localizada sob a membrana limitante interna após manobra de valsalva. Pode ser unilateral ou bilateral e ocorre devido a subida repentina da pressão intratorácica ou intrabdominal, que é transmitida aos capilares superficiais da retina causando a sua rutura. Pode originar hemorragia vítrea e subretiniana. A gravidez é um fator de risco para esta retinopatia.

Objetivos: Descrição de um caso clínico de uma grávida com diagnóstico de retinopatia de valsalva.

Metodologia: Consulta do processo clínico da grávida.

Resultados e Conclusões: G1P0, 26 anos, obesidade classe II e hipotireoidismo gestacional. Gravidez sem in-

tercorrências. Dirigiu-se ao Serviço de Urgência às 37 semanas por diminuição da acuidade visual no olho direito, com 24h de evolução, após episódio de vômito. Sem outras queixas. Hemodinamicamente estável e analiticamente sem alterações. Cardiotocograma com traçado tranquilizador, normoreactivo.

Observada pelo Serviço de Oftalmologia, sem defeito pupilar aferente relativo, acuidade visual do olho direito 0.5/10 e do olho esquerdo 10/10. Fundoscopia do olho direito com hemorragia pré-retiniana macular inferior com atingimento foveal.

Fez retinografia, verificando-se hemorragia pré-retiniana sugestiva de diagnóstico de retinopatia de valsalva. Decidida realização de hialoidectomia posterior YAG.

Foi feita reavaliação às 38 semanas, com retinografia, com visualização apenas de hemorragia no segmento inferior, sem atingimento da parte central. Grávida com recuperação da acuidade visual.

Decidida cesariana eletiva às 39 semanas + 3 dias, com analgesia locorregional. RN, sexo masculino, 3275 gr, Apgar 9/10/10. Puerpério sem intercorrências.

Este caso clínico destaca a importância do diagnóstico diferencial de retinopatia de valsalva em situações de diminuição da acuidade visual na gravidez. Na literatura internacional a escolha do tratamento depende do local e dimensão da hemorragia e não existe consenso sobre a via de parto e a abordagem anestésica nestas situações, sendo as decisões feitas caso a caso.

Palavras-chave: Retinopatia de Valsalva, Gravidez, Acuidade Visual.

PO – (22845) – HIDROPSIA FETAL POR SÍFILIS GESTACIONAL – UM CASO CLÍNICO ATÍPICO

Filipa Ladislau¹; Ana Sousa¹; Mariana Marques¹;

Ana Paula Ferreira¹

1. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução: A hidropsia fetal, caracterizada por achados ecográficos que incluem derrame pleural, derrame pericárdico, ascite e edema cutâneo generalizado, abrange múltiplas etiologias. Entre as causas infecciosas mais comuns destacam-se o parvovírus B19, citomegalovírus e toxoplasmose. A sífilis, uma infecção sistémica causada pelo *Treponema pallidum*, causa mais rara de hidropsia fetal, apresenta elevado risco clínico pelo potencial de transmissão vertical na gravidez, nomeadamente infecção congénita ou morte perinatal. A probabilidade de transmissão vertical aumenta proporcionalmente com a idade gestacional à qual se apresenta a infeção materna.

Resultados e Conclusões: Grávida de 32 semanas e 2 dias, vigiada no centro de saúde, com análises de segundo trimestre e ecografia de terceiro trimestre recente sem alterações, dirigiu-se ao serviço de urgência por contratilidade. O CTG revelou um perfil patológico, de acordo com as diretrizes da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, caracterizado por taquicardia fetal, desacelerações repetitivas e baixa variabilidade.

A avaliação ecográfica identificou derrame pericárdico, pleural e ascite significativa, achados compatíveis com hidropsia fetal. Além disso, a avaliação fluxométrica mostrou uma anemia fetal grave. Foi realizada uma cesariana de urgência, o recém-nascido apresentou índice de Apgar 1/2/2 e subsequente morte perinatal. A avaliação analítica revelou VDRL e TPHA positivos, sugerindo uma infecção materna adquirida no final da gravidez.

A hidropsia fetal pode ter um curso rapidamente progressivo, especialmente na presença de anemia fetal grave, como nos casos de infecção por sífilis. Uma rápida detecção e intervenção médica é essencial para otimizar a possibilidade de um desfecho favorável.

De salientar que, mesmo com uma vigilância obstétrica rigorosa, complicações como esta podem ocorrer, sublinhando a importância da educação contínua em saúde materna e da triagem e tratamento oportunos de infecções maternas, especialmente aquelas com potencial de transmissão vertical. A identificação da etiologia, mesmo que após desfecho obstétrico desfavorável, reduz o risco em gestações futuras.

Palavras-chave: Hidropsia fetal, Sífilis, Anemia.

PO – (22847) – PIELONEFRITE AGUDA NA GRAVIDEZ

Silvana Almeida¹; Sara Faria¹; Cláudia Da Costa Oliveira¹; Juliana Rocha¹

1. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: As alterações fisiológicas da gravidez aumentam a incidência de infeções do trato urinário (ITU).

A pielonefrite aguda (PNA) associa-se a desfechos obstétricos desfavoráveis como parto pré-termo, baixo peso ao nascimento e complicações maternas como anemia e sépsis.

Objectivos: Descrição de população diagnosticada com PNA na gravidez, dos agentes patogénicos, das resistências antibióticas, dos desfechos obstétricos e maternos.

Metodologia: Estudo retrospectivo descritivo contemplando grávidas com partos entre 01/2020-12/2022, diagnosticadas com “Pielonefrite Aguda” durante gestação.

Resultados e Conclusões: No período de estudo, ocorreram 6386 partos no nosso centro e diagnosticamos 27 casos de PNA anteparto (incidência de 0.42%). A idade média materna foi 26±4 anos e o IMC médio foi 25,2±4,0 kg/m². 74% das infeções ocorreram em mulheres nulíparas. A maioria dos casos sucederam no 3º e 2º trimestres (51.8% e 44.4%, respetivamente). Em 29.6% das grávidas, existiam antecedentes de bacteriúria assintomática (BA)/ITU.

Entre os 27 casos, 21 (77.7%) mostraram uma cultura positiva e o microrganismo mais prevalente foi a *Escherichia coli* (62.9%). Em oito destas infeções existiam resistências antibióticas identificadas, sobretudo à ampicilina. Num dos casos houve recorrência de ITU após tratamento de PNA.

Verificou-se um caso de parto pré-termo (35semanas+5dias), dois recém-nascidos com baixo peso ao nascimento, um dos quais foi internado na UCIN por hipotonia e dificuldade respiratória. Registou-se um caso de sépsis materna após o diagnóstico de PNA às 23semanas+5dias de gestação.

Neste estudo, observou-se que a PNA é mais frequente no 3º trimestre da gravidez e a maioria dos casos ocorreu em mulheres nulíparas. O microrganismo mais vezes identificado foi a *E.coli*.

A PNA associa-se a possíveis desfechos materno-fetais graves, pelo que é importante um elevado grau de suspeição. A implementação precoce do tratamento empírico e a respetiva profilaxia antibiótica são as estratégias mais eficazes para a redução de recorrências e possíveis complicações.

Palavras-chave: Pielonefrite Aguda, Infecção, Gravidez, Fatores de risco.

PO – (22852) – GRAVIDEZ ECTÓPICA OVÁRICA – UM DIAGNÓSTICO INCOMUM

Andreia Mota De Sousa¹; António De Pinho¹; Elisa Soares¹; Lurdes Mota¹; Olimpia Do Carmo¹; Diana Melo Castro¹

1. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A gravidez ectópica representa cerca de 2% de todas as gestações, sendo a gravidez ovárica (GO) responsável por 1-3% de todas as gestações ectópicas. A GO representa um desafio diagnóstico sendo, na maioria das vezes, um diagnóstico intraoperatório que requer confirmação anatomopatológica.

Objetivos: Descrevemos um caso de gravidez ovárica com suspeita intraoperatória e abordagem cirúrgica conservadora.

Resultados e Conclusões: Mulher de 25 anos de idade, saudável, 3G1P (parto por cesariana), recorreu ao serviço de urgência com náuseas e dor abdominal nos quadrantes inferiores, de início súbito e com uma hora de evolução. Sem método contraceptivo e data da última menstruação 3-4 semanas antes. Encontrava-se normotensa, normocárdica e apirética e ao exame objetivo apresentava dor à palpação abdominal superficial dos quadrantes inferiores, sem sinais de irritação peritoneal. Na realização do exame ginecológico constata-se apenas dor à palpação uterina bimanual. Na ecografia transvaginal visualizou-se cavidade uterina vazia e imagem complexa paraovárica direita com líquido livre no fundo de saco de Douglas. O estudo analítico revelou valor de subunidade beta da gonadotrofina coriônica humana (bHCG) sérica de 7100,0mUI/mL e hemoglobina de 12,2g/dl. Foi proposta cirurgia laparoscópica por suspeita de gravidez ectópica rota. Intraoperatoriamente, o útero e anexo esquerdo apresentavam-se de normal tamanho e morfologia e, na superfície do ovário direito foi constatada uma tumefação de coloração azulada com hemorragia ativa associada a hemoperitônio. Perante o achado, foi decidida ressecção em cunha por eletrocoagulação da tumefação suspeita de gravidez ovárica e aplicada matriz hemostática no leito cirúrgico. A peça cirúrgica foi enviada para estudo anatomopatológico que confirmou o diagnóstico de gravidez ovárica.

Nos casos de gravidez ovárica, diagnóstico raro e frequentemente intraoperatório, a atitude mais conservadora possível deve ser adotada, de modo a diminuir o impacto no futuro reprodutivo da mulher.

PO – (22853) – AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO FETAL: EM QUE IDADE GESTACIONAL?

Mariana Valente Abreu¹; Beatriz M Neves¹; Marisa Oliveira Santos¹; Daniela Ferreira Almeida¹

1. Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: Por convenção, a restrição de crescimento fetal (RCF) tardia é diagnosticada após as 32 semanas de gestação. Apesar da menor morbimortalidade a ela associada, comparativamente à RCF precoce, a sua maior prevalência torna-a uma entidade clínica com grande impacto na população.

A RCF tardia acarreta dois principais desafios. Por um lado, a sua deteção, pois não é possível no interva-

lo preconizado para a ecografia do 3º trimestre (30-32 semanas), e por outro, a estratificação de risco entre as duas entidades que a compõem - o feto leve para a idade gestacional (LIG), cujo desfecho perinatal é globalmente positivo, e a RCF propriamente dita, que se associa a insuficiência placentária.

Objetivos: Avaliar e questionar a idade gestacional para diagnóstico ecográfico da RCF tardia.

Metodologia: Foram selecionadas as gestações unife-tais com RCF diagnosticada no período pré-natal e nascidas no Hospital Pedro Hispano entre 2020 e 2022.

Resultados e Conclusões: Foi obtida uma amostra de 153 gestações, das quais 55 (36%) se tratavam de RCF precoces, portanto, diagnosticadas previamente ou aquando da ecografia de 3º trimestre, e 98 (64%) correspondiam a RCF tardias.

Relativamente às RCF tardias, 77,6% dos casos foram diagnosticados a partir das 34 semanas de gestação. De entre as RCF tardias, 56,1% correspondiam a LIG - estimativa de peso fetal (EPF) superior ao percentil 3 e sem alterações fluxométricas - e 43,9% tratavam-se de RCF - EPF inferior ao percentil 3 e/ou com alterações fluxométricas associadas.

Na presente amostra, à semelhança do reportado pela evidência atual, a RCF tardia foi a mais prevalente e associou-se a insuficiência placentária numa proporção significativa dos casos. Assim, é importante diagnosticar esta entidade clínica e, para aumentar a taxa de deteção, considerar a reavaliação do crescimento fetal num momento posterior e, caso tal não seja possível, ponderar rever a idade gestacional da ecografia do 3º trimestre de rotina na gravidez de baixo risco.

Palavras-chave: restrição de crescimento fetal, leve para a idade gestacional, ecografia do 3º trimestre.

PO – (22854) – ESPLENOMEGÁLIA NA GRAVIDEZ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Elisa Sousa¹; Filipa Ladislau¹; Catarina Costa¹; Sara Nascimento¹; Teresa Matos¹; Ana Paula Ferreira¹

1. Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Introdução: A esplenomegália é uma condição pouco frequente na grávida e tem implicações diretas no desenrolar da gravidez, no parto e no puerpério, devendo ser uma patologia abordada multidisciplinarmente.

Objetivos: Descrever um caso clínico de mulher grávida com esplenomegália e pluripatologia.

Metodologia: 29 anos, melanodérmica, G1P0, com antecedentes pessoais de anemia multifatorial (delta-beta-

talassémia e ferropénia secundária a patologia hemorroidária), trombocitopénia secundária a esplenomegália, malformação da veia ilíaca interna direita, doença fistulosa perianal com proctosigmoidite. Foi referenciada à consulta de obstetrícia às 28 semanas e 4 dias de gestação.

Na ecografia do 3º trimestre, às 32 semanas e 3 dias, verificou-se percentil 23, apresentação cefálica, líquido amniótico normal, placenta baixamente inserida, parede uterina espessada à custa de exuberantes lagos vasculares e esplenomegália com ecoestrutura quística.

Neste caso, tanto pela placenta baixamente inserida, como pela esplenomegália palpável até à fossa ilíaca esquerda a condicionar um desvio direito do útero, o caso foi discutido em equipa multidisciplinar com cirurgia geral e com a grávida, tendo sido decidida cesariana com incisão mediana, agendada para as 38 semanas e 6 dias.

Nas análises pré-operatórias verificou-se uma trombocitopénia de 68.000/l, pelo que a analgesia local estava contraindicada. Durante a cesariana, verificaram-se exuberantes varizes pélvicas que condicionaram perdas hemáticas moderadas. O recém-nascido apresentou um índice Apgar 9/10/10. O puérperio decorreu sem intercorrências.

Resultados e Conclusões: A esplenomegália na gravidez associa-se a aumento do risco de restrição do crescimento fetal, de parto pré-termo, de infeção e de hemorragia, tanto pelo sequestro plaquetário, como pelo risco de rotura esplénica espontânea ou traumática. Na literatura, não existem critérios definidos para a via de parto, devendo ser uma decisão obstétrica individualizada. A restante pluripatologia também representou um desafio obstétrico, nomeadamente pela beta-delta-talassémia que também se associa a um risco aumentado de restrição de crescimento fetal, oligoâmnios e aumento da necessidade de transfusões sanguíneas.

Palavras-chave: Obstetrícia, Esplenomegalia, Talassémia, Malformação vascular.

PO – (22859) – ÚTERO DIDELFO NA GRAVIDEZ, ANOMALIA MÜLLERIANA RARA: UM CASO CLÍNICO

Noemi Curzel¹; Catarina Costa¹; Elsa Landim¹; Ana Paula Ferreira¹

1. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O útero didelfo é uma condição rara e congênita que ocorre como resultado da fusão anormal dos

ductos paramesonéfricos e é caracterizado pela presença de dois úteros separados. Está muito frequentemente associado à duplicação do colo do útero e da vagina e à presença de septo vaginal longitudinal. A maioria das mulheres é assintomática; em alguns casos, pode cursar com dispareunia ou dismenorrea. A anomalia está associada a um maior risco de aborto espontâneo, parto prematuro, apresentação pélvica e redução no número de nascimentos vivos.

Resultados e Conclusões: Apresentamos o caso de uma mulher de 37 anos (Índice obstétrico: 1142) sem conhecimento de possuir útero didelfo. A paciente já tinha tido 2 partos eutócicos anteriores, mas também 4 abortos espontâneos no 1º trimestre. A gravidez foi mal vigiada e a primeira ecografia foi realizada apenas às 25 semanas, onde se evidenciou uma “massa paracervical lateralizada à esquerda, com 72x43mm” assumida como mioma uterino pediculado. A gravidez progrediu sem complicações, exceto as múltiplas idas ao serviço de urgência por algias pélvicas, e o desenvolvimento fetal foi normal. Devido a um CTG não tranquilizador foi realizada uma cesariana às 38 semanas, durante a qual se constatou útero Didelfo com um primeiro útero direito (gravídico) e um segundo útero esquerdo rudimentar. Os ovários, sem alterações, encontravam-se associados cada um ao útero homolateral. Neste caso, a doente apresentava colo do útero único e não tinha septos vaginais, o que contribuiu ao diagnóstico tardio desta condição, não apresentando alterações ao toque vaginal.

Concluimos que o útero didelfo pode ser assintomático, o que torna difícil o diagnóstico precoce. A gravidez pertence a um grupo de alto risco, e mais atenção deve ser dedicada a esse caso. O parto eutócico é possível, mas cesariana deve ser considerada, especialmente na presença de septo vaginal.

Palavras-chave: Gravidez; Utero didelfo.

PO – (22864) – TWO FUNCTIONAL UTERI I A CLINICAL CASE OF UTERUS DIDELPHYS

Miguel Penas Da Costa¹; Luísa Pinto²

1. Hospital do Espírito Santo de Évora

2. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: Uterus didelphys is a reproductive tract anomaly representing a complete duplication of the uterus and cervix. It occurs as a result of a failure of Müllerian duct fusion at 8 weeks gestation. Duplication in other organs such as vulva, bladder, urethra, and anus may also be observed. It has a reported pre-

valence of 0.03% to 0.1% and accounts for 5% of all müllerian anomalies

Objetivos: Presenting a clinical case about a pregnant woman with a known diagnosis of uterus didelphys.

Metodologia: Ecographic data collected from Astraia software and clinical data retrieved from Obscare software.

Resultados e Conclusões: This case reports a 39 year old woman, diagnosed with uterus didelphys in 2010. The patient had history of anxiety and a previous C-section (2012), to which a full term 3820g baby was born. The pregnancy developed in the right uterus. The first trimester sonography (May 4 2021) showed a 13 weeks fetus in the left uterus, without any pathological findings. Screening for aneuploidies and Preeclampsia was negative. The rest of the pregnancy was uneventful. On October 24 2021, at 38w+3d, the patient presents herself in the ER of our unit referring painful contractions and spontaneous rupture of membranes. Full dilation was confirmed on vaginal examination. The fetus was born on the same day through a eutocic delivery, and presented 2670g and Apgar Score 7/9/10. The immediate postpartum was also uneventful

The müllerian anomalies encompass a wide range of different pathologies. The time of diagnosis, the symptoms and the required treatment varies greatly amongst the different types. Uterus didelphys has been linked to worse pregnancy outcomes, when compared to the general population, however our patient had both pregnancies monitored in a tertiary healthcare facility, which allowed an adequate follow up, with both newborns being born healthy and at term.

Palavras-chave: pregnancy, uterus didelphys.

PO – (22879) – INSUFICIÊNCIA PLACENTÁRIA TRANSITÓRIA EM CONTEXTO DE MALÁRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Reis Santos¹; Inês Martins^{1,2}

1. Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

2. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: O *Plasmodium spp* pode infetar a placenta, causando insuficiência transitória deste órgão.

Objetivos: Descrever um caso de insuficiência placentária transitória no contexto de malária.

Metodologia: Descrição de caso clínico.

Resultados e Conclusões: Grávida de 35 anos, avaliada às 33s+6d por febre e mialgias, vinda da Guiné 2 dias antes. Diagnosticada malária a *Plasmodium falciparum* (teste da gota espessa), considerada grave por parasitémia 9% e hipoglicémia. Na admissão: CTG normal; feto no percentil 32; fluxometrias e LA normais. A grávida foi transferida para a Medicina Intensiva para monitorização por episódios de hipoglicemia e terapêutica com quinino endovenoso que cumpriu por 48h. A D3 estava melhorada. Contudo, o CTG era suspeito, com variabilidade no limite inferior do normal e desacelerações variáveis esporádicas, sendo transferida para o Serviço de Obstetrícia. Da ecografia destacava-se diminuição do LA (ILA 4.7) e índice de pulsatilidade da artéria cerebral média < percentil 5. Decidida atitude expectante, assumindo parasitémia placentária. Cumpriu total de 5 dias de quinino (2 dias EV e 3 dias oral) e 7 dias de clindamicina oral. A D12 diagnosticada desaceleração do crescimento fetal (percentil 14), mas normalização da fluxometria, LA e do CTG. Alta a D14, tendo mantido fluxometrias, LA e CTG normais. Trabalho de parto espontâneo às 38s+1d, ocorrendo parto vaginal. RN com 2355g, IA 9/10/10. A placenta foi enviada para estudo anatomo-patológico, não se identificando evidência de parasitémia 4 semanas após a infeção.

Perante uma grávida com febre vinda de um país onde a malária é endémica, este diagnóstico deve ser suspeitado. Na grávida infetada deve ser mantida vigilância fetal, permitindo atempada identificação de complicações. O carácter transitório da parasitémia placentária pode permitir atitude expectante, melhorando o desfecho neonatal. Os achados histopatológicos presentes na placenta quando o parto ocorre durante a infeção ativa podem estar ausentes nos casos de malária tratada.

Palavras-chave: malária, gravidez, insuficiência placentária, malária placentária.

PO – (22891) – TRATAMENTO EXPECTANTE DE GRAVIDEZ NA CICATRIZ DE CESARIANA (GCC) – REVISÃO SISTEMÁTICA

Beatriz Silva¹; Gonçalo Freitas²; Pedro Viana Pinto^{3,4}; Antónia Costa^{3,5}

1. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

2. Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

3. Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

4. Departamento de Anatomia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

5. Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

Introdução: A gravidez na cicatriz de cesariana (GCC) é uma variante da gravidez ectópica uterina definida pela implantação total ou parcial do saco gestacional na cicatriz de cesariana. Considerando a elevada morbidade, a recomendação mais comum tem sido a interrupção da gravidez no primeiro trimestre. No entanto, existe crescente evidência reportada de desfechos obstétricos favoráveis com nascimentos viáveis.

Objetivos: Avaliar os desfechos da atitude expectante na GCC e compreender a correlação dos sinais ecográficos com os desfechos.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica eletrônica em bases de dados (*Pubmed; Cochrane Library*) com os critérios de inclusão: estudos publicados no período de janeiro 1990 a dezembro 2022, em língua inglesa e portuguesa, dados em humanos com nível evidência mínimo 3.

Resultados e Conclusões: Foram selecionados 47 artigos e os desfechos obstétricos encontravam-se disponíveis para 194 mulheres: 20.1% abortamento espontâneo e 8.3% morte fetal. Cerca de 26% culminaram em parto a termo e 41,8% em parto pré-termo (PPT), dos quais 13.9% ocorreram antes das 34 semanas. Em 102 mulheres foi realizada histerectomia periparto. As doenças do espectro do acretismo placentário (PAS) foram uma complicação frequentemente associada às GCC (91.5%) e relacionaram-se com maiores taxas de complicações, como a morte fetal, parto pré-termo, histerectomia, morbidade hemorrágica e complicações cirúrgicas. Alguns artigos mostraram que sinais ecográficos como a classificação em GCC tipos II e III, o *crossover sign -1*, a implantação “no nicho” e espessura miometrial reduzida, podem estar associados a piores desfechos das GCC.

A GCC é uma entidade que, embora rara, apresenta uma elevada taxa de morbidade relevante, incluindo a morbidade associada a PAS. Atualmente, existe evidência promissora relativa a determinados sinais ecográficos preditivos do prognóstico destas gestações. Mais estudos são necessários para a sua validação, permitindo um aconselhamento obstétrico individualizado para cada uma destas doentes.

Palavras-chave: Gravidez ectópica, Gravidez na cicatriz de cesariana, Tratamento expectante, Acretismo placentário.

PO – (22896) – COLESTASE GRAVÍDICA COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Gisela Silva¹; Diogo Lima¹; Margarida Paiva¹; Daniel

Silva¹; Ana Cláudia Lopes¹; Daniela Pereira¹; Ana Paula Lopes¹

1. Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução: A elevação dos parâmetros de função hepática durante a gravidez representa um desafio clínico, pelo seu vasto diagnóstico diferencial. As doenças hepáticas podem ser categorizadas em causas específicas da gravidez, como a colestase gravídica, ou coincidentes com a mesma. Neste relato, abordaremos um caso de colestase gravídica com apresentação atípica e os desafios enfrentados na sua abordagem.

Descrição do caso: 28 anos, melanodérmica, natural da Guiné-Bissau, em Portugal desde a infância, IO: 0102 (1 parto pré-termo de gravidez gemelar), antecedentes de hepatite B crónica não vigiada. Internada às 33 semanas e 4 dias por elevação significativa das transaminases e bilirrubina total, em análises de rotina, sem sintomatologia associada.

Por padrão sugestivo de lesão hepatocelular, foram excluídas causas infecciosas, autoimunes e doença de Wilson, assim como etiologias compatíveis com padrão colestatóico. Atendendo a elevação progressiva dos ácidos biliares totais, assumiu-se como hipótese diagnóstica mais provável a colestase gravídica e iniciou-se terapêutica com ácido ursodesoxicólico. Por valores persistentemente acima de 100mg/dL, decidiu-se a terminação da gravidez. Por estado fetal não tranquilizador realizou-se cesariana segmentar transversa às 35 semanas e 1 dia, com extração de recém-nascido do sexo feminino, 2735g e Apgar 6/9/10. O puerpério decorreu sem intercorrências, e à data de alta, os parâmetros hepáticos estavam em cinética descendente, favorecendo o diagnóstico colocado.

Objetivos: Descrição de caso clínico; revisão da literatura.

Metodologia: Avaliação retrospectiva do processo clínico; pesquisa de literatura.

Resultados e Conclusões: O caso clínico enfatiza a importância da avaliação clínica minuciosa em grávidas com alterações dos parâmetros hepáticos, particularmente na presença de fatores de risco para doença hepática e na ausência de sintomatologia associada.

A colestase gravídica deve ser considerada no diagnóstico diferencial, pelas potenciais implicações no feto. A abordagem deve ser multidisciplinar e individualizada, atendendo à complexidade inerente a esta condição para garantir o melhor cuidado materno-fetal.

Palavras-chave: colestase gravídica, gravidez e função hepática, abordagem clínica.

PO – (22922) – PIELONEFRITE AGUDA NA GRAVIDEZ: ESTUDO RETROSPECTIVO

Sara Rocha¹; Rita Gaspar¹; Joana Teles¹; Sandra Lemos¹

1. Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Hospital Infante D Pedro (Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro)

Introdução: A pielonefrite aguda é uma complicação comum na gravidez, com riscos fetais e maternos importantes.

Objetivos: Analisar o diagnóstico, tratamento e complicações de pielonefrite na grávida.

Metodologia: Análise retrospectiva dos processos de grávidas com diagnóstico de pielonefrite aguda tratadas no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga entre janeiro de 2018 e junho de 2023.

Resultados e Conclusões: Foram analisados 46 casos de pielonefrite aguda, o que corresponde a uma incidência de 0,5%. A idade materna média de diagnóstico foi de 27 anos, sendo 56,5% primigestas. A maioria dos diagnósticos foram feitos no 2º (52,2%) e 3º trimestres (39,1%). Os sintomas mais comuns foram a dor lombar (91,3%) e as náuseas/vômitos (32,6%), acompanhados de febre (78,2%) e de sinal de Murphy positivo (69,6%). Cerca de 80% das grávidas apresentavam leucocitúria em exame sumário de urina, com urocultura positiva em 35/46. O agente etiológico mais frequentemente isolado foi a *Escherichia coli* (56,5%). Foi realizada ecografia renal em 25/46, com 9/25 a revelar dilatação pielocalicial à direita (alteração mais frequente). Todas as grávidas foram internadas, exceto uma, por desconhecimento da gravidez à data do diagnóstico (média de internamento de 4,5 dias). Onze das grávidas apresentavam urocultura positiva anteriormente ao episódio, das quais sete com isolamento de *Escherichia coli*. Apenas 28,2% cumpriram antibioticoterapia profilática até ao final da gravidez. Em relação às complicações maternas, destaca-se um caso com necessidade de internamento em cuidados intensivos por lesão renal aguda e três casos de recorrência do quadro de pielonefrite. Em termos de complicações fetais, as mais frequentes foram o parto pré-termo em 8,3% e baixo peso à nascença em 25,0%. Os resultados encontrados são semelhantes aos descritos na literatura, embora se tenha verificado uma incidência superior de baixo peso à nascença. O diagnóstico e tratamento precoces são decisivos na prevenção das complicações associadas à pielonefrite.

Palavras-chave: Pielonefrite aguda; gravidez; diagnóstico; tratamento; complicações.

PO – (22923) – PREMATURIDADE EM GESTAÇÃO COMPLICADA POR PRÉ-ECLÂMPSIA E RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL – O QUE FALHOU NESTA DOENTE?

Catarina Gonçalves Da Costa¹; Marina Moucho¹; Mariana Guimarães¹

1. Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A pré-eclâmpsia é uma síndrome multisistémica associada a aumento de morbimortalidade materno-fetal. Entre outros, são fatores de risco pré-eclâmpsia e restrição de crescimento fetal prévios, e o período intergenésico curto após gravidez complicada por pré-eclâmpsia.

Objetivos: Grávida de 30 anos, 3G2P. Gestações prévias complicadas por pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal e partos pré-termo às 35 e 28 semanas. Em estudo realizado durante gravidez prévia, défice anti-trombina III e proteína S; sem história de trombose.

Gravidez atual, mal vigiada, diagnosticada às 14 semanas na África do Sul, 4 meses após o segundo parto. Sob aspirina e enoxaparina profilática. Às 26 semanas e 2 dias recorre ao SU por cefaleias intensas, elevação tensional (140-150/80-90mmHg), diminuição dos movimentos fetais e edemas generalizados. Diagnosticada restrição de crescimento fetal grave (Ecografia: EPF no percentil 1.6 e artéria umbilical com fluxo diastólico final predominantemente ausente) e rácio sFlt-1/PLGF 571, sem outras alterações analíticas. Internada para ciclo de maturação pulmonar fetal e vigilância.

Ao 5º dia de internamento apresenta CTG patológico e artéria umbilical com fluxo diastólico final predominantemente invertido. É submetida a cesariana segmento-corporal iterativa sob neuroproteção com sulfato de magnésio.

Recém-nascido do sexo feminino, peso 650g (p10), Apgar 7/9/9, pH 7.19 e DBecf 4.20 mmol/l, transferido para UCIN. Puerpério sem intercorrências.

Histologia placentar: «alterações graves de má perfusão vascular materna, hipoplasia das vilosidades terminais e enfartes subagudos múltiplos associados a hematomas. Alterações sugestivas de descolamento agudo».

Lactente aos 5 meses sob oxigenoterapia por displasia broncopulmonar e com retinopatia da prematuridade grau 2.

Resultados e Conclusões: Este caso realça a elevada morbidade associada à pré-eclâmpsia, sobretudo em grávidas com múltiplos fatores de risco e enfatiza a importância de aconselhamento pré-concepcional adequado e vigilância pré-natal multidisciplinar.

Palavras-chave: Pré-eclâmpsia, Restrição crescimento fetal, Parto pré-termo, Vigilância gravidez.

PO – (22929) – GRAVIDEZ HETEROTÓPICA – RELATO DE UM CASO DE SUCESSO

Ana F Sousa¹; Nicoleta Pinzari¹; Ana Cláudia Rodrigues¹; Maria Celeste Castelão¹; Bárbara S Faria¹; Andreia Antunes¹

1. Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A gravidez heterotópica (GH) caracteriza-se pela ocorrência em simultâneo de gravidez intrauterina (GIU) e de gravidez ectópica (GE). Com a emergência das técnicas de reprodução medicamente assistida tem-se verificado um aumento da incidência da GH, de 1:30.000 gestações espontâneas para 1:100 gestações assistidas. Este risco aumenta com o número de embriões transferidos. A GH partilha os mesmos fatores de risco e morbi-mortalidade da GE, contudo o seu diagnóstico revela-se mais difícil pela falsa sensação de segurança após observação de GIU e pelos valores de betaHCG se revelarem redundantes. O tratamento da GH depende do prognóstico da GIU. A taxa de sobrevivência da GIU é de 50-66%.

Objectivos: Relato de um caso clínico de gravidez heterotópica.

Metodologia: Consulta do processo clínico e revisão da literatura.

Resultados e Conclusões: Primigesta de 40 anos com 9s3d recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de dor abdominal generalizada, apresentando-se hemodinamicamente estável. Referiu gravidez por técnica de fertilização *in vitro*, com ovócitos de dadora, com transferência de dois embriões. Apresentou ecografia com diagnóstico de uma GIU evolutiva às 6s. No SU, a ecografia revelou dois embriões com vitalidade, um em saco gestacional intrauterino e outro em saco gestacional na região anexial esquerda, e hemoperitoneu. Submetida a salpingectomia laparoscópica, objetivando-se rotura da trompa esquerda. A GIU evoluiu favoravelmente, tendo sido complicada por diabetes gestacional do primeiro trimestre, controlada com metformina 1000mg. Parto por cesariana eletiva às 37s1d, por placenta prévia, com recém-nascido do sexo feminino de 3190g e Índice de Apgar 9/10/10.

A GH é uma condição ameaçadora de vida, cujo diagnóstico deve ser considerado na presença de fatores de risco para GE, achados ecográficos suspeitos, como líquido livre na cavidade peritoneal com ou sem massa anexial, ou clínica de dor abdominal aguda e choque. O tratamento da GE é normalmente cirúrgico e é expectável que a GIU evolua favoravelmente.

Palavras-chave: gravidez heterotópica, fertilização *in vitro*, dor abdominal, salpingectomia.

PO – (22934) – DIABETES GESTACIONAL – ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM CENTRO HOSPITALAR DE NÍVEL 2

Cláudia Costa Oliveira¹; Sara Silva¹; Silvana Almeida¹; Andreia Sousa¹; Odete Figueiredo¹; Anabela Melo¹; Ana Morgado¹

1. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A Diabetes Gestacional (DG) define-se como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono na gravidez. Com a crescente prevalência do sedentarismo, obesidade e idade materna avançada, a sua incidência tem vindo a aumentar, com implicações materno-fetais importantes.

Objectivos: Caracterização das grávidas com DG seguidas no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS); análise do peso dos recém-nascidos (RN) e desfechos perinatais associados às diferentes abordagens terapêuticas.

Metodologia: Estudo retrospectivo descritivo das grávidas com DG vigiadas no CHTS e que tiveram o parto entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2021.

Resultados e Conclusões: Foram incluídas 244 grávidas. A prevalência de DG foi de 12.2%. A idade média foi de 33 anos e o IMC médio 28 Kg/m² (32.3% com IMC≥30). 59% foram tratadas com dieta e exercício (Grupo 1), 23% com metformina (Grupo 2), 7% com insulina (Grupo 3) e 11% fizeram metformina + Insulina (Grupo 4). O IMC médio foi 27; 28.3; 30.3 e 33.4Kg/m² nos Grupos 1, 2, 3 e 4, respetivamente. A taxa global de cesarianas foi 23%, sendo que no Grupo 4 foi 50%. O peso médio dos RN foi 3184g; 14.3% dos RN eram Grandes para Idade gestacional (GIG) e 3.3% macrossómicos. Nos grupos 3 e 4 a média de peso foi superior, com 33% de GIG versus 10.3% e 12.2% nos grupos 1 e 2, respetivamente.

Registaram-se 7 fraturas claviculares e 1 lesão do plexo braquial. Foram internados 5.3% RN na UCIN, sem registo de mortes perinatais.

A maioria das grávidas teve uma DG controlada com

dieta e exercício. Nos grupos com necessidade de terapêutica farmacológica verificou-se que o IMC, peso médio dos RN e % de GIG eram superiores que no grupo não medicado. A taxa de cesariana foi significativamente superior no grupo com dupla terapia. No geral os desfechos perinatais foram favoráveis.

Palavras-chave: Diabetes Gestacional, Terapêutica, Grande para Idade Gestacional, Desfechos Perinatais.

PO – (22939) – GRAVIDEZ HETEROTÓPICA: DOIS CASOS CLÍNICOS

Teresa Vasconcelos¹; Sandra Valdoleiros¹; Catarina Soares¹; Joana Figueiredo¹

1. Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Caldas da Rainha

Introdução: A gravidez heterotópica define-se como a localização simultânea de uma gravidez intrauterina e de uma gravidez ectópica. Apesar de rara, afectando cerca de 1/30.000 gravidezes em geral, e 1/100 das gestações obtidas por técnicas de reprodução medicamente assistida, apresentam-se dois casos de gravidezes heterotópicas espontâneas num Hospital Distrital no espaço de um ano.

Objectivos: Avaliação da apresentação, abordagem e desfecho de dois casos clínicos.

Metodologia: Descrição de caso clínico e revisão bibliográfica.

Resultados e Conclusões: **Caso 1:** 23 anos, G2P1, saudável, amenorreia de 6 semanas, apresentava dor abdominal na fossa ilíaca esquerda, diarreia e anorexia, com defesa à palpação dos quadrantes inferiores. A ecografia revelou saco gestacional intrauterino com embrião com batimentos cardíacos, massa no anexo esquerdo sugestiva de gravidez tubária com embrião sem batimentos cardíacos e hemoperitoneu. Analiticamente sem alterações. Submetida a laparotomia urgente e salpingectomia esquerda. O estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de gravidez tubária. À data da alta mantinha gravidez evolutiva intrauterina com 6 semanas, tendo sofrido aborto após duas semanas.

Caso 2: Grávida de 8 semanas, 31 anos, G3P1, recorreu por dor nos quadrantes inferiores, vômitos e sensação de lipotimia. À admissão encontrava-se pálida, hipotensa e taquicárdica. A ecografia revelou gravidez intrauterina com embrião com batimentos cardíacos, massa heterogénea na fossa ilíaca direita e hemoperitoneu extenso. Analiticamente com Hb de 7.9 g/dL, sem outras alterações. Realizada laparoscopia diagnóstica urgente, salpingectomia direita e aspirado 1200cc de sangue da cavidade peritoneal. O estudo

anatomopatológico confirmou o diagnóstico de gravidez ectópica. A restante gravidez decorreu sem intercorrências. Teve um parto por cesariana por apresentação pélvica às 39 semanas.

A apresentação clínica da gravidez heterotópica é muito variável e muitas vezes ignorada pela presença de uma gravidez intrauterina, pelo que a avaliação sistemática dos anexos na ecografia precoce de gravidez é fundamental. Ter um alto nível de suspeição, permite o seu diagnóstico e abordagem atempadamente.

Palavras-chave: gravidez heterotópica, hemorragia do primeiro trimestre, hemoperitoneu.

PO – (22943) – SÉPSIS EM PUÉRPERA COM SHUNT VENTRÍCULO-PERITONEAL

Francisca Ferreira De Almeida¹; Mariana Salgado Simões²; Flávia Ribeiro²; Lúisa Ferreira²; Graça Buchner²; António Braga²; Jorge Braga²

1. Centro Hospitalar Trás-Os-Montes e Alto Douro

2. Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: O shunt ventrículo-peritoneal é um dispositivo utilizado para resolução de hidrocefalia, sendo que as suas infeções têm maioritariamente origem em colonizações através da flora cutânea. Tanto a cesariana como a corioamnionite são fatores de risco para contaminação peritoneal e, conseqüentemente, do cateter distal do shunt ventrículo-peritoneal, o que implica antibioterapia profilática adequada e vigilância de sinais meníngeos durante o puerpério imediato.

Objectivos: Descrição de caso clínico.

Metodologia: Grávida de 40 semanas, primigesta, com antecedentes de meningite tuberculosa (com conseqüente hidrocefalia) e colocação de shunt ventrículo-peritoneal aos 2 anos de idade. Submetida a cesariana por trabalho de parto estacionário, com diagnóstico intra-operatório de corioamnionite – febre e líquido amniótico com cheiro fétido. Durante o primeiro dia de puerpério foram constatadas febre, acidose metabólica, pancitopenia e lesão renal aguda, tendo a puérpera sido transferida para uma unidade de cuidados intermédios. Após discussão multidisciplinar, optou-se pela instituição de antibioterapia de largo espectro. Não surgiram sinais meníngeos ou neurológicos durante o internamento e as hemoculturas foram estéreis. A puérpera apresentou evolução favorável durante o internamento nos cuidados intermédios, com resolução das disfunções hematológica e renal, da acidose metabólica e do quadro febril, com posterior transferência para o internamento de Obstetrícia.

Resultados e Conclusões: Apesar de rara, a existência de shunt ventrículo-peritoneal implica vigilância durante a gravidez, parto e puerpério para minimizar o risco infeccioso, que ao instalar-se poderá ter consequências nefastas e eventualmente fatais.

Palavras-chave: sépsis, shunt ventrículo-peritoneal.

PO – (22944) – DOENÇA DE COATS COMO DESENCADEANTE DE MAUS DESFECHOS OBSTÉTRICOS

Francisca Ferreira De Almeida¹; Flávia Ribeiro²; Mariana Salgado Simões²; Luísa Ferreira²; Graça Buchner²; António Braga²; Jorge Braga²

1. Centro Hospitalar Trás-Os-Montes e Alto Douro

2. Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: A doença de Coats é uma patologia crónica e progressiva caracterizada por um distúrbio vascular da retina. A etiologia permanece incerta, embora as associações com diferentes síndromes genéticas enfatizam a hipótese de uma componente genética. O mecanismo histopatológico subjacente parece relacionar-se com a permeabilidade anormal das células endoteliais capilares, estando descrito em alguns casos citopenias de várias linhas celulares e hemorragia digestiva.

Objectivos: Descrição de caso clínico.

Metodologia: Grávida de 35 anos, VG IP (1 cesariana às 27 semanas por restrição de crescimento fetal grave que condicionou morte neonatal, 1 interrupção médica da gravidez às 19 semanas por restrição de crescimento fetal grave, 1 aborto espontâneo do 1ºT e 1 gravidez ectópica tubar), com antecedentes pessoais de doença de Coats e história familiar de tromboembolismo venoso. O estudo prévio não apresentou alterações, nomeadamente sem critérios de SAAF. Na ecografia do 1ºT foi detetado um índice de pulsatilidade médio das artérias uterinas >P95 e na ecografia do 2ºT restrição do crescimento fetal grave. Aliando a restrição de crescimento fetal grave à elevação tensional e rácio sFlt-1/PlGf de 329pg/mL, foi proposto o internamento às 21 semanas de gestação. Ao longo do internamento apresentou trombocitopenia progressiva (nadir de 82.000 uL), tendo-se optado, após esclarecimento da grávida, por terminação da gravidez. No pós-parto houve resolução progressiva do caso clínico.

Resultados e Conclusões: Os maus desfechos obstétricos associados a doença de Coats não se encontram descritos na literatura. No entanto, a disfunção vascular sistémica associada à doença poderá estar relacionada com restrição do crescimento fetal precoce e pré-

eclâmpsia. Assim, para tentar prevenir estes desfechos em grávidas com doença de Coats, deverão ser conduzidos estudos com o intuito de estabelecer uma possível correlação.

Palavras-chave: Doença de Coats, Maus desfechos obstétricos.

PO – (22950) – MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA NA GRAVIDEZ – UMA CAUSA RARA DE CEFALEIA

Inês Da Costa Santos¹; Elsa Landim¹; Teresa Matos¹; Ana Paula Ferreira¹

1. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A cefaleia na grávida pode ser um sintoma de uma patologia subjacente. Na mulher jovem, é por vezes durante a gravidez que são feitos diagnósticos até então desconhecidos. Malformações Arteriovenosas (MAVs) são classificadas como anomalias vasculares congénitas de alto-fluxo e constituem apenas 4,7% de todas as lesões vasculares. A localização central é a mais frequente, sendo as extracranianas mais raras. Estas tipicamente progridem e expandem mais frequentemente na adolescência. São das lesões vasculares que apresentam maior potencial de morbi-mortalidade, pelo seu risco hemorrágico.

Objectivos: Revisão da Abordagem da grávida com MAV.

Metodologia: Relato de caso clínico.

Resultados e Conclusões: Primigesta de 23 anos com queixas desde as 23 semanas de gestação de cefaleia parieto-temporal direita pulsátil com agravamento progressivo, acompanhada de tumefacção local com assimetria da face. Por persistência e agravamento clínico recorre à urgência com 35 semanas de gestação, com novas queixas de acufeno e dor peri-orbitária homolateral. Foi feita avaliação pela neurologia, sem evidência de doença neurológica primária. Realizou ecografia de partes moles e Angio-RM Crânio-encefálica que revelaram a presença de uma MAV crânio-facial de alto débito a necessitar de melhor caracterização por angiografia convencional. Obstetricamente sem queixas ou alterações. Após discussão com a Neurocirurgia, pelas 39 semanas, é realizada cesariana electiva por contra-indicação para esforços expulsivos, com posterior seguimento pela Neurocirurgia. Actualmente está a aguardar tratamento cirúrgico endovascular, tendo já realizado angiografia que caracterizou a MAV. Esta apresenta uma fístula directa de alto débito na dependência da artéria maxilar interna direita para a veia tem-

poral, jugular externa e supra-orbitária ipsilaterais, com anastomose com a veia oftálmica superior e, consequentemente, ao seio cavernoso. Parto e puerpério sem intercorrências.

A cefaleia na grávida não deve ser descorada, principalmente se presentes sinais de alarme. Este caso demonstra uma hipótese diagnóstica rara de cefaleia, onde a abordagem multidisciplinar foi essencial para o diagnóstico e abordagem clínica.

Palavras-chave: Cefaleia, Malformação Arteriovenosa.

PO – (22958) – INVERSÃO UTERINA AGUDA: EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA

Rita Costa Gaspar¹; Sara Rocha¹; Joana Pinto Teles¹; Sara Costa¹; Sara Neto¹

1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A inversão uterina aguda é uma complicação que, apesar de rara, constitui uma emergência obstétrica. Estudos nacionais sobre este tema são escassos.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é avaliar a incidência, fatores de risco, abordagem, consequências e risco de recorrência associados aos casos de inversão uterina do Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro (CHBV) e comparar com dados presentes na literatura.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo dos casos de inversão uterina aguda do CHBV nos últimos 15 anos.

Resultados e Conclusões:

Resultados: Durante o período de estudo relataram-se 4 casos de inversão uterina em 26143 partos, resultando numa incidência de aproximadamente 1 em 6536 partos. Todos os casos corresponderam a trabalhos de parto induzidos, com igual representação de nulíparas e múltiparas. Em 75% dos casos, houve a necessidade de transfusão sanguínea no puerpério precoce. A reposição uterina foi realizada sob anestesia geral em 50% das vezes e nas restantes 50% com anestesia epidural prévia. Foi realizada revisão da cavidade uterina em dois dos quatro casos. Não foi realizada administração de uterotónicos previamente ao diagnóstico de inversão uterina. Nenhum dos casos desta amostra correspondeu a trabalho de parto prolongado. Não se verificou necessidade de histerectomia pós-parto em nenhum caso ou recidiva em parto subsequente.

Conclusões: A investigação de fatores de risco, nomeadamente em estudos nacionais multicêntricos, aliada à gestão ativa do terceiro estadio do trabalho de par-

to, é importante para diminuição da incidência de inversão uterina e prevenção de desfechos maternos adversos.

Palavras-chave: Inversão uterina aguda, Hemorragia pós-parto.

PO – (22962) – APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ROTURA UTERINA – A PROPÓSITO DE UM CASO

Pedro Da Silva Ceia¹; Ana Alves¹; Ana F. Sousa¹; Nicoleta Pinzari¹; Fabiane Neves¹; Elisabete Santos¹; Andreia Antunes¹

1. Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A rotura uterina é uma complicação obstétrica grave, pouco frequente (1:4000 nados vivos). Acontece durante a gravidez ou no parto, sendo o maior fator de risco a existência de cesariana prévia. Caracteriza-se classicamente por dor abdominal intensa, subida da apresentação fetal, alterações na cardiotocografia (CTG), cessação de contractilidade e hemorragia uterina, com possível instabilidade hemodinâmica. O seu tratamento passa pela correção cirúrgica ou histerectomia.

Objetivos: Discussão de um caso de rotura uterina em parturiente com cesariana prévia, com dor abdominal 9 dias pós-parto vaginal.

Metodologia: Consulta do processo e referências bibliográficas.

Resultados e Conclusões: Puérpera de 34 anos, G2/P2 (CST em 2017 por EFNT), em 9º dia de pós-parto instrumentado com ventosa induzido com dinoprostona, recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal e di-súria com 1 dia de evolução. Encontrava-se hemodinamicamente estável e apirética. À observação, perda vaginal hemática acastanhada, cheiro fétido, abdómen doloroso à palpação supra-púbica, útero globoso. Analiticamente, apresentava anemia (9.3g/dL), leucocitose ligeira ($10.7 \times 10^3/\text{mL}$) e PCR elevada (117.5mg/L). Em ecografia suprapúbica observou-se coleção hipocogénica anterior à parede uterina (100x83x22mm), aparentemente em contiguidade com a cavidade endometrial a nível ístmico. Realizou-se TC abdominal que não conseguiu excluir presença de rotura uterina, descrevendo-se ligeiro hemoperitoneu. Foi decidida laparotomia exploradora, onde se observaram ligeiro hemoperitoneu, extenso hematoma anterior ao útero com infiltração da parede posterior da bexiga, e rotura uterina vertical de 6cm, ântero-lateral-esquerda. Foi efetuada a correção do defeito. O pós-operatório decorreu com evolução favorável.

A rotura uterina é uma complicação grave, mas como representado neste caso, o seu diagnóstico pode ser difícil, principalmente quando se apresenta com clínica menos exuberante. Pode confundir-se com outras entidades ou sintomas comuns no período periparto.

PO – (22963) – COLESTASE INTRA-HEPÁTICA DA GRAVIDEZ E COVID-19: UM CASO DE EVOLUÇÃO ATÍPICA

Pedro Da Silva Ceia¹; Ana F. Sousa¹; Nicoleta Pinzari¹; Elisabete Santos¹; Carla Silva¹; Andreia Antunes¹

1. Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A colestase intra-hepática da gravidez (CIHG) ocorre na 2ª metade da gravidez sendo caracterizada por prurido palmo-plantar, eventualmente com icterícia. Analiticamente, observa-se elevação dos ácidos biliares séricos (ABS), transaminases e/ou bilirrubinas. Está associada a desfechos neonatais desfavoráveis, nomeadamente morte neonatal e parto pré-termo. O tratamento passa por toma de ácido ursodesoxicólico (AUDC) e/ou terminação da gravidez. O diagnóstico diferencial deve ser ponderado, especialmente em apresentações atípicas.

Objectivos: Relatar um caso de CIHG numa grávida saudável, complicada de COVID-19.

Metodologia: Consulta do Processo Clínico e de referências bibliográficas.

Resultados e Conclusões: 33 anos, primigesta, saudável, 37 semanas gestacionais, gravidez unifetal, apresenta-se com prurido palmo-plantar, rinorreia e odinofagia com um dia de evolução. Nega outros sintomas respiratórios, febre, vômitos, diarreia. Exame objectivo sem alterações. Analiticamente com elevação da ALT (56U/L), AST (42U/L), bilirrubina conjugada (7.3mcmol/L) e fosfatase alcalina (301U/L). Teste rápido de antigénio SARS-CoV-2 positivo. Perante suspeita de CIHG, foi pedido doseamento de ABS, cujo resultado não foi imediato. Foi medicada com hidroxizina. No dia seguinte, verificou-se agravamento da bilirrubina conjugada (8.3mcmol/L), ALT (77U/L) e AST (47U/L), comprovando-se elevação dos ABS (69.9mcmol/L). Decidiu-se indução do trabalho de parto e início de AUDC, tendo ocorrido um parto eutócico, recém-nascido com Índice Apgar 10/10/10.

Durante o internamento permaneceu assintomática, contudo houve agravamento da ALT (282U/L) e AST (129U/L) pelo 2º dia, sem alterações ecográficas hepato-biliares. Verificou-se posteriormente melhoria analítica, com normalização pelo 7º dia. Assumiu-se o

diagnóstico de alterações hepatocelulares no contexto de infeção SARS-CoV-2 sobreposta a CIHG.

Apesar de frequentemente a CIHG ser responsável por elevação das transaminases, alterações no período pós-parto ou mais marcadas desses parâmetros são atípicas e devem levar a investigação etiológica adicional e vigilância. A COVID-19 pode ser uma das causas, estando associada a dano hepático grave em grávidas com CIHG.

PO – (22967) – GRAVIDEZ ECTÓPICA ABDOMINAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Filipa Maia¹; Catarina Inácio¹; Ana Sofia Domingos¹; Ana Carolina Rocha¹

1. Hospital de Santarém

Introdução: Mulher de 19 anos, sem antecedentes de relevo, cirurgias anteriores ou medicação habitual. IO 1001, parto eutócico em 2021. Sem método contraceptivo. Recorreu ao serviço de urgência por algias pélvicas e hemorragia vaginal abundante. Desconhecia data da última menstruação. Ao exame objectivo destacava-se taquicardia com FC ~110bpm, perda hemática vaginal moderada e dor à mobilização uterina e palpação das áreas anxiais, esboçando defesa. A ecografia com sonda endovaginal revelou útero normodimensionado e endométrio regular, com presença de líquido livre intraperitoneal em quantidade moderada. Nas análises verificou-se hemoglobina de 11.4g/dL e betaHCG de 207mUI/mL. Apesar de manter perfil tensional adequado, dada refractoriedade da dor à terapêutica analgésica e taquicardia mantida, optou-se por laparoscopia diagnóstica.

Objectivos: Descrição de caso clínico

Metodologia: Revisão do processo clínico e da literatura

Resultados e Conclusões: A doente foi submetida a laparoscopia diagnóstica por suspeita de ruptura de gravidez ectópica. Intraoperatoriamente, verificou-se a presença de hemoperitoneu volumoso, que após drenagem, permitiu a visualização de massa violácea com ~4cm coberta por coágulos, alojada no fundo de saco posterior, que se excisou e cujo exame histológico revelou a presença de células do trofoblasto não vilositário e vilosidade coriônica única do 1º trimestre, confirmando a suspeita diagnóstica. A utente teve alta no 2º dia de pós-operatório, assintomática.

A gravidez abdominal é uma forma extremamente rara de gravidez ectópica, caracterizada pela implanta-

ção do embrião na cavidade peritoneal. Associa-se a uma elevada taxa de morbimortalidade materna e fetal, devido ao elevado risco de hemorragia materna, formação de fistulas, malformações fetais, entre outros. O diagnóstico atempado é fundamental para um bom prognóstico, mas muitas vezes, dada a sintomatologia escassa, ocorre apenas tardiamente, intraoperatoriamente durante a cesariana ou em cirurgia de emergência por hemorragia intra-abdominal. Felizmente, no caso descrito, o elevado índice de suspeição levou a laparoscopia diagnóstica precoce, o que permitiu um bom desfecho clínico.

Palavras-chave: gravidez ectópica, gravidez abdominal, laparoscopia.

PO – (22975) – GRAVIDEZ HETEROTÓPICA E DESFECHO OBSTÉTRICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Márcia Vieira-Coimbra¹; Francisca Vilaça¹; Joana Aidos¹; Isabel Cerveira¹

1. Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: A gravidez heterotópica corresponde à coexistência de uma gravidez intrauterina e de uma gravidez ectópica. Trata-se de uma condição rara, estimando-se que ocorra 1 em cada 30 000 gravidezes. Dentro dos fatores de risco conhecidos, a utilização crescente de técnicas de procriação medicamente assistida tem vindo a aumentar a incidências de gravidezes heterotópicas.

Objectivos: Descrever um caso clínico de gravidez heterotópica e respetivo desfecho obstétrico.

Metodologia: Caso clínico de uma grávida de 29 anos diagnosticada com uma gravidez heterotópica às 8 semanas de gestação e submetida a uma laparotomia exploradora.

Resultados e Conclusões: A gravidez foi decorrente de fertilização *in vitro* e posterior transferência de dois embriões criopreservados. A grávida recorreu ao serviço de urgência às 8 semanas de gestação com um quadro de dor abdominal generalizada; ecograficamente foi constatado um volumoso hemoperitoneu com uma gravidez intrauterina viável. Por se encontrar hemodinamicamente instável foi submetida a uma laparotomia exploradora com salpingectomia direita, tendo sido constatada uma gravidez ectópica tubar rota. Houve necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário intraoperatoriamente, tendo a grávida tido alta ao 5º dia pós-cirúrgico com uma gravidez intrauterina evolutiva. A restante gravidez foi vigiada em consulta

hospitalar tendo como intercorrências uma infeção urinária no 2º trimestre medicada com antibiótico e anemia no 2º trimestre, suplementada com ferro oral. Às 41 semanas de gestação a grávida foi internada para maturação cervical. Por falha de indução do trabalho de parto, foi realizada uma cesariana, tendo nascido um recém-nascido do sexo masculino com 3010g e índice de Apgar 9/10/10. O puerpério foi complicado com anemia, tendo sido feita suplementação com ferro endovenoso.

Assim, o presente caso clínico demonstra um caso raro de gravidez heterotópica com instabilidade hemodinâmica e que culminou numa gravidez intrauterina evolutiva com um bom desfecho obstétrico.

Palavras-chave: Gravidez heterotópica, Fertilização *in vitro*, Obstetrícia.

PO – (22981) – COVID-19: O IMPACTO NOS DESFECHOS MATERNO-FETAIS EM UM HOSPITAL PARTICULAR REFERÊNCIA NO BRASIL

Heloisa Ruthes¹; Bianca Sprenger Simoni¹; Halanna Catherine Greca¹; Pietra Granzotto Costa¹; Luiza Sviesk Sprung¹

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Introdução: Durante a pandemia da COVID-19, estabeleceram-se grupos de risco para o agravamento dessa doença. Considerando as diversas alterações fisiológicas da gravidez, surgiu-se uma preocupação adicional às gestantes no contexto de infeção viral.

Objectivos: Avaliar a associação das características demográficas, comorbidades maternas e complicações gestacionais com os desfechos mortalidade materna, prematuridade e mortalidade fetal/neonatal em gestantes internadas pela COVID-19 em um hospital particular no Brasil.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectiva, com aprovação do CEP-PUCPR (parecer nº 5.064.712), realizado pela coleta de dados de prontuários médicos de gestantes maiores de 18 anos, em qualquer período gestacional, internadas em um hospital de Curitiba com diagnóstico de COVID-19 comprovado por teste RT-PCR, entre março de 2020 a dezembro de 2021. Avaliou-se a associação das variáveis dados demográficos, comorbidades e complicações gestacionais com os desfechos, por testes de hipótese com nível de significância de 5%.

Resultados e Conclusões: Foram incluídas 61 gestantes, de 31-42 anos (68,8%) e 18-30 anos (31,2%).

A proporção de morte materna (6,6%) foi significativamente maior nas mulheres que internaram no 2º trimestre de gestação ($p=0,003$) e nas que apresentaram insuficiência respiratória ($p=0,022$), renal, instabilidade hemodinâmica ($p=0,016$), além das que necessitaram de ventilação mecânica ($p=0,022$) ou diálise. Os altos índices de prematuridade (60,7%) foram associados a infecção ($p<0,001$), insuficiência respiratória ($p=0,002$), uso de ventilação mecânica ($p=0,002$), opacidade em exame de imagem ($p=0,014$), pneumonia por COVID-19 ($p<0,001$), instabilidade hemodinâmica, bem como o internamento da mãe e/ou do bebê em UTI ($p<0,001$ para ambos). Já o óbito fetal ou neonatal (9,8%) foi associado ao internamento materno em UTI ($p=0,036$) e doenças genéticas das gestantes. Entre as gestantes hospitalizadas por COVID-19, disfunções orgânicas e maior gravidade da doença - como necessidade de VM e UTI - mostraram-se associadas à prematuridade. A mortalidade materna correlacionou-se ao 2º trimestre de gestação e a disfunções orgânicas, enquanto a gravidade da COVID-19 associou-se ao óbito fetal/neonatal.

Palavras-chave: COVID-19, Gestantes, Morte materna.

PO – (22990) – ADENOCARCINOMA DO RETO ÀS 31 SEMANAS DE GRAVIDEZ – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Mafalda Barros¹; Catarina Costa¹; Liliana Perpétuo¹; Inês Santos¹; Vanessa Santos¹; Ana Paula Ferreira¹

1. Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Introdução: A patologia cirúrgica não relacionada com a gravidez tem uma prevalência global de 0,7 a 1,6%. As neoplasias malignas são ainda mais raras neste período, ocorrendo em 1 em cada 1000 gravidezes.

Objetivos: Descrição de caso de adenocarcinoma do reto às 31 semanas de gravidez.

Metodologia: Consulta do processo clínico e entrevista médica.

Resultados e Conclusões: Grávida de 24 anos, multipara, 31 semanas e 2 dias de gestação, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal generalizada e lombalgia intensa com um dia de evolução, sem outros sintomas acompanhantes. História de abdominalgia ligeira desde há 9 meses, associada a obstipação e retorragias, com agravamento progressivo nos últimos 2 meses. Neste período realizou pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), com resultado positivo, sem estudo subsequente. À observação no SU, apresentava-

se subfebril com abdómen pouco depressível e doloroso à palpação, com defesa. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios (PIs), tocograma com contratilidade frequente e de elevada amplitude e medição ecográfica do colo uterino com 22mm de comprimento. Foi admitida no Serviço de Obstetrícia por ameaça de parto prematuro. Iniciou antibioterapia empírica e cumpriu protocolos de tocolise, maturação pulmonar e neuroproteção fetal. Ao 3º dia de internamento, e com PIs em cinética ascendente, regista-se um agravamento do estado geral da grávida com abdominalgia intensa e constante, associada a vômitos incoercíveis e diarreia sanguinolenta. A ecografia abdominal descrevia achados sugestivos de peritonite aguda. Foi decidida cesariana emergente às 31 semanas e 5 dias e subsequente laparotomia exploradora. O recém-nascido com IA 8/9/10, foi transferido para o serviço de Neonatologia. Intra-operatoriamente constatou-se presença de abundante conteúdo purulento na cavidade pélvica, proveniente da face posterior do reto. Optou-se por sigmoidostomia derivativa. A retosigmoidoscopia intra-operatória identificou massa extensa, estenosante, aos 10cm da margem anal cujo diagnóstico histológico revelou adenocarcinoma do reto e que, do estadiamento realizado, se classifica em T4bN2bM0.

Palavras-chave: cancro colo-retal; gravidez.

PO – (23000) – INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO: FACTOS E MITOS

Mafalda Simões¹; Maria Rodrigues¹; Inês Gomes¹; Chabeli Appelman¹; Mariana R. Cordeiro^{1,2}; Sofia Franco¹; Paulo Moura^{1,2}

1. Maternidade Daniel de Matos – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

2. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A indução do trabalho de parto (TbP) associa-se, culturalmente, a maior taxa de cesarianas e complicações obstétricas, motivando, frequentemente, dúvidas e preocupações.

Objetivos: Comparar as características maternas e os resultados obstétricos/perinatais entre o TbP espontâneo e induzido.

Metodologia: Estudo retrospectivo de uma coorte de grávidas com feto único, com parto entre 01/06/2022-31/12/2022, num hospital terciário. Foram divididas em 2 subgrupos: TbP espontâneo (TbPE), TP induzido (TbPI)- significância para $p < 0,05$ (SPSS™ v27.0).

Resultados e Conclusões: Da coorte estudada ($n=876$), 67,1% foram TbPE e 32,9% TbPI.

Relativamente às características maternas, houve diferença significativa na relação com o IMC (TbPE=23,4kg/m² vs TbPI=24,1kg/m²; p=0,01) e com a idade gestacional no parto (TbPE=39 semanas vs TbPI=40 semanas; p<0,001) não existindo relação com a idade materna ou paridade.

Na análise dos resultados do parto, houve relevância estatística na relação com a via de parto (p <0,001) e peso ao nascimento (TbPE=3195g vs TbPI=3332g; p<0,001). No TbPE, 23% dos partos foram instrumentados e 18,3% cesarianas, enquanto no TPbI existiram 24,3% instrumentados e 34,4% cesarianas.

Considerando o TbPE vs TbPI, não houve diferença significativa nos motivos da instrumentação. As principais indicações para cesariana foram EFNT (TbPE=35,2% vs TbPI=36,4%), TbP estacionário (TbPE=30,6% vs TbPI=26,3%) e, exclusivamente, no TbPI a indução falhada em 28% (p<0,001).

Não existiu relevância estatística na relação entre a existência de complicações no parto, maternas (hemorragia ou lacerações 3.º/4.º grau) ou perinatais (Índice de Apgar 1.º/5.º minuto, Síndrome de Dificuldade Respiratória ou internamento em Unidade Cuidados Intensivos Neonatal), à exceção da distócia de ombros, que foi mais frequente no TbPI (TbPE=0,2% vs TbPI=1,4%, p=0,02).

A indução do TP relacionou-se com uma maior taxa de cesarianas, devido sobretudo ao insucesso do procedimento, mas não com a maioria das complicações no parto.

PO – (23012) – FATORES ETIOLÓGICOS ASSOCIADOS A MORTE FETAL IN ÚTERO – REVISÃO DE 5 ANOS

Joana Amado Rodrigues¹; Ana Rita Mateus¹; Roxane Van Hauwaert¹; Diana C. Almeida¹; Vera Mourinha¹; Ângela Ferreira¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro

Introdução: Morte fetal é aquela que ocorre antes da expulsão ou extração completa do feto. Pode ser precoce (≥ 13 e < 20 semanas), intermédia (≥ 20 semanas e ≤ 27 semanas) ou tardia (≥ 28 semanas). Estão descritos vários fatores de risco associados a morte fetal - maternos (hipertensão, tabagismo, obesidade, etc.) ou fetais (alterações genéticas, insuficiência placentar, etc.).

Objetivos: Avaliar os fatores etiológicos associados a morte fetal.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu as mortes fetais ocorridas entre 2018 e 2022 no Centro Hos-

pitalar Universitário do Algarve (CHUA) - Unidade de Faro, cujas grávidas efetuaram estudo genético pré-natal. A partir dos registos clínicos, foram recolhidos dados demográficos, antecedentes pessoais e resultados dos estudos efetuados.

Resultados e Conclusões: Foram incluídos 28 casos. A idade materna mediana foi de 33 anos (21 anos - 43 anos). A idade gestacional média ao diagnóstico foi de 21,39 semanas. 50% foram mortes fetais precoces, 35,71% intermédias e 14,29% tardias. 14,28% das mulheres eram obesas e 7,14% fumadoras. Uma das grávidas teve infeção COVID durante a gravidez. O estudo genético fetal foi normal em 85,71% (n=24), alterado em 10,71% (n=3) e inconclusivo em 3,57% (n=1). O estudo histopatológico do feto e placenta revelaram como causas prováveis de morte fetal: insuficiência utero-placentar (n=7), corioamnionite (n=3), vilosite crónica (n=2), acidentes do cordão (n=3), restrição de crescimento fetal (n=2), síndrome triploide (n=2), malformação cardíaca (n=1), síndrome da banda amniótica (n=1), descolamento placentar (n=1), síndrome de transfusão feto-fetal (n=1) e infeção COVID (n=1). Exame inconclusivo ou não realizado em 4 casos.

Apesar da amostra limitada, a insuficiência útero-placentar, associada frequentemente a patologia hipertensiva e restrição de crescimento fetal, constitui uma causa importante de morte fetal. A investigação etiológica, incluindo estudo genético, é fundamental para o aconselhamento em gestações futuras.

Palavras-chave: morte fetal, estudo invasivo, insuficiência utero-placentar.

PO – (23019) – SÍNDROME DE BRUGADA NA SALA DE PARTO, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Lima Martins¹; Filinto Costa²; Rafael Brás¹; Tânia Lima¹; Ana Paula Alves²; Teresa Barreto²; Fernanda Pacheco¹; Jorge Braga^{1,3}

1. Centro Materno Infantil do Norte

2. Centro Hospitalar Universitário de Santo António

3. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introdução: A Síndrome de Brugada (SB) é uma cardiopatia hereditária, associada frequentemente a arritmias ventriculares e considerada responsável por 4% a 12% de todas as mortes súbitas cardíacas.

A gestão da população obstétrica com SB revela-se particularmente desafiante, sobretudo na sala de partos, sendo necessário ter em consideração as possíveis complicações cardiovasculares que podem resultar da

exposição a fatores como a analgesia de parto, febre ou desidratação.

Descreve-se o caso de uma grávida de termo, com o diagnóstico de SB tipo I e perda de seguimento por cardiologia, que se apresentou, às 39 semanas e 2 dias, no Serviço de Urgência do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), para indução do Trabalho de Parto (TP). Desde a admissão esteve sob monitorização cardiocardiográfica complementada com avaliação dos sinais vitais. A equipa assistente tomou conhecimento do diagnóstico de SB já durante o TP. O parto foi distócico com recurso a ventosa para encurtamento do período expulsivo.

Objetivos: Pretende-se ilustrar os desafios e particularidades da gestão de uma grávida com SB em trabalho de parto.

Metodologia: Descrição de um caso clínico do Núcleo de Partos do CMIN.

Resultados e Conclusões: A SB é uma síndrome rara, caracterizada por disfunção dos canais sódio cardíacos. Pode tratar-se de uma condição assintomática, ou apresentar-se como arritmias malignas ou morte súbita.

Do ponto de vista obstétrico, para além da adequada monitorização hemodinâmica e da temperatura, pode ser necessário o encurtamento do segundo estágio do TP, com instrumentação, pelo risco arritmico provocado por condições vagotônicas.

Apresenta também implicações anestésicas significativas. Uma intervenção adequada e segura depende da sinalização e avaliação precoce por anesthesiologia, idealmente em consulta, assim como da articulação com o cardiologista assistente.

Palavras-chave: síndrome de brugada, trabalho de parto.

PO – (23023) – INCIDENTALOMAS NA ECOGRAFIA OBSTÉTRICA DO 1.º TRIMESTRE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Inês Sargaço¹; Maria Inês Barradas¹; Mariana Narciso¹; Estefânia Ferreira¹; Cremilda Barros¹; Manuel Sousa Gomes¹; Maria Lília Remesso¹; Luís Miguel Farinha¹

1. Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: Para além da avaliação fetal, a ecografia obstétrica do primeiro trimestre (realizada entre as onze e as treze semanas e seis dias) deve incluir também a observação e a descrição dos anexos. Aproximadamente 0,05 a 2,4 por cento das gestações são complicadas por uma massa anexial. A maioria das grávidas são assin-

tomáticas, pelo que os achados são incidentais.

Objetivos: Apresentação e discussão de caso clínico

Metodologia: Consulta de processo hospitalar, revisão de literatura

Resultados e Conclusões:

Resultados: Grávida de 28 anos, gesta II para 0, sem antecedentes patológicos de relevo. A ecografia do 1º trimestre, realizada às 11 semanas e 5 dias, objetivou a presença de um quisto com 141x74x106 mm (volume 580cc), que se assumiu inicialmente ser do ovário direito (imagem anexa). Ao exame ao espéculo constatou-se abaulamento do fundo de saco vaginal e colo uterino antevertido, em posição retro-púbica. Atendendo aos achados, foi sugerido o diagnóstico de quisto de Gartner e efetuada drenagem por via vaginal. Procedeu-se a desinfeção e inserção de cateter 14 Gauge, sob controlo ecográfico, com drenagem de 460 cc de líquido citrino. O relatório anatomopatológico revelou tratar-se de uma amostra constituída por material granular proteináceo, macrófagos e raros linfócitos (conteúdo de quisto), negativo para células malignas.

Conclusões: A ecografia obstétrica do primeiro trimestre permite a identificação precoce de massas anexiais e para-anexiais até então desconhecidas, e consequente avaliação e abordagem terapêutica. Apesar da generalidade destas massas serem benignas, a possibilidade de se tratar de uma neoplasia deve ser considerada.

Palavras-chave: Obstetrícia, Incidentaloma

PO – (23026) – FATORES DE RISCO PARA REALIZAÇÃO DE EPISIOTOMIA

Inês Gomes¹; Maria Rodrigues¹; Chabeli Appleman¹; Mariana Cordeiro¹; Mafalda Simões¹; Helena Gonçalves¹; Paulo Moura¹

1. Maternidade Daniel de Matos – CHUC

Introdução: A episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada durante o período expulsivo do trabalho de parto, com o intuito de aumentar o diâmetro do introito vaginal. No entanto, não existem critérios taxativos no que respeita à necessidade da realização de episiotomia e, como tal, esta decisão assenta numa abordagem individualizada de risco-benefício.

Objetivos: Avaliar os fatores de risco associados a uma maior percentagem de episiotomias realizadas durante o trabalho de parto.

Metodologia: Estudo retrospectivo onde foram incluídas um total de 907 mulheres com gestação de termo (≥ 37 semanas), com idade média de 32 anos [15-47 \pm 5.5 anos] e com data de parto entre Janeiro e De-

zembro de 2022 no CHUC. Os dados foram processados utilizando o programa informático SPSS Statistics. Como possíveis fatores de risco para episiotomia foram avaliadas as variáveis: Gesta, Para, Hipertensão Gestacional, Diabetes, Início de trabalho de parto, Peso do recém-nascido (RN) e Idade Materna.

Resultados e Conclusões: A percentagem de episiotomias é significativamente maior ($p < 0,05$), nos grupos com número de gestações inferior a três, nulíparas, trabalho de parto espontâneo, RN com peso superior a 3000g e idade materna inferior a 35 anos. A percentagem de episiotomias é significativamente superior ($p < 0,05$) no grupo de grávidas com Diabetes Mellitus (tipo 1 ou 2), mas esta diferença não atinge significado estatístico relativamente às grávidas com diabetes gestacional. Verifica-se ainda uma percentagem significativamente menor de episiotomias em mulheres com Hipertensão Gestacional.

A decisão de realizar episiotomia deve ser individualizada, após avaliação do risco-benefício individual. A nuliparidade, idade materna inferior a 35 anos, recém-nascidos com peso ao nascimento superior a 3000g e diabetes estão associados a uma maior percentagem de episiotomias realizadas. É essencial que o esclarecimento sobre esta questão em geral e os fatores de risco individuais em particular sejam abordados com a grávida antes do início do trabalho de parto.

Palavras-chave: Episiotomia.

PO – (23027) – DIÁSTASE DA SÍNFISE PÚBLICA DURANTE A GRAVIDEZ: DOIS CASOS CLÍNICOS

Inês Gomes¹; Helena Gonçalves¹; Paulo Moura^{1,2}

1. Maternidade Daniel de Matos – CHUC

2. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: Durante a gravidez existe um conjunto de alterações fisiológicas adaptativas osteoarticulares que permitem o aumento do *inlet* pélvico, especialmente do diâmetro transversal, com o intuito de facilitar o trabalho de parto. Estas incluem o remodelamento da rede de colagénio, aumento da lordose lombar, maior hidratação e plasticidade dos tecidos cartilágineos e pressão contínua do útero e feto sobre as estruturas pélvicas com consequente distensão e relaxamento ligamentar e muscular.

A diástase da sínfise púbica consiste no afastamento ósseo superior a 10 mm, associado a instabilidade do *inlet* pélvico sem fratura, manifestando-se por uma clínica variável desde o desconforto pélvico ligeiro com clique audível à mobilização da articulação até dor incapacitante.

Objectivos: Neste trabalho comparam-se dois casos clínicos de diástase da sínfise púbica, em duas mulheres com apresentações clínicas diferentes e idades gestacionais distintas (26 semanas e 38 semanas).

Metodologia: AB, 32 anos, G2P1, IG 26 semanas, apresentou-se no SU com clínica de desconforto pélvico ligeiro. Ao exame objetivo, verificou-se clique e instabilidade com dor à palpação da sínfise púbica. Optou-se pela colocação de cinta pélvica, associado a otimização da terapêutica de controlo algico e a relaxantes musculares.

AM, 41 anos, G4P2A1, IG 38 semanas, apresentou-se no SU com clínica de dor pélvica incapacitante. Após tentativa de terapêutica conservadora durante 2 dias, sem sucesso, optou-se por indução do trabalho de parto.

Resultados e Conclusões: Pelo facto de ser uma patologia com incidência relativamente baixa, há um défice de *guidelines* concisas que permitam uma abordagem terapêutica mais normativa e standerizada, com resultados terapêuticos mais previsíveis. Como tal, a orientação clínica assenta na avaliação dos fatores de risco, em conjunto com uma abordagem individualizada de risco-benefício altamente dependente da idade gestacional em questão.

Palavras-chave: Diástase da Sínfise Púbica.

PO – (23032) – TROMBOSE DA VEIA OVÁRICA NA GRAVIDEZ: UM DIAGNÓSTICO RARO

Inês Mesquita¹; Gonçalo Freitas²; Mariana Guimarães²; Marina Moucho²

1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

2. Serviço de Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Introdução: A abordagem da dor abdominal na grávida é semelhante àquela da população geral, apresenta particularidades condicionadas pelas alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez, pelas complicações obstétricas e pelas limitações dos exames de imagem. A incidência da trombose da veia ovárica (TVO) relacionada com a gravidez é de 0.05–0.18%, ocorrendo a maioria no pós-parto. Tipicamente a sintomatologia é inespecífica, sendo necessário um alto nível de suspeição para chegar ao diagnóstico.

Objectivos: Demonstrar a complexidade do diagnóstico diferencial na abordagem da dor abdominal na grávida.

Metodologia: Descrição de caso clínico baseado nos registos médicos eletrónicos e revisão da literatura.

Resultados e Conclusões: Grávida de 31 anos, saudável, 3G2P, com 25 semanas de gestação. Gravidez vivida sem intercorrências. Admitida no serviço de urgência por dor abdominal, intensa, contínua, com três dias de evolução, localizada no hipocôndrio direito com agravamento recente, associada a anorexia e náuseas. Normotensa e apirética. Ao exame objetivo abdômen mole e depressível, doloroso à palpação superficial e profunda no hipocôndrio direito com Murphy vesicular positivo. Analiticamente, ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios. Ecografia abdominal inconclusiva. RMN revela veia ovárica direita ectasiada em todo o seu trajeto, com hiperssinal da parede vascular, sugerindo trombose/tromboflebite da veia ovárica. Perante um diagnóstico provável de TVO, iniciou enoxaparina em dose terapêutica e antibioterapia. No sexto dia de internamento teve alta clínica, assintomática, orientada para consulta hospitalar. Proposta terminação da gravidez às 38 semanas, realizou analgesia epidural 24h após última toma de enoxaparina. Parto com ventosa, recém nascido saudável, 2315g, índice Apgar 9/10/10. Puerpério sem intercorrências, alta medicada com Varfarina.

O diagnóstico diferencial de dor abdominal durante a gravidez é complexo. Embora frequentemente se associe a patologia obstétrica ou ginecológica, é fundamental a exclusão de outras causas, incluindo a trombótica, para a qual a RMN tem um papel relevante.

PO – (23036) – EDEMA AGUDO DO PULMÃO EM GRÁVIDA DO 3.º TRIMESTRE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Faria¹; Silvana Almeida¹; Cláudia Oliveira¹; Andreia Mota De Sousa¹; João Abreu E Silva¹; Anabela Ferreira¹

1. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A gravidez é acompanhada de adaptações fisiológicas que tornam a mulher grávida mais suscetível ao desenvolvimento de edema pulmonar, tal como a redução significativa da resistência vascular pulmonar. O edema pulmonar pode ser precipitado pelo aumento da pré-carga cardíaca, elevação da permeabilidade capilar pulmonar (ex. pré-eclâmpsia) ou ambos. **Objetivos:** Descrever e discutir um caso de edema agudo do pulmão bilateral em grávida no 3º trimestre de gestação.

Metodologia: Descrição de um caso clínico, cujo tema engloba uma apresentação atípica de pré-eclâmpsia. Fo-

ram utilizados os registos clínicos hospitalares e os resultados analíticos e imagiológicos dos meios complementares de diagnóstico requeridos durante a avaliação da paciente.

Resultados e Conclusões: Mulher, 36 anos de idade, saudável, com gestação de 36 semanas e 5 dias, admitida por dispneia súbita, taquipneia, hipertensão de novo, crepitações bibasais e proteinúria. Foi diagnosticado edema agudo do pulmão bilateral hipertensivo associado a insuficiência respiratória grave do tipo hipoxémica.

A pré-eclâmpsia com critérios de gravidade foi considerada a etiologia mais provável, contudo, dado se tratar de uma apresentação atípica, outros diagnósticos foram excluídos, nomeadamente o Síndrome de HELLP; o Tromboembolismo pulmonar (TEP) e a Miocardiopatia periparto (MCP).

Conclusão: O edema pulmonar é uma complicação rara de pré-eclâmpsia, contudo, quando presente associa-se a elevado risco de mortalidade materna e fetal. O caso clínico apresentado demonstra esta rara complicação numa grávida com pré-eclâmpsia, sendo que a rápida atuação, possível sobretudo pela intervenção multidisciplinar adotada, permitiu um bom desfecho materno e fetal.

Palavras-chave: pré-eclâmpsia; miocardiopatia periparto; tromboembolismo pulmonar; edema agudo do pulmão.

PO – (23037) – GRAVIDEZ EM CICATRIZ DE CESARIANA: QUANDO O TRATAMENTO AINDA PERMANECE UM DESAFIO

Beatriz Féria¹; Maria João Palma¹; Rita Luz¹; Cristina Leite¹

1. Hospital Garcia de Orta

Introdução: A gravidez em cicatriz de cesariana é um evento raro, com incidência crescente e prevalência 1:2000 gravidezes. O principal fator de risco é a cesariana anterior, associando-se a placentação anormal, hemorragia abundante e risco de ruptura uterina. Desconhece-se qual a melhor conduta: atitude expectante, metotrexato local ou sistémico, aspiração, ressecção abdominal ou histeroscópica, balão intra-uterino ou histerectomia.

Objetivos: Descrever um caso raro de gravidez em cicatriz de cesariana com foco no tratamento adotado

Metodologia: Consulta de processo clínico

Resultados e Conclusões: Grávida de 36 anos, com cesariana prévia há 3 anos, recorreu ao serviço de ur-

gência (SU) por perda hemática vaginal escassa. Apresentava B-HCG 44055mIU/ml e um saco gestacional *in útero* com embrião de 6 semanas, sem batimentos cardíacos e trofoblasto implantado a nível da cicatriz de cesariana. Optou-se pela administração local de metotrexato (50mg/m²), com descida gradual da B-HCG. Após 15 dias, recorre ao SU por hemorragia vaginal abundante com choque hipovolémico. Foi submetida a aspiração uterina, sob controlo ecográfico, sem saída de trofoblasto. Por manutenção da hemorragia, procedeu-se a laparotomia exploradora emergente. Após rebitamento da bexiga, observou-se gravidez implantada no segmento inferior uterino, com solução de continuidade, de aspecto necrosado. Realizou-se excisão de fragmentos de trofoblasto com ressecção em cunha, com posterior reparação do defeito, permitindo a preservação uterina. Estimaram-se perdas de 1500mL de sangue com Hb mínima de 6.6gr/dL, tendo realizado intra-operatoriamente suporte aminérgico, 3unidades de concentrado eritrocitário, 2de plasma fresco congelado, 2gr de fibrinogénio e 1gr de ácido tranexâmico. Permaneceu 3 dias nos cuidados intensivos e teve alta em D4 pós-operatório. Em consulta após 1 mês, a doente apresentou-se sem queixas e com ecografia sem alterações. Pretende engravidar no futuro.

Se não diagnosticada ou tratada inadequadamente, a gravidez em cicatriz de cesariana poderá conduzir a grande morbimortalidade materno-fetal. Está, ainda, por definir qual a melhor prática médico-cirúrgica a adotar perante esta entidade.

PO – (23039) – SÍNDROME DA ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL NUMA PUÉRPERA SAUDÁVEL: A PROPÓSITO DE UM CASO

Diana Pimentel Alves¹; Marta Melo¹; Rita Silva¹; Paula Tapadinhas¹

1. Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível (SEPR) é um entidade clínica e imagiológica rara. A fisiopatologia não é totalmente compreendida, podendo resultar de disfunção da auto-regulação cerebral perante hipertensão mal controlada. Entre os fatores de risco descritos, destacam-se a hipertensão arterial, doença renal e utilização de terapêutica imunossupressora. Surge particularmente na gravidez e puerpério. As manifestações clínicas englobam cefaleia, alterações visuais, alterações do estado de consciência e crises convulsivas. As alterações imagiológicas, melhor evidenciadas na ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE), caracterizam-se mais frequentemente por edema da substância branca em topografia parieto-occipital de forma simétrica.

Metodologia: Primípara de 25 anos, saudável, com parto eutócico como conclusão de uma gravidez de baixo risco. Puerpério imediato sem intercorrências, com alta em D2 pós-parto. Em D11 pós-parto, inicia alterações visuais, cefaleia holocraniana e crise tónico-clónica generalizada. À admissão, apresenta hipertensão de novo de difícil controlo, com resposta a labetalol. Foi internada na Unidade de Cuidados Intensivos. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica sem alterações. Por manutenção de alto nível de suspeição, realizou RM-CE, que evidenciou lesões compatíveis com SEPR. Apresentou remissão completa da sintomatologia neurológica em D4 de internamento e teve em D7 de internamento, com controlo tensional sob nifedipina 30mg 2id. A RM-CE de reavaliação em D10 pós-início do quadro revelou reversão total das lesões.

Resultados e Conclusões: Este caso ilustra uma entidade rara, que surgiu na ausência de fatores de risco, com elevação tensional, questionando-se se o SEPR será um diagnóstico diferencial ou um indicador de pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Alerta-se para a necessidade de manter um baixo limiar de suspeição perante a existência de alterações neurológicas e elevação tensional, nomeadamente no período puerperal. Com o diagnóstico precoce e controlo tensional, o prognóstico é favorável, sendo expectável a completa reversão clínica e radiológica das alterações.

Palavras-chave: Girassol.

PO – (23041) – DOENÇA BIPOLAR NA GRAVIDEZ SOB LÍTIO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Peralta¹; Susana Raposo²; Teresinha Simões²

1. Centro Hospitalar do Oeste

2. Maternidade Alfredo da Costa

Introdução: A perturbação afetiva bipolar (PAB) é uma doença psiquiátrica em que se verifica alteração do humor, energia, sono, cognição, comportamento, bem como da relação com os pares. Existem várias armas terapêuticas, mas nem todas estão indicadas nas grávidas. Nesta população e no puerpério, cada vez mais autores defendem o lítio como o estabilizador de humor mais eficaz na prevenção da recaída e na psicose pós-parto.

Objectivos: Apresentação da atuação clínica perante o uso de lítio na grávida com PAB.

Metodologia: Revisão da literatura e análise retrospectiva de um caso de PAB de difícil controlo

Resultados e Conclusões: Descreve-se o caso de uma nulípara de 39 anos, com gravidez bicoriónica/biamniótica seguida na consulta de Psiquiatria por PAB de difícil controlo que iniciou tratamento com lítio, necessitando de ajustes frequentes tanto pela patologia de base, como por intercorrências como vómitos. A lítémia foi sendo avaliada ao longo da gravidez e puerpério.

A PAB é uma doença psiquiátrica impactante em várias esferas, devendo começar a ser tratada na altura do diagnóstico. O lítio é um estabilizador de humor muito eficaz que pode ser usado na gravidez, mas a quantificação da concentração no soro deve ser feita de forma regular para diminuir o risco materno e neonatal: mensalmente nos 1º e 2º trimestre e semanalmente no 3º; nos potenciais desequilíbrios hidro-eletrolíticos, pela proximidade química com o sódio e potássio; após o parto; e no recém-nascido, juntamente com a função renal, TSH e T4L (e vigiar sinais de toxicidade); nas duas semanas de vida (recém-nascido) deve ser avaliada 2x/semana.

A abordagem de situações semelhantes à do caso apresentado deve ser feita por uma equipa multidisciplinar que inclua psiquiatra, obstetra e pediatra. Geralmente a amamentação não está recomendada.

Palavras-chave: doença bipolar, doença psiquiátrica, lítio, estabilizador de humor.

PO – (23043) – IMPLICAÇÕES PERINATAIS DA HEPATITE B CRÓNICA – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Ana Rafaela Fonseca¹; Marcelo Menino²; Maria Carvalho Afonso^{1,2}; Inês Martins^{1,2}

1. Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, CHULN-HSM

2. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: Mundialmente, cerca de 300 milhões de pessoas encontram-se infectadas cronicamente pelo vírus da hepatite B (VHB). Quando a infeção ocorre no período neonatal, o risco de cronicidade aproxima-se dos 90%, com risco alto de cirrose e carcinoma hepatocelular. Através do rastreio universal, é possível reduzir a transmissão vertical (TV) do VHB a 0% com a imunoprofilaxia adequada ao recém-nascido e eventual terapêutica da grávida.

Objectivos: Caracterizar a população de grávidas com o diagnóstico de hepatite B que tiveram o parto num

centro terciário nacional, avaliando a orientação da infeção durante a gravidez e a taxa de TV.

Metodologia: Estudo observacional de coorte retrospectivo considerando grávidas infectadas com VHB cujo parto ocorreu na instituição em 1/1/2020-31/12/2023. A vigilância na consulta de Obstetrícia baseou-se no protocolo do serviço, incluindo referenciacao a consulta de Gastroenterologia e doseamento da carga viral (CV) e do AgHBe no 3º trimestre. De acordo com o protocolo da Pediatria, todos os estes recém-nascidos recebem vacinação e imunoglobulina contra o VHB.

Resultados e Conclusões: Analisados 64 casos, correspondendo a 0,9% dos partos da instituição no período considerado. A maioria das grávidas não era portuguesa (81%), sendo 64% oriundas dos PALOPs. Apenas 57% das gestações foram vigiadas na própria instituição, das quais 87% fizeram doseamento da CV, versus 46% das não vigiadas na instituição. Quatro grávidas tinham AgHBe+ e duas (3%) foram medicadas com tenofovir por CV >200000 IU/ml. Nenhuma diagnosticada com cirrose. Não foi possível obter dados relativos à TV, já que a vigilância serológica dos recém-nascidos fica atribuída ao médico assistente. Este trabalho reforça ser possível e desejável acompanhar a evolução da hepatite B durante a gestação, instituindo medidas profiláticas atempadas contra a TV. Evidencia ainda a necessidade de centralização de registos para obtenção de dados relevantes de saúde.

Palavras-chave: Hepatite B, Gravidez, Vigilância, Profilaxia, Transmissão vertical.

PO – (23045) – TUMOR NEUROEPITELIAL DISEMBRIOPLÁSTICO: UMA CAUSA IMPROVÁVEL DE CRISE CONVULSIVA NA GRAVIDEZ

Maria Luísa Mendes¹; Beatriz Palmeira¹; Elisabete Gonçalves¹; Saritta Nápoles¹; Maria Manuel Torrão¹

1. Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: O tumor neuroepitelial disembrionoplástico (DNET) é uma neoplasia benigna pouco frequente do sistema nervoso central, que se associa a crises convulsivas de difícil controlo. Surge geralmente no início na infância ou adolescência, sendo raros os casos reportados com manifestação inaugural na gravidez.

Objectivos: Apresentação de caso clínico atípico na gravidez.

Metodologia: Descrição de um caso clínico com recurso aos registos de SClínico e revisão da literatura.

Resultados e Conclusões: Primigesta de 29 anos, sau-

dável, recorreu ao serviço de urgência por crise convulsiva, às 36 semanas de gestação. À admissão, encontrava-se consciente e sem défices neurológicos. O estudo analítico não revelou alterações de relevo. Foi proposto internamento para vigilância materno-fetal, não se tendo registado novas crises, pelo que teve alta 2 dias após. Parto eutócico às 38 semanas, o qual decorreu sem intercorrências. Seis semanas após o parto, recorreu novamente ao serviço de urgência por episódios sugestivos de crises de ausência. Realizou TC cranioencefálico que revelou uma hipodensidade cortico-subcortical na região temporoparietal direita, pelo que foi internada para vigilância e estudo complementar. A RMN demonstrou a presença de uma lesão expansiva temporal posterior direita, cortico-subcortical, de aspecto multilobulado, com 4 cm de maior diâmetro, intenso hipersinal em T2 e hipossinal em T1. Os achados imagiológicos permitiram o diagnóstico presuntivo de DNET, o que motivou a referenciação a neurocirurgia de um hospital terciário, tendo tido alta sob terapêutica antiepiléptica.

A maioria das crises convulsivas na gravidez ocorre em mulheres com antecedentes de epilepsia, pelo que, a ausência de episódios prévios representa um desafio diagnóstico para os profissionais de saúde. O diagnóstico definitivo de DNET carece de confirmação histopatológica. A abordagem conservadora, com ou sem terapêutica antiepiléptica, é uma opção válida na gravidez, dado que é um tumor benigno que geralmente apresenta um crescimento lento. Contudo, o tratamento definitivo é cirúrgico.

Palavras-chave: Tumor neuroepitelial disembrionoplástico, crise convulsiva, gravidez.

PO – (23046) – CETOACIDOSE DIABÉTICA NA GRAVIDEZ COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE DIABETES MELLITUS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Moreira¹; Inês Manique²; Andreia Martins¹; Olga Gutu²; Ana Bello¹; Ana Isabel Machado¹; Cristina Salta³; Ana Bernardo¹

1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

2. Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

3. Serviço de Anestesiologia, Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: A Cetoacidose Diabética (CD) na gravidez é uma emergência obstétrica rara (0,5-3% das grá-

vidas diabéticas), mais frequente no segundo e terceiro trimestres. Constitui um risco elevado de morbimortalidade materno-fetal, associando-se a hipoxémia fetal. Raramente, é a manifestação inaugural de Diabetes mellitus (DM).

Objetivos: Relatar um caso de CD como manifestação inaugural de DM numa gravidez de terceiro trimestre.

Metodologia: Descrição de caso clínico.

Resultados e Conclusões: Grávida de 19 anos, nulípara, sem antecedentes relevantes, com história familiar de DM tipo 2 (avó materna), iniciou vigilância da gravidez às 8 semanas de gestação, sem intercorrências. O rastreio da Diabetes foi negativo (glicémia em jejum 85mg/dL e prova de tolerância oral à glicose 69|86|94mg/dL).

Às 33 semanas de gestação recorre ao serviço de urgência de Ginecologia/Obstetrícia por vômitos com 12h de evolução, dificuldade respiratória, dor pélvica e lipotímia. Referia diminuição dos movimentos fetais e perda de líquido vaginal. Objetivamente sonolenta, desidratada, normotensa, taquicárdica (132bpm), taquipneica (24cpm), saturação periférica O₂ 100%. Ao exame vaginal, colo uterino fechado, sem perda de líquido. Analiticamente: glicémia 492mg/dL, cetonémia 5,2mg/dL, acidémia metabólica (pH 6,9; K⁺ 5,7; HCO₃ 12mEq/L); leucocitose com neutrofilia (24,830x10⁹/L), PCR 13,4mg/L (<5); amilase 140U/L, lipase 356U/L, urocultura e hemoculturas negativas. A ecografia mostrou feto cefálico sem batimentos cardíacos e oligoâmnios. Foi assumida uma CD, ficando internada. Iniciou perfusão de insulina, bicarbonato de sódio endovenoso, com melhoria progressiva, e antibioterapia profilática. Foi iniciada a indução trabalho de parto, que terminou num parto eutócico de nado morto. O exame da placenta revelou presença de *Staphylococcus aureus*.

Após oito dias, teve alta encaminhada para a consulta de Diabetes, tendo-se verificado HbA1c 5,1%. Assumiu-se o diagnóstico de DM tipo 1. O estudo pancreático auto-imune foi negativo; a TC abdominal sem alterações. Atualmente encontra-se sob insulina glargina, lispro às refeições e insulina de correção.

Este caso ilustra a morbimortalidade associada à CD na gravidez.

Palavras-chave: Cetoacidose diabética, Gravidez, Diabetes mellitus.

PO – (23048) – QUE FATORES SE ASSOCIAM À OCORRÊNCIA DE INSTRUMENTAÇÃO DE UM PARTO VAGINAL?

Maria Rodrigues¹; Inês Gomes¹; Chabeli Appelman¹;

Mariana Cordeiro¹; Mafalda Simões¹; António Lobo¹; Paulo Moura^{1,2}

1. Serviço de Obstetrícia A (MDM) – CHUC

2. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: O recurso a parto vaginal instrumentado pode surgir na sequência da necessidade de abreviar o 2º estadio do trabalho de parto (TP), por indicações maternas ou fetais. Os fatores ou circunstâncias que se associam ou rodeiam estas intervenções são diversos e variáveis.

Objetivos: Avaliar a existência de fatores maternos e gestacionais predisponentes à probabilidade de instrumentação do TP.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu grávidas cujo parto de termo ocorreu entre 01/06/2022-31/12/2022.

Constituíram-se dois grupos: G1-parto instrumentado (ventosa/fórceps); G2-parto eutócico.

Estatística no SPSSv29.0, significância $p < 0.05$.

Resultados e Conclusões: Da amostra estudada ($n=638$), 31,3% pertenciam ao G1 e 68,7% ao G2.

A mediana de idades foi 32 anos em ambos os grupos ($G1=[15-45]$; $G2=[19-46]$) e o IMC médio 24 kg/m².

O principal motivo de instrumentação (41,1%) foi a não progressão da apresentação, seguido de estado fetal não tranquilizador (34,4%).

As nulíparas corresponderam a 53,5% da amostra: 70,9% do G1, comparativamente com 45,5% do G2 ($p < 0,01$). Quanto ao número de partos prévios, 11,5% do G1 tinha três ou mais, comparativamente com 24,2% do G2 ($p=0,01$).

O antecedente de cesariana era significativamente mais frequente no G1: 12,5% vs 3,9% ($p=0,01$).

O TP foi induzido em 35% do G1 vs em 26,7% do G2 ($p=0,03$): sem diferenças com relevância estatística quanto ao método.

Não se verificaram diferenças com significado estatístico relativamente à idade, ao IMC e à presença de patologia materna (hipertensão e/ou diabetes).

Os nossos resultados evidenciaram uma associação entre nuliparidade, antecedentes de cesariana e indução do TP e a instrumentação do período expulsivo.

Ao contrário do expectável, na nossa amostra, fatores maternos como idade, IMC e patologia obstétrica mais frequente não mostraram o mesmo tipo de relação.

O conhecimento de fatores predisponentes para instrumentação poderá cooperar na monitorização do TP em grávidas com fatores de risco, contribuindo para as decisões obstétricas no 2º estadio do TP.

Palavras-chave: parto instrumentado, fatores predisponentes, paridade, período expulsivo, indução, fatores maternos.

PO – (23052) – PAPP-A – FATOR DE RISCO ISOLADO NA PRÉ-ECLAMPSIA PRECOCE

Ema Virga¹; Ana Edral¹; Liliane Scarpin¹; Fernando Guerreiro¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A PAPP-A (Proteína Plasmática A associada à Gravidez) é utilizada no 1º trimestre (T) de gravidez como marcador no RBC (Rastreo Bioquímico Combinado). É conhecido que níveis mais baixos da PAPP-A no 1ºT são associados ao maior risco de pré-eclampsia (PE).

Objetivos: Determinar se há alguma relação entre o nível do PAPP-A realizado no rastreio combinado do 1ºT e os dois tipos de PE.

Metodologia: Foi realizado um estudo retrospectivo que analisou 37 grávidas diagnosticadas com PE entre os anos de 2021 e 2023 e que tinham realizado o rastreio combinado no 1ºT no Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Foi calculada a mediana dos valores MoM do PAPP-A e foram comparados os valores nas PE precoces, nas tardias e nas PE com critérios de gravidade.

Resultados e Conclusões:

Resultados: No grupo analisado foram identificadas 5 PE precoces e 33 PE tardias. Das 37 grávidas, 10 desenvolveram PE com critérios de gravidade. 32,4% - 12 grávidas - tiveram um rastreio positivo para PE e iniciaram AAS conforme o protocolo. A mediana dos valores MoM do PAPP-A para os grupos foram: 0,832 para PE precoce, 0,881 para PE com critérios de gravidade e 0,733 para as demais.

Conclusões: Da amostra estudada, conclui-se que a PE precoce e a PE com critérios de gravidade não são associadas a um valor menor do PAPP-A no 1ºT quando comparado com a PE tardia. O valor do PAPP-A não representa um fator de rastreio isolado na diferenciação dos 2 tipos de PE. Apesar do RBC do 1ºT conseguir despistar cerca de 80% das PE precoces, ainda são necessários estudos para identificação de outros fatores que contribuem para esse diagnóstico desfavorável.

Palavras-chave: PAPP-A, pré-eclampsia.

PO – (23053) – QUANDO UMA ROTURA UTERINA ACONTECE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Estefânia Ferreira¹; Filipa Reis¹; Tânia Freitas¹; Rita Freitas¹; Luís Miguel Farinha¹

1. Hospital Central do Funchal

Introdução: A rotura uterina é uma emergência obstétrica. A incidência em pacientes com cesariana anterior (CST) ronda os 0.3% independentemente da via de parto em que a rotura ocorre.

Metodologia: Apresentamos um caso de rotura uterina que ocorreu no Hospital Central do Funchal.

Resultados e Conclusões: BSGL, grávida de 35 anos, IVG IIIP (1 CST há 7 anos, 2 partos eutócicos há 4 e 1 anos), admitida em trabalho de parto com cervicometria de 3cm, sendo proposta para analgesia epidural. Passadas 3h manifesta contratilidade uterina dolorosa apesar da analgesia e a avaliação pela equipa de enfermagem revela cervicometria de 9cm. Por ausência de progressão da apresentação apesar dos esforços expulsivos maternos, é solicitada avaliação pelo obstetra, a utente mantém dor. O toque vaginal suscita dúvidas e é confirmado por três obstetras: à avaliação o cérvix encontra-se muito posterior, não parece haver dilatação completa, verifica-se hemorragia e nota-se uma solução de continuidade através da qual é possível sentir simultaneamente a cabeça fetal para baixo da mesma e os ombros acima. A cardiocografia é normal.

Admitida a suspeita de rotura uterina é decidida cesariana emergente.

Intraoperatoriamente confirma-se rotura e presença da cabeça fetal exteriorizada através da mesma. Recém nascido, vivo, do sexo feminino, com 3508 gramas e índice de apgar de 9/10.

O toque vaginal é um exame muito importante na avaliação da evolução do trabalho de parto. Dor abdominal de início súbito, hemorragia vaginal e antecedentes de cesariana anterior podem sugerir rotura uterina. É necessário um alto grau de suspeição para melhor desfecho materno e fetal.

Palavras-chave: Rotura uterina, Emergência obstétrica, Caso clínico.

PO – (23055) – A IMPORTÂNCIA DO SFLT-1/PLGF NOS DESFECHOS MATERNS E PERINATAIS

Maria Rodrigues¹; Inês Gomes¹; Maria São José Pais¹; Paulo Moura^{1,2}

1. Serviço de Obstetrícia A (MDM) – CHUC

2. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A pré-eclâmpsia (PEC) caracteriza-se por

disfunção vascular placentária, verificando-se um desequilíbrio entre fatores angiogénicos e anti-angiogénicos.

Assim, a avaliação do rácio sFlt-1/PLGF é útil perante suspeita de PEC/restricção de crescimento fetal (RCF).

Objectivos: Analisar a relação entre rácio sFlt-1/PLGF e desfechos maternos e perinatais.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu grávidas sem diagnóstico prévio de PEC, com avaliação do rácio sFlt-1/PLGF entre janeiro-setembro 2023.

Constituíram-se dois grupos: G1- alto risco PEC (>38 até às 33+6; > 110 a partir das 34 semanas); G2- baixo risco (<38).

Estatística no SPSSv29.0, significância $p < 0.05$.

Resultados e Conclusões: Da amostra estudada ($n=155$), 51,6% pertenciam ao G1 e 48,3% ao G2.

Medianas de idades de 35 anos ($G1=[18-43]$ e $G2=[20-43]$) e de idade gestacional na colheita do rácio de 36 semanas ($G1=[12-40]$ e $G2=[28-40]$).

HTA induzida pela gestação em 58% do G1 e 32% do G2 ($p=0,005$). Destas grávidas com HTA, tiveram diagnóstico de pré-eclâmpsia 39,5% do G1 e 5,3% do G2 ($p < 0,01$).

Tiveram como desfecho parto pré-termo 45,6% do G1 e 11,9% do G2 ($p < 0,001$).

No G1, 62,3% tiveram uma cesariana, comparativamente com 36,9% em G2 ($p=0,01$). Destas, 53,6% do G1 foram urgentes/emergentes, comparativamente com 27,5% no G2.

Ainda no G1, 16,7% dos fetos tinham RCF com alterações fluxométricas e 9,5% RCF grave ($< p3$), comparativamente a 1,3% no grupo G2 para ambos os tipos de restrição ($p=0,004$).

Um rácio sFlt-1/PLGF elevado associa-se a piores desfechos materno-fetais, demonstrando a relevância do teste no rastreio, diagnóstico e monitorização de gestações em risco ou afetadas por patologia hipertensiva e/ou RCF.

Palavras-chave: pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal, desfechos maternos, desfechos perinatais, patologia hipertensiva, rácio sFlt-1/PLGF.

PO – (23056) – MALFORMAÇÕES FETAIS NA DIABETES PREGESTACIONAL: QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO?

Joana Figueiredo¹; Mariana Teves²; Ana Catarina Massa³; Lisa Vicente³; Ana Isabel Machado³

1. Centro Hospitalar do Oeste

2. Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

3. Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: A Diabetes pregestacional afeta 1-2% das grávidas, associando-se a um aumento do risco de malformações fetais. Estas anomalias podem afetar vários órgãos e sistemas. Vários mecanismos estão implicados na teratogenicidade da diabetes materna, sendo crucial atingir um adequado controlo glicémico previamente à gravidez.

Objectivos: Determinar a prevalência e os fatores de risco para malformações fetais em grávidas com diabetes pregestacional.

Metodologia: Estudo retrospectivo de gravidezes únicas com diabetes pregestacional, vigiadas num hospital terciário, entre 2019 e 2021. Analisaram-se os fatores de risco em dois grupos: um com malformações fetais e outro sem malformações fetais. Usou-se $p < 0,05$ para significância estatística.

Resultados e Conclusões: Analisaram-se 71 gravidezes únicas com diabetes pregestacional, a maioria com Diabetes tipo 2 (65,7%). A prevalência de malformações fetais em grávidas com diabetes pregestacional foi de 15,5% (n=11), sendo 54,5% dos casos em grávidas com Diabetes tipo 2. As malformações mais prevalentes foram as do sistema cardiovascular (54,5%), seguindo-se as malformações renais (18,2%), as do sistema nervoso central (9,1%), musculoesquelético (9,1%) e síndrome polimalformativo (9,1%). Em 87,5% dos casos de malformações as grávidas não realizaram consulta pré-concepcional.

No grupo das malformações, foi mais frequente a insulino terapia no início da gravidez, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Neste grupo observou-se ainda tendência para uma mediana de idade materna superior, maior prevalência de obesidade prévia à gravidez, maior duração da diabetes, maiores níveis de HbA1c do primeiro trimestre e maior idade gestacional na primeira consulta, embora sem significado estatístico.

No grupo das malformações, houve também maior taxa de cesarianas, maior morbidade neonatal e admissão em Cuidados Intensivos Neonatais, diferenças sem significância estatística.

Conclui-se que a diabetes pregestacional associa-se a uma maior incidência de malformações fetais. O aconselhamento pré-concepcional é fundamental, de forma a otimizar o controlo da diabetes e prevenir a ocorrência destas malformações.

Palavras-chave: Diabetes pregestacional, Malformação fetal, Medicina materno-fetal, Obstetrícia.

PO – (23058) – ELEVAÇÃO ISOLADA DAS TRANSAMINASES: COMPLICAÇÃO DE HIDRÂMNIOS GRAVE?

Helena Cunha E Carmo¹; Joana Gameiro¹; Patrícia Nazaré¹; Antonia Santos¹

1. Hospital Garcia de Orta

Introdução: O polihidrâmnios define-se pela acumulação excessiva de líquido amniótico (LA), diagnosticada por ecografia (índice de líquido amniótico (ILA) ≥ 25 cm ou maior lago ≥ 8 cm). Pode ser idiopático ou de causa materna, fetal ou placentar. Nos casos moderados habitualmente é assintomático, podendo ocorrer sintomas associados à hiperdistensão uterina nos casos mais graves. A terapêutica depende da etiologia, gravidade e sintomatologia associadas.

Objectivos: Descrição de caso de hidrâmnios associado a complicação materna rara

Metodologia: Consulta de processo clínico

Resultados e Conclusões: Grávida de 39 anos, G3P1, admitida às 32 semanas por quadro de hidrâmnios grave, sintomático, com contratilidade regular. Analiticamente destacava-se elevação da transaminases (TGO/TGP 120/202 UI/ml) e trombocitopenia ligeira ($116.000 \times 10^9/L$). O estudo morfológico fetal revelou sinal de “dupla bolha”, *sandal gap*, hidrocelo, hipertrofia ventricular ligeira, ligeiro retrognatismo e ILA 36 cm.

Durante o internamento, verificou-se agravamento progressivo do hidrâmnios e deterioração analítica com elevação gradual das transaminases (TGO/TGP 530/878 UI/ml). Tanto o perfil tensional como o estudo STORCH, o doseamento dos ácidos biliares, o rácio sFLT/PLGF e a ecografia abdominal não revelaram alterações. Pela sintomatologia associada ao hidrâmnios foram realizadas duas amniotomias (saída de 2L e 1.6L de líquido claro). O estudo Array-CGH foi normal. Após o procedimento, observou-se diminuição significativa do valor das transaminases. Paralelamente ao posterior agravamento progressivo do polihidrâmnios, verificou-se um agravamento progressivo das transaminases.

Às 37 semanas e 6 dias ocorreu rotura prematura de membranas, tendo sido realizado parto distócico com aplicação de ventosa por distócia de progressão com recém-nascido com 2752g e índice de Apgar 9/10. No período puerperal, observou-se normalização da função hepática.

Este caso descreve uma presumível associação entre hidrâmnios grave e alteração da função hepática rela-

cionada com a possível congestão hepática devida à hiperdistensão uterina, com melhoria clínica e analítica após a amniodrenagem. É um fenómeno pouco descrito na literatura.

Palavras-chave: Hidrâmnios, hiperdistensão uterina, contratilidade, transmissões, amniodrenagem.

PO – (23061) – RELATO DE CASO: UM CASO INCOMUM DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRÉ-VIABILIDADE

Roxane Van Hauwaert¹; Ana Luísa Coutinho¹; Ana Rita Martins¹; Joana Rodrigues¹; Ana Rita Mateus¹; Ana Edral¹; Fernanda Vilela¹; Ana Paula Silva¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A rotura prematura de membranas pré-viabilidade (RPM-PV) é incomum, especialmente na periviabilidade, ocorrendo em 0,1 - 0,8% das gravidezes e representa uma causa importante de morbimortalidade materno-fetal.

Objetivos: Descrever um caso clínico de RPM-PV com período de latência prolongado e discutir o caso com base na evidência publicada.

Metodologia: Os dados foram obtidos através dos registos clínicos no programa SClínico. A revisão da literatura foi realizada através do Pub-Med.

Resultados e Conclusões: Primigesta de 35 anos, sem antecedentes médico-cirúrgicos, gravidez vigiada em Cuidados de Saúde Primários, sem intercorrências, recorreu ao CHUA-Faro para realização de ecografia morfológica com 22s + 5d, na qual referiu apresentar um corrimento amarelado abundante, sem cheiro, contínuo, de início desconhecido. Ecograficamente apresentava um estudo morfológico normal para idade gestacional e um índice de líquido amniótico (ILA) de 5cm.

Realizou-se AmniSure com resultado positivo e analiticamente não apresentava elevação de parâmetros inflamatórios. Iniciou antibioterapia profilática e vigilância materno-fetal em regime de internamento. A grávida foi informada do prognóstico e foram apresentadas as opções terapêuticas, optando pela abordagem conservadora. Às 24s iniciou maturação pulmonar fetal (MPF). Em reavaliações ecográficas subsequentes, verificou-se um decréscimo do ILA, com mínimo de 3cm e posteriormente um aumento gradual, com máximo de 8cm às 28s + 5d. Manteve perda de LA, colo uterino > 30mm, microbiologia de exsudados vaginais e urina negativos e analiticamente sem parâmetros inflamatórios.

Às 32 s + 6d iniciou tocólise e novo ciclo de MPF por contratilidade e posteriormente submetida a cesariana por feto pélvico em trabalho de parto, com nascimento de recém-nascido com 1700g, Índice de Apgar 9/10.

No presente caso, não foi identificada a etiologia da RPM-PV; o período de latência foi superior aos casos descritos na literatura, que apresentam uma duração média de 15 dias; e o ILA manteve-se em valores positivos, o qual se relaciona diretamente com a taxa de sobrevivência.

Palavras-chave: Rotura prematura de membranas pré-viabilidade, Periviabilidade.

PO – (23062) – A PREMATURIDADE PRECOCE AO LONGO DE SEIS ANOS: A REALIDADE DE UM HOSPITAL CENTRAL

Raquel Soares¹; Ana Pinto¹; Mariana Leal¹; Margarida Silva¹; Carla Ferreira¹; Claudina Carvalho¹; Inês Nunes¹

1. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: O parto pré-termo (PPT) permanece um desafio obstétrico devido à elevada incidência e riscos perinatais.

Objetivos: Aferir a incidência de PPT, identificar fatores de risco maternos associados e abordar as intervenções clínicas adotadas.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, que incluiu grávidas com PPT, entre as 24 e 33⁺⁶ semanas, no CHVNG/E, entre 2015 e 2020. Os dados foram obtidos através da consulta de registos clínicos no SClínico[®] e ObsCare[®] e analisados no SPSS[®].

Resultados e Conclusões: O estudo incluiu 268 PPT, que constituem 2,7% de todos os partos e 28% de todos os PPT, tendo a incidência permanecido estável nos seis anos analisados. Destes, 143 (53,4%) corresponderam a PPT espontâneos e 125 (46,6%) a PPT iatrogénicos.

A mediana da idade gestacional no parto foi de 31 semanas (14,2% entre as 24-27⁺⁶semanas, 38,8% entre as 28-31⁺⁶semanas e 47,0% entre as 32-33⁺⁶semanas).

Das grávidas com PPT espontâneo, os fatores de risco maternos com maior incidência incluem o tabagismo (11,9%), idade materna avançada (7,7%), diabetes gestacional (14,7%), hemorragia anteparto (11,2%) e colo curto (8,4%). Destaca-se que 35,7% resultaram de gestações múltiplas e 18,9% de gestações pós-técnicas de PMA. A rotura prematura de membranas foi a causa em 81 casos (56,6%).

Das grávidas com PPT iatrogénico, 34% apresentavam hipertensão gestacional e 32% episódios de hemorragia anteparto (32%). As principais indicações para terminar a gravidez foram pré-eclâmpsia com critérios de gravidade (28%), restrição de crescimento fetal (RCF) (19,2%) e suspeita de descolamento placentar/placenta prévia com hemorragia ativa (18,4%).

A corticoterapia foi administrada a 95,6% das grávidas com PPT iatrogénico e a 92,3% das grávidas com PPT espontâneo (70,5% destas sob tocólise concomitante). Das grávidas elegíveis para neuroproteção fetal, 57,7% receberam sulfato de magnésio.

Desta análise destaca-se o impacto da gestação múltipla e das técnicas de PMA na prematuridade precoce espontânea, e das complicações hipertensivas da gravidez e RCF na prematuridade iatrogénica.

Palavras-chave: fatores de risco maternos, parto pré-termo espontâneo, parto pré-termo iatrogénico, prematuridade precoce, conduta obstétrica.

PO – (23065) – INDUÇÃO ELETIVA DO TRABALHO DE PARTO ÀS 39 SEMANAS EM GRÁVIDAS COM OBESIDADE SEVERA – SERÁ UMA OPÇÃO PARA MELHORAR OS DESFECHOS OBSTÉTRICOS NESTE GRUPO?

Maria Inês Barradas¹; Maria Inês Sargaço¹; Mariana Narciso¹; Estefânia Ferreira¹; Filipa Santos¹; Cremilda Barros¹; Luís Miguel Farinha¹

1. Hospital Dr Nélio Mendonça

Introdução: A obesidade materna piora os desfechos obstétricos, fetais e neonatais. Apesar da sua elevada prevalência em Portugal, ainda não existe uma recomendação nacional que uniformize as atitudes quanto ao timing e método de indução do trabalho de parto (ITP) neste grupo. Nalguns estudos, a indução eletiva do parto às 39 semanas em mulheres com obesidade severa foi associada à redução das taxas de cesariana e de morbilidade materna e neonatal.

Objetivos: Avaliar se a indução eletiva do trabalho de parto em grávidas com obesidade severa às 39 semanas, comparativamente às 41 semanas, está associada à redução do parto por cesariana ou de outros desfechos maternos e neonatais adversos.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo de 1/2022 a 6/2023. População alvo: grávidas obesas grau II e III (IMCpré-gestacional \geq 35), gravidez unifetal, apresentação cefálica, sem antecedentes. Selecionou-se 44 grávidas e definiu-se 2 grupos com 22 grávidas cada: Grupo 1 (ITP às 39s) e Grupo 2 (ITP às 41s). Ca-

racterizou-se os grupos quanto à idade materna, peso pré-gestacional, IMC pré-gestacional, aumento de peso na gravidez, idade gestacional ao nascimento, peso do RN, método de ITP, tipo de parto, complicações maternas e neonatais. Comparou-se os grupos quanto à taxa de cesarianas, complicações maternas e neonatais.

Resultados e Conclusões: Grupo 1: idade materna 29.9anos; peso pré-gestacional 108.9Kg; aumento de peso 6.95Kg; idade gestacional 39,1s; peso RN 3283g; método ITP: balão de Cook (50%), dispositivo vaginal dinoprostona(36%), perfusão ocitocina(14%); tipo de parto:cesariana(41%),instrumentado(32%),eutócico(27%). Complicações maternas não graves (32%).

Sem complicações neonatais.

Grupo 2: idade materna 30.8anos; peso pré-gestacional 98,5Kg; aumento de peso na gravidez 6.91Kg; idade gestacional 41,1s; peso RN 3537g; método ITP: balão de Cook (28%), dispositivo vaginal dinoprostona(36%),perfusão ocitocina(36%); tipo de parto:cesariana(55%),instrumentado(18%),eutócico(27%). Complicações maternas não graves (32%).

Complicações neonatais graves (sépsis neonatal) em 4.5%.

Concluindo, a indução das grávidas obesas às 39s teve uma redução de 14% na taxa de cesarianas e de 4.5% nas complicações neonatais.

Palavras-chave: obesidade, gravidez, complicações, desfechos obstétricos, taxa de cesarianas, indução do trabalho de parto.

PO – (23067) – FIBRILHAÇÃO AURICULAR DURANTE O TRABALHO DE PARTO: A IMPORTÂNCIA DA MONITORIZAÇÃO ALÉM DA CARDIOTOCOGRAFIA

Inês Monteiro Brás¹; Beatriz Sousa Ferreira¹; Francisca Ferreira De Almeida¹; Ana Moreira¹; Tiago Aguiar¹; Patrícia Correia¹; Osvaldo Moutinho¹

1. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A fibrilhação auricular (FA) é rara na gravidez, estimando-se uma prevalência inferior a 0,1% em grávidas saudáveis. As alterações fisiológicas hemodinâmicas e cardíacas da gravidez aumentam a sua ocorrência.

Objetivos: Apresentar um caso de FA numa grávida previamente saudável.

Metodologia: Análise do processo clínico informático.

Resultados e Conclusões: Caso clínico: Grávida, 37 anos, sem antecedentes cardiovasculares, 4 gesta 3 para, sem intercorrências relevantes durante a gravidez atual.

Recorreu ao Serviço de Urgência às 39 semanas e 6 dias por rotura prematura de membranas. Entrou espontaneamente em trabalho de parto, colocou cateter epidural cinco horas após rotura e manteve-se hemodinamicamente estável e com traçado cardiotocográfico tranquilizador.

Dez horas após rotura, teve um episódio de vômito, febre e taquicardia (frequência cardíaca materna (FCM) entre 190-200bpm) tendo iniciado medicação anti-pirética. Após cessação de febre, por manutenção de taquicardia e pulso arritmico, realizou eletrocardiograma que revelou FA com resposta ventricular rápida. Iniciou terapêutica com digoxina, metoprolol e amiodarona, com diminuição da FCM para 150bpm, mantendo FA. Realizou um ecocardiograma que não revelou alterações.

Pelo risco de descompensação hemodinâmica e por não se prever um parto célere foi submetida a cesariana, com nascimento de um recém-nascido com índice de Apgar de 9 ao 1º minuto e 10 ao 5º minuto. Dez horas após o parto, houve reversão a ritmo sinusal. Foi assumido o diagnóstico de FA em contexto agudo de febre e parto. No restante internamento, manteve-se assintomática, com puerpério de evolução normal.

Conclusões: Apesar da FA constituir um evento raro na gravidez, devemos investigar esta possibilidade perante elevação súbita da FCM. Alterações maternas detetadas durante o trabalho de parto nem sempre refletem complicações deste, pelo que causas médicas que afetam mulheres jovens devem ser consideradas.

Palavras-chave: trabalho de parto, fibrilhação auricular, gravidez.

PO – (23068) – RELATO DE CASO: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO NO PUERPÉRIO PRECOCE

Roxane Van Hauwaert¹; Ana Luísa Coutinho¹; Joana Rodrigues¹; Ana Rita Martins¹; Ana Rita Mateus¹; Fernanda Vilela¹; Ana Paula Silva¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A hemorragia intracraniana com hematoma subdural (HSD) agudo é incomum na gravidez e puerpério e quando ocorre, associa-se habitualmente a trauma. No entanto, estão descritos na literatura casos raros desta entidade após a anestesia epidural e no contexto de pré-eclâmpsia.

Objetivos: Descrever um caso clínico de HSD puerperal precoce.

Metodologia: Os dados foram obtidos através dos re-

gistros clínicos no programa SClínico. A revisão da literatura foi realizada através do Pub-Med.

Resultados e Conclusões

Grávida de 39 anos, IO 1001, recorreu ao SU do CHUA-Faro por rotura prematura de membranas (RPM) às 37s + 4d, com início subsequente de trabalho de parto. Como antecedentes pessoais a destacar obesidade grau III, tabagismo com cessação há 6 anos e diabetes gestacional com diagnóstico no 1º trimestre na gravidez atual sob metformina 2g. Foi feita tentativa de colocação de cateter epidural, sem sucesso e teve um parto eutócico, sem complicações, com nascimento de recém-nascido de 3065g, IA 10/10. Puerpério imediato sem complicações, foi transferida para o internamento. Menos de 24h pós-parto, foi encontrada inconsciente no leito e presenciada crise convulsiva. Assumiu-se um quadro de eclâmpsia e iniciou tratamento dirigido. Ao exame objetivo apresentava TA 153/85mmHg, pupilas midriáticas bilateralmente e resposta em descerebração à dor. Foi observada pela equipa de emergência interna intra-hospitalar e neurocirurgia, sem recuperação do estado de consciência. Realizou TC cranioencefálico que revelou HSD agudo da convexidade esquerda com efeito de massa e desvio significativo da linha média. Foi submetida a craniectomia fronto-temporo-parietal de urgência onde se verificou também uma contusão temporal esquerda. Atualmente mantém-se internada, com prognóstico reservado.

As cefaleias e hipotensão postural são a sintomatologia habitual de HSD, no entanto, estão descritas apresentações como crise convulsiva e coma. A etiologia do HSD neste caso não é clara, no entanto, achados clínicos e dados na literatura sustentam a possibilidade de associação com pré-eclâmpsia ou analgesia epidural.

Palavras-chave: AVC hemorrágico, Hematoma subdural, Puerpério precoce.

PO – (23073) – AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO E INFEÇÕES VAGINAIS: O QUE MOSTRAM OS NÚMEROS?

Joana Pinto Teles¹; Sílvia Fernandes²; Carlos Barata²; Isabel Santos Silva²

1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga

2. Serviço de Obstetrícia B – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: As infeções são responsáveis por 20-75% dos casos de Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT), sendo a bacteriúria assintomática a mais frequente. A in-

feção/colonização do trato genital, nomeadamente a presença de Streptococcus do Grupo B, também parece aumentar esse risco.

Objectivos: Identificar os microorganismos mais prevalentes em mulheres com APPT e prevalência de infeção nessa população.

Metodologia: Estudo retrospectivo. Incluíram-se as uterinas com gravidez unifetal que tiveram internamento por APPT entre Janeiro e Dezembro de 2022, num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado em Portugal.

Resultados e Conclusões: Registaram-se 29 internamentos por APPT. A média da idade materna foi 30 anos, sendo 20 (68,9%) nulíparas. A idade gestacional média na admissão foi 29 semanas. Realizou-se pesquisa de infeções (vaginal e urinária) em 23 casos (79,3%), tendo sido identificado Streptococcus Grupo B em 4 (17,4%); Ureaplasma Parvum em 4 (17,4%) e Chlamydia Trachomatis em 2 (8,7%). A urcultura foi positiva em 5 casos (17,2%) sendo a Klebsiella Pneumoniae o agente mais prevalente (2 casos; 6,9%). Durante o internamento 25 (86,2%) cumpriram antibioterapia, 20 (80%) com esquema de 2 ou mais antibióticos. Dos casos analisados, apenas 1 (3,4%) culminou em parto de termo, sendo a idade gestacional média no parto 32 semanas. Dos partos pré-termo, 9 (31%) ocorreram acima das 35 semanas, 4 (13,9%) entre as 32 e 35, 5 (17,2%) entre as 30 e 32 e 11 (37,9%) abaixo das 30 semanas. A maioria dos partos ocorreu por via vaginal (16; 55,2%). Foi realizado estudo anatomopatológico de 23 placentas, 8 das quais (34,8%) com sinais de corioamniotite.

Apesar da identificação de agentes microbiológicos nas grávidas com APPT, não há uma associação inequívoca de causa-efeito na fisiopatologia do parto pré-termo. Não obstante, as intervenções realizadas em internamento parecem ter um contributo profícuo na diminuição da morbidade neonatal ao aumentar a idade gestacional média no parto face à admissão.

Palavras-chave: Ameaça de parto pré termo, Infeções.

PO – (23075) – DESCOLAMENTO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERIDA – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Ana Magalhães¹; Rita Nunes¹; Marta Santos¹; Inês Martins¹; Andreia Fonseca¹; Rita Silva¹; Mónica Centeno¹

1. Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria

Introdução: O descolamento de placenta normalmente inserida (DPPNI) afeta 0.5% das gestações. Pode manifestar-se por hemorragia vaginal, dor abdominal, hipercontratilidade uterina e hipóxia fetal. Fatores de risco incluem patologia hipertensiva, tabagismo, rotura prematura de membranas e traumatismo abdominal.

Objectivos: Analisar desfechos maternos e perinatais de casos de DPPNI num centro terciário.

Metodologia: Análise descritiva e retrospectiva dos casos de DPPNI entre 1/1/2019 e 31/7/2023.

Resultados e Conclusões: Foram registados 27 casos. A idade média das grávidas foi de 33 ± 6 anos, 56% múltiparas. O fator de risco mais prevalente foi a patologia hipertensiva, embora na maioria (n=18; 66%) não se tenham identificado fatores de risco. Em 5 casos, (19%) o DPPNI ocorreu entre as 24 e as 28 semanas, 4 (14%) entre 28 - 34 semanas, 11 (41%) entre 34 - 37, e 7 (26%) ≥ 37 semanas. Em 74% dos casos, o DPPNI ocorreu pré parto e em 19% ocorreu DPPNI durante o período expulsivo (3 partos instrumentados e 2 partos eutócicos). Em 2 casos a instalação foi considerada insidiosa, um tendo terminado em cesariana emergente por instalação súbita de hemorragia abundante e o outro em cesariana urgente por interposição de síndrome de HELLP.

A principal complicação materna foi choque hipovolémico condicionando internamento em unidades de cuidados intensivos. Não se registaram casos de mortes maternas.

Os desfechos perinatais foram considerados graves/muito graves em 21% dos casos (2 mortes fetais, 1 morte neonatal e 2 casos de sequelas graves - encefalopatia hipóxico-iscuémica grave e displasia broncopulmonar grave).

O DPPNI comporta importantes taxas de morbidade materna e perinatal (tão mais graves quanto maior a extensão do descolamento).

Para a otimização dos desfechos advoga-se manter suspeita clínica elevada na presença dos sinais e sintomas típicos com o intuito de instituir medidas atempadas de terminação emergente da gravidez perante um episódio agudo e grave.

Palavras-chave: DPPNI, descolamento de placenta, desfechos maternos, desfechos neonatais.

PO – (23077) – MALÁRIA NA GRAVIDEZ – DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Inácio¹; Ana Filipa Maia¹; Ana Carolina Rocha¹; Ana Rita Vicente¹; Paula Barroso¹

1. Hospital Distrital de Santarém

Introdução: A infecção por malária na gravidez é uma importante causa de mortalidade e morbidade materna. Existe uma maior predisposição à infecção na gravidez, pois os eritrócitos infetados podem ser sequestrados pela placenta e libertados intermitentemente para o sangue periférico, causando infecção recorrente. Pode ser assintomática ou manifestar-se por anemia, febre, cefaleia, mialgias, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia ou hipoglicémia. O diagnóstico é feito com base na clínica, contexto epidemiológico e recurso ao esfregaço de sangue periférico.

Objectivos: Descrição de caso clínico.

Metodologia: Revisão do processo clínico e da literatura disponível.

Resultados e Conclusões: AMCC, 35 anos, primigesta, vigiada em Angola até às 31s, com antecedentes de diabetes gestacional do 1º trimestre medicada com insulina, hipertensão gestacional sob enalapril e metildopa, e episódio de malária não tratada no 1º trimestre.

Recorreu ao SU às 33s+3d por vômitos e diarreia, foi medicada com paracetamol e hidratação endovenosa verificando-se melhoria da sintomatologia. Regressa à urgência às 33s+6d por rotura espontânea de bolsa amniótica (REBA), manutenção da sintomatologia e febre. Encontrava-se hemodinamicamente estável e apirética. Ao toque vaginal: colo posterior, amolecido, com 30% de apagamento, permeável a 2cm. Confirmou-se REBA, com líquido amniótico com mecónio.

Foi pedida avaliação analítica com pesquisa de *plasmodium*, que foi positiva para *Pfalciparum*. Da restante avaliação analítica destacava-se trombocitopenia de 43000. Por estado fetal não tranquilizador, foi decidida cesariana urgente e administrado 1 pool de plaquetas antes da intervenção.

Recém-nascido do sexo feminino, 2560g, IA 7/8/10.

Iniciou terapêutica com artemeter, verificando-se progressiva melhoria clínica e analítica, tendo tido alta ao 5º dia de internamento, assintomática e com parasitemia negativa.

A infecção por malária na gravidez associa-se a desfechos obstétricos desfavoráveis, como parto pré-termo, aborto espontâneo e morte fetal, pelo que o seu diagnóstico e tratamento precoce se revestem de grande importância.

Palavras-chave: malária gravidez.

PO – (23078) – EXCESSO DE PESO NA GRAVIDEZ: RISCOS À SAÚDE MATERNA E NEONATAL

Chabeli Appelman¹; Inês Gomes¹; Mafalda Simões¹;

Maria Rodrigues¹; Mariana Cordeiro¹; Teresa Miranda¹; Paulo Moura¹

1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Maternidade Daniel de Matos

Introdução: Na gravidez o excesso de peso e a obesidade são fatores de risco que influenciam de forma adversa os desfechos obstétricos, maternos (ex. diabetes gestacional {DG}, doenças hipertensivas, parto distócico) e neonatais (ex. RCF, macrossomia, morbidade e mortalidade perinatal).

Objectivos: Avaliar em que medida a obesidade e o excesso de peso influenciam os desfechos obstétricos, maternos e neonatais.

Metodologia: Estudo retrospectivo, num hospital terciário, incluindo grávidas cujo parto ocorreu entre 01/06/2022-31/12/2022, divididas entre 3 grupos: G1(IMC < 25), G2(IMC entre 25-29.9) e G3(IMC ≥ 30). Sendo que o IMC foi calculado com o peso pré-gestacional.

Estatística no SPSSv27.0, significância $p < 0,05$.

Resultados e Conclusões: Da população estudada (n=983), 62% pertenciam ao G1, 25% ao G2 e 13% ao G3.

Houve uma prevalência significativamente maior de DG em grávidas com excesso de peso e obesas - 9% no G1 vs. 25% no G2 e 12,8% (excluíram-se as grávidas com diabetes previamente diagnosticada).

Verificou-se igualmente um aumento do risco de desenvolver hipertensão gestacional ($p < 0,001$) - 2,4% no G1, vs. 4,8% no G2 e 11,9% no G3. Não houve, porém, diferença quanto ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia.

Não se constataram diferenças significativas quanto à via de parto, complicações do trabalho de parto (TP), peso à nascença, nem na incidência de partos/ameaças de parto pré-termo.

Demonstrou-se um aumento do risco de complicações em recém-nascidos de mães obesas, nomeadamente na admissão à UCIN (G1=2,3% vs. G3=6,3%); SDR (G1= 1,9% e G3=5,5%) e no APGAR inferior a 7 ao 5' (G1 < 0,1% vs. G3=1,5%). Este aumento não se verificou ao comparar G1 e G2.

O excesso de peso e a obesidade estão associadas ao risco acrescido de desenvolver HTA e diabetes gestacional. Apesar deste estudo não ter demonstrado aumento da taxa de partos distócicos nem de complicações do TP entre os grupos estudados, parece contudo, haver aumento do risco de complicações neonatais imediatas em RN de mães obesas.

Palavras-chave: obesidade, excesso de peso, hipertensão gestacional, diabetes gestacional, desfechos neonatais, síndrome de dificuldade respiratória, APGAR, unidade de cuidados intensivos neonatais.

PO – (23079) – O LÍLIO NO TRATAMENTO DA GRÁVIDA COM DOENÇA BIPOLAR

Inês Peralta¹; Susana Raposo²; Teresinha Simões²

1. Centro Hospitalar do Oeste
2. Maternidade Alfredo da Costa

Introdução: A perturbação afetiva bipolar (PAB) é uma doença psiquiátrica em que se verifica alteração do humor, energia, sono, cognição, comportamento, bem como da relação com os pares. Existem várias armas terapêuticas, mas nem todas estão indicadas nas grávidas. Nesta população e no puerpério, cada vez mais autores defendem o lítio como o estabilizador de humor mais eficaz na prevenção da recaída e na psicose pós-parto, contudo a atuação perante a sua utilização é, ainda, pouco difundida.

Objetivos: Apresentação da atuação clínica perante o uso de lítio na grávida com PAB

Metodologia: Revisão da literatura relativamente à instituição de lítio como estabilizador de humor nas grávidas com PAB

Resultados e Conclusões: O lítio atravessa livremente a barreira placentária. Os níveis tóxicos para adultos são conhecidos, mas a informação é escassa no que diz respeito aos fetos. O risco perinatal não é desprezível, estando a morbilidade neonatal relacionada com alterações da tiroide (ex: bócio, hipotireoidismo), neurológicas (ex: hipotonia), cardíacas (ex: QT) e renais (ex: diabetes insipida nefrogénica). Os desfechos piores estão associados a litémias superiores pelo que normalmente é recomendado que o tratamento com lítio deva ser interrompido 24-48h antepartum.

A vigilância da litémia deve ocorrer em momentos/circunstâncias bem definidas: mensalmente nos 1º e 2º trimestres, semanalmente no 3º; aquando de situações com potenciais desequilíbrios hidroeletrólíticos, dada a proximidade química com o sódio e potássio; após o parto, juntamente com a função renal; no recém-nascido, juntamente com a função renal, TSH e T4L (vigiar sinais de toxicidade); nas duas semanas de vida deve ser avaliada 2x/semana;

O lítio é um estabilizador de humor muito eficaz que pode ser usado na gravidez, mas a quantificação da concentração no soro deve ser feita regularmente para diminuir o risco materno e neonatal. A abordagem des-

tas situações deve ser feita por uma equipa multidisciplinar com psiquiatra, obstetra e pediatra.

Palavras-chave: doença bipolar, doença psiquiátrica, lítio, litémia.

PO – (23080) – MACROSSOMIA FETAL: FATORES DE RISCO E OUTCOMES OBSTÉTRICOS

Chabeli Appelman¹; Inês Gomes¹; Mafalda Simões¹; Maria Rodrigues¹; Mariana Cordeiro¹; Teresa Miranda¹; Paulo Moura¹

1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Maternidade Daniel de Matos

Introdução: A macrossomia fetal (MF) está associada ao aumento de partos distócicos e complicações do trabalho de parto, com repercussões importantes na saúde materna e neonatal.

Objetivos: Determinar fatores de risco para MF e comparação dos desfechos obstétricos e neonatais.

Metodologia: Estudo retrospectivo, num hospital terciário, incluindo grávidas cujo parto foi de termo e ocorreu entre 01/06/2022-31/12/2022, divididas entre 2 grupos: G1 (fetos macrossómicos/>4000g) e G2 (fetos normossómicos/2500-3999g).

Estatística no SPSSv27.0, com significância $p < 0,05$.

Resultados e Conclusões: Da população estudada ($n=911$), 5% pertenciam ao G1 e 95% ao G2; a idade materna média em G1=33.78 e G2=32.18.

Verificou-se um aumento significativo do risco de MF nas grávidas com diabetes gestacional (DG); no G1 20% desenvolveram DG vs. 12% em G2; sendo que a taxa de MF nas diabéticas gestacionais foi de 7% vs 4% nas não-diabéticas.

Em G1, 13,3% dos partos foram instrumentados e 53,3% foram cesarianas vs. no G2 21,8% foram partos instrumentados e foram 28,9% cesarianas).

Quanto a induções, G1=51,1% vs G2=29,3%, não houve diferença significativa nos motivos.

As principais indicações para cesariana em G1 foram trabalho de parto estacionário (TPE=26,5%); tentativa frustrada de indução (TFI= 14,7%); estado fetal não tranquilizador (EFNT=11,7%); e em G2-EFNT=11,4%; apresentação/situação fetal=9% e TPE=9%.

Constatou-se diferença significativa nas complicações do parto (13,3% do G1 e 6,1% do G2), principalmente na hemorragia pós-parto (G1=13% vs G2=4,6%) e na distócia de ombros (G1=2,3% vs. G2 < 0,05%; $p=0,014$). Não havendo diferença nas lacera-

ções perineais 3º/4º grau, Apgar ao 1º/5º minuto, SDR ou internamentos na UCI Neonatal.

Nas gestações com macrosomia fetal verificou-se uma taxa significativamente superior de cesarianas e de complicações do trabalho de parto, nomeadamente distócia de ombros e hemorragia pós-parto. A diabetes gestacional é um factor de risco associado à macrosomia importante, pelo que a sua prevenção e controlo tem um papel fulcral na saúde materna e perinatal.

Palavras-chave: macrosomia fetal, diabetes gestacional, hemorragia pós-parto.

PO – (23082) – ROTURA UTERINA APÓS ACIDENTE DE VIAÇÃO, O IMPACTO DO CINTO DE SEGURANÇA

Sara Sousa¹; Nuno Simões Costa²; Alexandre Valentim Lourenço²

1. Hospital Vila Franca de Xira

2. Hospital de Santa Maria

Introdução: Os acidentes de viação constituem uma importante causa de morbidade e mortalidade materna. Do ponto de vista fetal, são das principais causas morte de causa não obstétrica.

Objectivos: Descrição de um caso de rotura uterina em grávida de termo

Metodologia: Descrição de caso

Resultados e Conclusões: Mulher de 32 anos, grávida de termo, sem antecedentes de relevo, trazida pelos meios de socorro pré-hospitalar após acidente de viação de elevada cinética. Na sala de emergência foi recebida por equipa médica multidisciplinar. Apresentava-se eupneica com aporte de oxigénio por máscara de alto débito, hemodinamicamente instável (hipotensa, taquicárdica e sudorética) e consciente, mas desorientada. No exame secundário constatou-se equimose abdominal extensa, no local do posicionamento do cinto de segurança. A ecografia abdominal revelou líquido livre e feto morto na cavidade peritoneal. Decidiu-se laparotomia exploradora emergente. Intra-operatoriamente, comprovou-se rotura uterina a nível da parede anterior do corpo do útero, transversal, com cerca de 8 cm e hemoperitoneu que foi estimado em 2500 mL. Confirmou-se a morte do feto, que pesava 3315g e apresentava uma lesão na face esquerda do polo cefálico. Verificou-se ainda hematoma do ligamento largo à direita, com extensão até à goteira parieto-cólica. Procedeu-se a reparação uterina em camada tripla e aneextomia direita (por suspeita de lesão do ligamento

infundíbulo-pélvico). Foi constatada a integridade dos restantes órgãos intra-abdominais. A restante avaliação permitiu identificar outras lesões: secção do músculo reto abdominal direito; fratura do corpo vertebral de D12; fratura de arcos costais e fratura do ramo íleo-púbico esquerdo. Após estabilização inicial foi transferida para UCI. No 7º dia de internamento foi submetida a cirurgia da coluna, tendo tido alta passados 5 dias. Apesar da rotura uterina e conseqüente morte fetal, a grávida sobreviveu e foi possível preservar o útero. A consciencialização da população acerca da correta utilização do cinto de segurança durante a gravidez é fundamental.

Palavras-chave: rotura uterina; trauma; acidente viação.

PO – (23083) – TOSSE NA GRAVIDEZ – UM SINTOMA SOBREALIZADO?

Beatriz Martins¹; Sara Sousa¹; Mariana Panaro¹; Paula Tapadinhas¹

1. Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A tosse é um sintoma muito prevalente com um vasto diagnóstico diferencial, desde etiologias benignas a patologias com risco materno-fetal considerável.

Objectivos: puérpera de terceiro dia após parto eutócico, gravidez vigiada nos Cuidados primários, apresenta tosse seca persistente, que se apura ser desde o início da gravidez, ocasionalmente hemoptoica. Apirética e sem alterações à auscultação.

Dada a persistência dos sintomas, realizou-se: radiografia tórax com 3 esboços de cavitação no 1/3 superior do campo pulmonar direito, hipotransparência no ½ inferior do campo pulmonar esquerdo; TC-tórax com densificação do lobo superior direito com várias cavitações centrais. Incontáveis micronódulos centrilobulares com imagens em tree-bud em todos os lobos.

Metodologia: Devido aos aspetos sugestivos de tuberculose pulmonar realizou broncofibroscopia diagnóstica identificando-se bacilos ácido-álcool resistentes (BAAR). Ficou ao cuidado da pneumologia em isolamento respiratório e iniciou terapêutica anti-bacilar quádrupla (isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol). Alta após 3 colheitas de expectoração negativas para BAAR. O recém-nascido realizou estudo de tuberculose congénita e infeção pós-parto, incluindo: 3 baciloscopias no suco gástrico, punção lombar, ecografia transfontanelar, ecografia abdominal, radiografia tórax, prova da tuberculina, T-spot, IGRA sem altera-

ções relevantes. Cumpriu o esquema profilático.

Resultados e Conclusões: Em Portugal, a incidência da tuberculose tem diminuindo progressivamente, atualmente com valores na população geral abaixo dos 20/100 000 habitantes. Dada a apresentação inespecífica o diagnóstico é difícil, necessitando de uma elevada suspeição clínica. A tuberculose materna está associada a um risco aumentado de aborto espontâneo, restrição de crescimento fetal e a maior mortalidade perinatal, com pior prognóstico se diagnóstico e tratamento tardios.

Este caso clínico pretende salientar a importância de manter a suspeição deste diagnóstico raro, principalmente com a vigilância cada vez mais frequente de grávidas estrangeiras provenientes dos países com maior incidência de Tuberculose a nível mundial, como Índia, Bangladesh, Paquistão, China e Angola.

Palavras-chave: Tosse, gravidez, puerpério, tuberculose.

PO – (23084) – DESAFIOS TERAPÊUTICOS ASSOCIADOS A GRAVIDEZ ECTÓPICA CERVICAL

Beatriz Sousa Ferreira¹; Inês Brás¹; Francisca Almeida¹; Ana Correia¹; Osvaldo Moutinho¹

1. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A gravidez ectópica cervical é uma forma muito rara de gravidez ectópica com uma incidência de 1 em 9000 gestações. O seu diagnóstico precoce é de extrema importância dado o risco elevado de hemorragia grave. A sua causa é desconhecida mas parece existir um aumento do risco da sua ocorrência em pacientes com antecedentes de esvaziamento uterino por curetagem ou cesariana prévia.

Objectivos: Demonstrar um caso raro de gravidez ectópica cervical, com imagens ecográficas e os seus desafios terapêuticos.

Metodologia: Análise do processo clínico informático.

Resultados e Conclusões: Grávida de 39 anos, gesta 3 para 0, com amenorreia de 4 semanas, com antecedentes de dois esvaziamentos uterinos instrumentados por abortamentos espontâneos retidos do 1º trimestre, sem outros antecedentes médico-cirúrgicos de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por hemorragia vaginal em quantidade ligeira com algumas horas de evolução, sem outras queixas associadas. Ao exame objetivo sem alterações de relevo e ecograficamente sem evidência de imagens sugestivas de saco gestacional intrauterino, derrame peritoneal ou massas anexiais. Do-seamento de beta-hCG de 4415 mUI/mL. Reavaliação

48 horas após com duplicação do valor de beta-hCG, manutenção de hemorragia vaginal em quantidade ligeira e com imagem ecográfica de novo sugestiva de saco gestacional colapsado com 9.1mm de maior dimensão localizada no terço médio do colo uterino. Após discussão das opções terapêuticas com a doente, optou-se por resolução cirúrgica com curetagem cervical, sem intercorrências. Apesar de constituir um diagnóstico raro, a gravidez ectópica cervical deve ser equacionada e pesquisada em caso de hemorragia vaginal importante em gestações iniciais dada o seu elevado risco de morbi-mortalidade. No presente caso, a evolução favorável da beta-hCG juntamente com a imagem ecográfica sugestiva favoreceu o diagnóstico definitivo de gravidez ectópica cervical motivando intervenção urgente. A decisão de abordagem terapêutica deve ser discutida em equipa de forma a obter um desfecho favorável.

Palavras-chave: gravidez, ectópica, cervical, curetagem.

PO – (23085) – MASSAS ANEXIAIS: EXISTIRÃO PARTICULARIDADES DA GRAVIDEZ?

Bárbara Gomes¹; Carlota Carvalhos^{1,2}; Ângela Rodrigues¹; Maria João Carvalho^{1,2}; Fernanda Águas¹

1. Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

2. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: As massas anexiais na gravidez têm apresentado uma incidência crescente (2-5%). A incidência de malignidade varia entre 0,2-3,8%. A caracterização ecográfica avalia o risco de malignidade, contudo os scores ecográficos não estão validados para grávidas. Consequentemente, continua a debater-se a conduta na gravidez.

Objectivos: Comparar características clínicas, ecográficas e técnica cirúrgica entre grávidas e mulheres em idade fértil com diagnóstico de massa anexial.

Metodologia: Estudo retrospectivo num hospital terciário, selecionando 15 grávidas (G1) e 23 mulheres não-grávidas (G2) submetidas a cirurgia por massas anexiais entre janeiro de 2019 e agosto de 2023.

Resultados e Conclusões: Os dois grupos foram homogéneos em idade e IMC. A maioria era assintomática (G1:53,3%,n=8; G2:73,9%,n=17; p=ns) ao diagnóstico. Grávidas apresentavam em média 9,0±2,6[4-12] semanas ao diagnóstico e 13,75±1,4[11-15] semanas na cirurgia. Houve 3 casos de malignidade no G1 e 2 no G2. O diâmetro máximo da lesão foi superior no

G1 (G1:109,5±29,0[89-130]mm; G2:70,0±53,0[15-258]mm; p=0,04). As restantes características ecográficas não foram diferentes. O doseamento de Ca-125 não foi diferente. Nas grávidas apresentava uma sensibilidade (S)=66,7% e especificidade (E)=100% (cut-off=66,5 U/mL (AUC=0,667)) e nas não-grávidas uma S=100% e E=47% (cut-off=16,0 U/mL (AUC=0,5)). No G1, o score ADNEX com um cut-off=6,4% para S=100% e E=83% (AUC=0,944) foi superior. No G2, o score LR1 com um cut-off=3,35% para uma S=100% e E=71% (AUC=0,845) foi superior. Realizou-se abordagem laparoscópica em 100% do G1 e laparotômica em 1 caso no G2. No G1, a entrada periumbilical foi mais frequente (60%,n=9) e no G2 no ponto de Palmer (52,4%,n=11;p=ns). Houve necessidade de laparoscopia em 8,7%(n=2) do G2. Todas as mulheres do G2 foram operadas de forma eletiva contrariamente a 66,7% das grávidas (p=0,006).

Conclusões: Grávidas apresentaram massas de maiores dimensões, mas com padrões ecográficos semelhantes. O Ca-125 apresentou um valor preditivo de malignidade superior nas grávidas. O score ecográfico com melhor comportamento nas grávidas foi o ADNEX.

Palavras-chave: Massa anexial; Gravidez; Ecografia; ADNEXA.

PO – (23086) – CANCRO GINECOLÓGICO EM GRÁVIDAS: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA DESTA RARA COMBINAÇÃO

Marta Plancha²; Lúcia Correia¹; Teresa Margarida¹; Ana Francisca Jorge¹

1. Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

2. Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: O cancro ginecológico raramente é diagnosticado na gravidez (incidência de 0.05-0.1%). Pela sua raridade é importante a vigilância por equipas multidisciplinares obstetro-oncológicas.

Objectivos: Analisar a abordagem e desfechos maternos e neonatais dos casos de cancro ginecológico diagnosticado em mulheres grávidas.

Metodologia: Estudo retrospectivo das gestações com cancro ginecológico vigiadas na nossa Instituição entre 2011-2023. Foram excluídas gravidezes não evolutivas e tumores borderline do ovário.

Resultados e Conclusões: Foram incluídas 11 grávidas, todas com adenocarcinoma associado ao HPV do colo uterino (55% dos casos no estágio IB1 - FIGO

2018). A idade gestacional mediana ao diagnóstico foi de 14(6-29) semanas. Das grávidas que decidiram prosseguir com a gravidez [n=8, IG mediana: 17(6-29) semanas], em seis casos optou-se pelo tratamento definitivo após o parto, em quatro casos foi realizada cirurgia conservadora com excisão da zona de transformação e duas grávidas realizaram quimioterapia neoadjuvante (carboplatina e paclitaxel), com o último ciclo às 32 semanas. Quatro partos (44%) ocorreram a termo, e verificou-se apenas um parto vaginal, por trabalho de parto espontâneo às 25 semanas, com morte neonatal. Os restantes recém-nascidos tinham peso adequado à IG. Em nenhum dos casos houve progressão da doença durante a gravidez.

Quanto ao tratamento definitivo, este foi cirúrgico em sete casos (três histerectomias radicais tipo C1 durante e quatro após a cesariana), com quimiorradioterapia em dois casos e uma recusou tratamento e duas abandonaram a consulta. Daquelas que cumpriram tratamento, nenhuma faleceu por recidiva ou progressão da doença, sendo a taxa de sobrevida aos 5 anos de 100%.

Conclusões: Na nossa coorte o único cancro ginecológico diagnosticado durante a gravidez foi o adenocarcinoma associado ao HPV do colo uterino, a maioria em estádios precoces. A maioria das mulheres optou por prosseguir com a gravidez, sem progressão da doença e com excelente sobrevida aos 5 anos.

Palavras-chave: Cancro do colo do útero, gravidez.

PO – (23089) – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES PERINEIAIS NA GRAVIDEZ DE TERMO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Inês Sargaco¹; Maria Inês Barradas¹; Mariana Narciso¹; Estefânia Ferreira¹; Inês Taborda Leal¹; Isabel Oliveira¹; Cremilda Barros¹; Manuel Sousa Gomes¹; Maria Lília Remesso I; Luís Miguel Farinha¹

1. Hospital Dr. Nélcio Mendonça

Introdução: A pele materna sofre inúmeras alterações durante a gravidez e o puerpério. As alterações cutâneas são, portanto, muito comuns, o que salienta a relevância do diagnóstico diferencial entre achados fisiológicos ou patológicos.

Objectivos: Apresentação e discussão de caso clínico
Metodologia: Consulta de processo hospitalar, revisão de literatura

Resultados e Conclusões:

Resultados: Grávida de 20 anos, gesta II para 0, sem antecedentes patológicos, recorre a consulta de refe-

rência hospitalar para seguimento de gravidez de termo (idade gestacional 39 semanas). Ao exame objetivo, constataram-se múltiplas pápulas infracentimétricas dispersas pelo períneo, pediculadas, não pruriginosas, que atingiam a base das coxas, com evolução que não soube precisar (imagem anexa). Sem outras lesões identificáveis. O exame ao espéculo confirmou a ausência de afeção da vagina e colo. O diagnóstico diferencial incluiu *Condylomata acuminata* (sem citologia recente em processo informático), *Molluscum contagiosum* e acrocórdons (ou fibromas moles). Perante a inexistência de lesões na vagina e colo, considerou-se que a via de parto devia reger-se unicamente pelos demais critérios obstétricos (sem contraindicação para parto vaginal). O parto ocorreu às 40 semanas e 4 dias (parto distócico por ventosa), com nascimento de recém-nascido com 3930g, índice de Apgar 9/10. Alta ao segundo dia de internamento, puerpério sem intercorrências.

Conclusões: O *Molluscum fibrosum gravidarum* caracteriza-se pela presença de pápulas benignas, pequenas e pediculadas. Surgem frequentemente no pescoço, axilas, região interna da coxa ou sulcos inframamários durante a segunda metade da gravidez, e tendem a regredir no puerpério. A grávida deve ser tranquilizada em relação à benignidade dos achados e à probabilidade de regressão das lesões no pós-parto. A via de parto deve reger-se pelos restantes critérios obstétricos.

Palavras-chave: Obstetrícia, Períneo, Dermatologia.

PO – (23091) – HIPONATREMIA GRAVE EM CONTEXTO DE PRÉ-ECLÂMPسيا

Mariana Salgado Simões¹; Flavia Ribeiro¹; Francisca Morais²; Joana Farhat¹; António Braga^{1,3}; Jorge Braga^{1,3}

1. Centro Materno-Infantil do Norte, CHUdSA

2. Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes E Alto Douro, E.P.E.

3. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Introdução: A hiponatremia grave é uma complicação rara da pré-eclâmpsia, sendo uma das suas causas a síndrome da secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH), cujo mecanismo neste contexto se encontra ainda por esclarecer. Está associada a maior risco de convulsões maternas e pode ter repercussões no feto, tais como icterícia fetal, taquipneia e convulsões. Desta forma, o diagnóstico e o tratamento precoces são de extrema importância.

Objectivos: Descrição de um caso clínico.

Metodologia: Grávida de 32 anos, saudável, primigesta,

medicada com multivitamínico e ácido acetilsalicílico por índice de pulsatilidade médio das artérias uterinas superior ao percentil 95. Encaminhada ao serviço de urgência às 27 semanas e 4 dias de gestação por restrição do crescimento fetal (crescimento no percentil 1.5) e alterações da fluxometria Doppler fetal, pelo que foi internada para vigilância materna e fetal. Iniciou corticoterapia para maturação pulmonar fetal e realizou estudo analítico que revelou elevação das transaminases, ratio proteína/creatinina na urina aumentado e ratio Sflt-PLGF com risco elevado de pré-eclâmpsia. Foi realizado estudo analítico seriado, sem alterações de novo, exceto hiponatremia em agravamento. Às 28 semanas de idade gestacional iniciou quadro de náuseas e cefaleias de novo. Decido término da gravidez e realizada cesariana urgente por hiponatremia grave sintomática com atingimento neurológico em contexto de pré-eclâmpsia. Por agravamento da hiponatremia após o parto, atingindo os 119 mEq/L, foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos, cumprindo critérios de diagnóstico de SIADH. Teve alta ao 8º dia pós-parto, com resolução completa do quadro e níveis séricos de sódio normais.

Resultados e Conclusões: Nas grávidas com pré-eclâmpsia, a restrição hídrica e a monitorização rigorosa dos níveis séricos de sódio devem integrar a abordagem inicial. Dado o risco de morbimortalidade materna e fetal, em caso de agravamento da hiponatremia, com repercussão neurológica, deve ser considerado o término da gravidez, dado ser esse o único tratamento definitivo.

Palavras-chave: Caso clínico, Pré-eclâmpsia, SIADH, Hiponatremia.

PO – (23093) – TAXA DE CESARIANAS EM NULÍPARAS DE BAIXO RISCO NUM CENTRO TERCIÁRIO – O QUE MUDOU NUMA DÉCADA?

Francisca Magno¹; Maria Teresa Araújo¹; Fátima Serrano¹; Joana Rebelo¹

1. Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: A taxa mundial de cesariana tem sofrido um aumento crescente nos últimos anos (19,4% entre 1990-2018,OMS), em parte também devido ao seu aumento em nulíparas de baixo risco. Tal facto levanta preocupações, tanto pelo risco acrescido de cesariana subsequente, como pelo acréscimo de complicações a curto/longo prazo para a mulher e recém-nascido comparativamente ao parto vaginal.

Objectivos: Avaliar as diferenças na taxa de cesariana,

indicações e fatores associados à sua realização, após uma década, numa população de nulíparas de baixo risco.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos dados referentes a grávidas de baixo risco encaminhadas à consulta de referência e com parto na nossa instituição, em 2012 e 2022. Critérios de inclusão: nuliparidade, gravidez simples, de termo, apresentação cefálica e ausência patologia fetal/materna. Constituíram-se dois grupos: parto em 2012 (n=330) e em 2022 (n=258), sendo avaliadas: taxa e indicações de cesariana, características maternas/fetais.

Resultados e Conclusões: A taxa de cesariana aumentou de 15,2% (2012) para 25,9%(2022). Comparando os grupos em estudo, verificou-se na última década um aumento de: idade materna (idade média:28,9 vs.26,9, $p<0.000011$; idade>35anos: 18,2% vs. 5,8%, $p<0.0001$); gestações prolongadas (>41semanas: 31,0% vs. 23,0%, $p=0.03$); induções do trabalho de parto (37,6% vs. 28,8%, $p=0.026$); peso à nascença (>3,5Kg: 37,2% vs. 6,4%, $p<0.0001$) e maior prevalência de mulheres de baixa estatura (<155cm: 15,12% vs. 8,1%, $p=0.0012$). Destaca-se ainda aumento de migrantes do sudeste asiático (21,3% vs. 10,0%, $p=0.0002$). Não houve diferenças relativamente ao IMC préconcepcional ou ganho ponderal na gravidez. Relativamente ao motivo principal de cesariana, verificou-se uma diminuição do trabalho de parto (TP) estacionário (34,3% vs. 54,0%), antes a principal indicação, com incremento do estado fetal não tranquilizador (55,2% vs. 46,0%).

As diferenças na via de parto na última década poderão dever-se tanto a alterações nas características da população (mulheres mais velhas, migrantes) como modificações da conduta obstétrica, reflexo quer da adoção de novos critérios de TP estacionário entretanto preconizados, quer do crescente litígio médico-legal. Estudos prospectivos multicêntricos são necessários.

Palavras-chave: cesariana, nulíparas.

PO – (23096) – REFERENCIAÇÃO POR ENDOMETRIOSE – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Mafalda Castro Neves¹; Pedro Pinto¹; João Cavaco¹; Ana Sofia Fernandes¹; Margarida Martinho¹

1. Centro Hospitalar Universitário São João do Porto

Introdução: A endometriose é uma doença caracterizada pela presença de tecido endometrial em locais extrauterinos, com carácter inflamatório e hormonode-

pendente. É uma patologia que cada vez mais faz parte do vocabulário e conhecimento da população, principalmente pelo enfoque mediático mais recente.

Objectivos: Avaliar a tendência de referenciação de mulheres com suspeita de endometriose para uma consulta especializada de um centro hospitalar terciário no período de 6 anos

Metodologia: Estudo observacional, entre 2015 e 2020, com avaliação estatística descritiva usando o SPSS de todas as mulheres com suspeita de clínica/imagiológica de endometriose referenciadas para a consulta e avaliadas e tratadas no contexto do grupo multidisciplinar coordenado pela ginecologia (que inclui Cirurgia Geral, Urologia, Radiologia e Gastroenterologia). Foi avaliado o número de referenciações e a sua evolução temporal, motivos de referenciação, tipo de tratamento e resultado final do seguimento na consulta.

Resultados e Conclusões: Foram referenciadas 292 utentes com suspeita de endometriose, 281 com diagnóstico. Quando avaliados os números absolutos de 2015 a 2020, foram referenciadas 13, 28, 34, 51, 68 e 87 mulheres por ano. Os motivos de referenciação foram 32% por dor pélvica crónica, 20% imagiológicos, 8% infertilidade, e em 40% havia sobreposição de mais de um motivo. 64% foram submetidas a cirurgia (63% exérese de lesões de endometriose profunda, em 20% ooforectomia/cistectomia por endometrioma, em 13% hysterectomia e em 4% exérese de lesões superficiais) e 36% obtiveram controlo de sintomatologia com tratamento médico.

Neste período de seguimento, 42% das utentes tiveram alta com a doença controlada (com orientação para MF ou ginecologista), 53% mantêm o seguimento na consulta e 5% perderam seguimento por falta injustificada ou seguimento noutra instituição.

O número crescente de referenciação para a consulta, reflete seguramente a criação de um centro de referência, com uma abordagem multidisciplinar da doença mas também uma maior sensibilização e dos profissionais e das mulheres em relação a esta patologia.

Palavras-chave: Endometriose.

PO – (23097) – SÍNDROME DE VASOCONSTRIÇÃO CEREBRAL REVERSÍVEL NO PUERPÉRIO – UM CASO CLÍNICO

Ana Rita Martins¹; Ema Virga²; Roxane Van Hauwaert¹; Ana Edral¹; Ana Paula Silva¹

1. CHUA Faro

2. CHUA Portimão

Introdução: A síndrome de vasoconstricção cerebral reversível (SVCR) é uma doença cerebrovascular que se caracteriza por vasoconstricção segmentar multifocal das artérias cerebrais. Pode ocorrer no puerpério, manifestando-se através de sintomas neurológicos agudos. O seu processo fisiopatológico ainda não se encontra totalmente esclarecido, mas a pré-eclâmpsia é uma condição que se encontra frequentemente associada.

Objetivos: Descrição de um caso clínico ocorrido em maio de 2023 no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro, e revisão da literatura referente a SVCR.

Metodologia: Acompanhamento do caso ao longo do internamento e através da consulta do processo clínico informático. A pesquisa bibliográfica foi realizada com recurso à plataforma *PubMed*.

Resultados e Conclusões: Mulher de 33 anos, G3P2, com antecedentes pessoais de pré-eclâmpsia puerperal. A gravidez, o parto e o puerpério imediato decorreram sem intercorrências. Admitida no Serviço de Urgência ao sétimo dia de pós-parto por cefaleias e tensão arterial sistólica de 200 mmHg. Queixas de epigastralgia, vômitos e dispneia no dia anterior. Sem alterações analíticas à exceção de elevação das transaminases hepáticas. Sem proteinúria. Por desenvolvimento súbito de hemiparesia direita e agravamento do estado de consciência realizou TC-CE, que revelou um hematoma frontoparietal esquerdo a condicionar efeito de massa e desvio da linha média. Submetida a craniectomia descompressiva emergente. Reavaliação analítica ao quinto dia após craniectomia, com normalização das transaminases hepáticas. O estudo realizado posteriormente com recurso a RM-CE e angiografia cerebral revelou múltiplas estenoses e irregularidades murais arteriais dos pequenos e médios vasos, sugestivas de SVCR. Atualmente em programa de reabilitação.

A patologia hipertensiva da gravidez parece associar-se a falha dos mecanismos de autorregulação vascular cerebral, sendo a SVCR uma potencial consequência. Apesar de se tratar de uma condição rara e autolimitada, a SVCR é uma causa importante de acidente vascular cerebral no puerpério e pode associar-se a elevada morbimortalidade materna.

Palavras-chave: Puerpério, Pré-eclâmpsia, Acidente Vascular Cerebral.

PO – (23098) – SUCESSIVOS DESFECHOS OBSTÉTRICOS DESFAVORÁVEIS EM CONTEXTO DE PRÉ-ECLÂMPسيا

Mariana Salgado Simões¹; Flávia Ribeiro¹; Francisca

Morais²; Joana Farhat¹; António Braga^{1,3}; Jorge Braga^{1,3}

1. Centro Materno-Infantil do Norte, CHUdSA

2. Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes E Alto Douro, E.P.E.

3. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Introdução: A pré-eclâmpsia é uma patologia com atingimento multissistémico caracterizada por hipertensão de novo e proteinúria ou disfunção de órgãos-alvo com ou sem proteinúria, com início após as 20 semanas de gestação. Aproximadamente 90% dos casos são identificados após as 34 semanas ou pós-parto. Os restantes 10% dos casos têm uma apresentação precoce (<34 semanas) e estão associados a elevado risco de morbimortalidade perinatal.

Objetivos: Descrição de caso clínico.

Metodologia: Grávida de 35 anos, com antecedentes de síndrome depressivo e hipertensão arterial crónica. 4G2P: primeira gravidez complicada de pré-eclâmpsia e descolamento prematuro de placenta normalmente inserida com morte fetal intrauterina às 31 semanas e parto eutócico; segunda gravidez complicada de restrição do crescimento fetal e pré-eclâmpsia com critérios de gravidade às 26 semanas, interrompida por agravamento clínico e realizada cesariana urgente, resultando um nado vido com morte neonatal por sépsis; terceira gravidez complicada de aborto espontâneo no 1º trimestre. Gravidez atual complicada de diabetes gestacional e pré-eclâmpsia sobreposta precoce, às 25 semanas de gestação, pelo que foi internada para vigilância materno-fetal. Realizado estudo analítico e ecográfico seriado e corticoterapia para maturação pulmonar fetal. Foi medicada com nifedipina, bisoprolol e metildopa para controlo tensional. Decidida cesariana às 30 semanas e 3 dias por trombocitopenia em agravamento e alterações da avaliação fluxométrica fetal, da qual resultou um recém-nascido do sexo feminino, com 1125g e índice de Apgar 8/9/9. A puérpera teve alta ao terceiro dia pós-parto, com terapêutica anti-hipertensora, apresentando melhoria progressiva do quadro clínico.

Resultados e Conclusões: São cada vez mais as grávidas com patologia prévia à gravidez e sucessivos antecedentes obstétricos desfavoráveis. Se por um lado mais são as complicações decorrentes destes casos, maior é a vontade do casal de ter uma gravidez bem-sucedida e com um bom desfecho. Estes casos constituem parte do enorme desafio atual da medicina obstétrica e requerem tanta cautela como investimento.

Palavras-chave: Caso clínico, Pré-eclâmpsia.

PO – (23099) – SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ: COM E SEM PRÉ-ECLÂMPسيا SOBREPUESTA

Fernanda Cristina Alves¹; Isabel Fragoso¹; Mário Moura¹; Francisca Almeida¹; Ana Isabel Correia¹; Ana Moreira¹; Osvaldo Moutinho¹

1. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A gravidez pode induzir uma hipertensão arterial (HTA) em **grávidas** previamente normotensas ou agravar condições de HTA **crónica** pré-existentes.

Objectivos: Descrever as características clínicas das **grávidas** com um **diagnóstico** de síndrome hipertensiva na gravidez, com e sem sobreposição de pré-eclâmpسيا (PEC), bem como os respetivos desfechos maternos e neonatais.

Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo no qual foram colhidos os dados relativos a **grávidas** com um diagnóstico de um síndrome hipertensiva na gravidez cujo parto ocorreu no nosso centro entre Janeiro/2021 e Outubro/2021. As **grávidas** foram divididas em dois grupos de acordo com a existência ou não de PEC. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos eletrónicos das utentes e a análise estatística foi efetuada com recurso ao SPSS® – versão 27 para Windows.

Resultados e Conclusões: Foram incluídas no estudo 47 **grávidas**: 18 apresentaram PEC (grupo 1), 3 das quais com critérios de gravidade e 29 tiveram um **diagnóstico** de HTA **crónica** ou gestacional na qual a PEC não ocorreu (grupo 2). No grupo 1, 16.7% dos casos de PEC foram sobrepostos a HTA **crónica**, 22.2% ocorrerem em **grávidas** com um **diagnóstico** prévio de HTA gestacional e em 61.1% dos casos não existiu nenhuma patologia hipertensiva **prévia**. 61.1% dos casos de PEC foram diagnosticados a termo.

Relativamente aos fatores de risco, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, com maior frequência de **grávidas** nulíparas no grupo 1. Em relação aos outcomes neonatais, verificou-se um IA ao 1º minuto estatisticamente inferior no grupo 1.

O IMC médio prévio à gravidez foi de 28.6 Kg/m² no grupo 1 e de 32.9 Kg/m² no grupo 2, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p = .151).

Os fatores de risco para este tipo de síndromes parecem semelhantes, embora a magnitude com que se relacionam com cada uma das patologias seja diferente.

Palavras-chave: Hipertensão, Pré-eclâmpسيا, Gravidez.

PO – (23102) – GRÁVIDA COM DREPANOCITOSE (SS) GRAVE: UM FINAL FELIZ – CONTRA TODAS AS PROBABILIDADES

Nicoleta Pinzari¹; Marta Brito²; Joana Rebelo²; Beatriz Sousa²; Ana Alegria²; Fátima Serrano²

1. Centro Hospitalar de Leiria

2. Maternidade Alfredo da Costa – CHLC

Introdução: A drepanocitose (SS) associa-se a maior risco de complicações maternas, obstétricas e neonatais. A literatura demonstra-nos casos de sucesso, na sua forma grave, mediante a utilização da eritracitaférese, no controlo da HbS e na profilaxia da sobrecarga de ferro.

Objectivos: Demonstrar a importância da multidisciplinaridade no seguimento da gestação em **grávidas** com drepanocitose.

Metodologia: Descrição de caso clínico.

Resultados e Conclusões: 49 anos, nulípara, com drepanocitose (SS) complicada com múltiplas crises vaso-oclusivas, hemossiderose secundária, úlceras recorrentes dos membros inferiores, acidente vascular cerebral e aneurisma da artéria pericalosa direita com colocação de stent, medicada com hidroxiureia e enalapril. Encaminhada à consulta pré-concepcional para avaliação de risco e aconselhamento gestacional. Foi informada dos riscos trombóticos e cardiovasculares significativos, materno-fetais, inerentes a uma gravidez. No entanto, suspendeu a medicação por iniciativa própria e iniciou um processo de procriação medicamentosa assistida com doação de oócitos. Grávida de 8 semanas, foi referenciada à nossa instituição. Encontrava-se assintomática, mas analiticamente destacava-se hemoglobina (Hb) 5g/d e HbS 70%. Após reunião multidisciplinar, entrou em programa regular de eritracitaférese e transfusão de concentrado eritrocitário, atingindo-se Hb 7g/dL e HbS abaixo de 30%. Durante a gravidez manteve-se sem crises vaso-oclusivas ou outras complicações relacionadas com a doença de base. A gravidez foi complicada com diabetes gestacional do 1º trimestre (controlada com dieta), restrição de crescimento fetal diagnosticada às 30 semanas e hipertensão gestacional. Às 35 semanas, por pré-eclâmpسيا com critérios de gravidade (agravamento da função renal), foi submetida a cesariana, da qual resultou recém-nascido nado vivo, 1815g, com apgar 9/10/10. Teve alta ao 6º dia após o parto, sem complicações a destacar. O caso clínico apresentado teve um desfecho

obstétrico positivo graças a uma abordagem estreita e conjunta entre a Obstetrícia e Imuno-hemoterapia. O aconselhamento pré-concepcional e vigilância multidisciplinar são fundamentais para o sucesso destas gestações, permitindo diminuir o risco de complicações potencialmente fatais.

Palavras-chave: Drepanocitose, gravidez, eritrocitaférese, multidisciplinar.

PO – (23105) – PREDITORES DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM MULHERES COM IMC \geq 30 KG/M² APÓS CESARIANA

Patrícia Gomes Ferreira¹; Sofia Moura¹; Vânia Ferreira¹; Luís Pedro¹

1. Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: A taxa de cesariana e a obesidade materna continuam a aumentar mundialmente e a infeção do local cirúrgico (ILC) global ronda os 3 a 15%.

Vários são os fatores de risco conhecidos para a ILC, nomeadamente a obesidade. Contudo, a interação entre os outros fatores de risco e a obesidade materna na ILC, ainda é pouco claro.

Objetivos: Determinar a incidência cumulativa de ILC nas mulheres com obesidade. Identificar os fatores preditores de ILC em mulheres com obesidade submetidas a parto distócico por cesariana.

Metodologia: Realizada colheita de dados dos processos clínicos das mulheres IMC prévio à gravidez \geq 30 kg/m² e submetidas a cesariana, nos seguintes períodos: janeiro de 2018 a dezembro de 2019 e de janeiro a dezembro de 2022.

Critérios de inclusão: desinfeção da pele com solução de iodopovidona ou clorexidina; incisão de *Pfannenstiel*; aproximação do tecido celular subcutâneo, se espessura superior a 2 cm; encerramento da pele com agrafos ou fio reabsorvível; administração de antibio-terapia profilática.

Critérios de exclusão: cesariana emergente; infeção pré-operatória (ex.: corioamnionite).

Resultados e Conclusões: No período total referido foram realizadas 1285 cesarianas, sendo que 172 foram realizadas em mulheres com IMC \geq 30 kg/m² prévio à gravidez. Deste grupo, cerca 5,81% apresentaram ILC que foi diagnosticado nos episódios de urgência ou nas consultas dos cuidados de saúde primários. Entre os casos que apresentaram ILC e os que não apresentaram, não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, paridade, hábitos tabágicos, comorbilidades (diabetes mellitus, diabetes gestacio-

nal, hipertensão arterial crónica, anemia (Hb<11g/dL no 3º trimestre)), duração da cirurgia e uso de penso local com pressão negativa. Entre as mulheres obesas, ter o IMC \geq 40 kg/m² aumentou 5 vezes o risco de apresentar infeção (OR 5,3, 95% 1,4-20,7).

Palavras-chave: Cesariana, Infeção do local cirúrgico, Obesidade.

PO – (23106) – FATORES ASSOCIADOS A CESARIANA EM NULÍPARAS DE BAIXO RISCO – ESTUDO RETROSPECTIVO NUM CENTRO TERCIÁRIO

Maria Teresa Araújo¹; Francisca Magno¹; Fátima Serrano¹; Joana Rebelo¹

1. Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: A incidência crescente do parto por cesariana em Portugal, à semelhança do resto do mundo, e o seu impacto na morbilidade materna e na via de parto em gravidezes subsequentes, tornam prioritária a sua redução. Para que esta ocorra, é imperativa a diminuição da taxa de cesarianas em nulíparas de baixo risco.

Objetivos: Avaliar a taxa de cesarianas numa população de nulíparas de baixo risco e identificar características maternas e fetais que se associam à realização deste procedimento.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos dados referentes a grávidas de baixo risco encaminhadas à consulta de referência e com parto na nossa instituição, no ano de 2022. Critérios de inclusão: nulíparas, com gravidezes únicas, de termo, com fetos em apresentação cefálica e sem patologia materna/fetal. Constituíram-se dois grupos: cesariana (n=67) e parto vaginal (n=191). Foram avaliados: dados demográficos, IMC préconcepcional, ganho ponderal na gravidez, estimativa ponderal fetal 3.ºT, idade gestacional no parto indução do trabalho de parto (TP), rotura prematura de membranas (RPM) e peso à nascença.

Resultados e Conclusões: A taxa de cesariana nesta população foi 25,9%. Verificou-se uma associação entre cesariana e maior idade materna (idade média: 30,93 vs. 28,19, p=0,0003, e idade >35 anos: 28,3% vs. 14,6%; p=0,016), baixa estatura (média: 159cm vs. 162cm, p=0,0024, e altura <155cm 29,8% vs. 9,9%; p=0,0002), gravidez prolongada (>41 semanas, 50,7% vs. 24%, p=0,001) e indução do trabalho de parto (64% vs. 28%, p<0,00001). Não se verificou associação entre IMC préconcepcional, ganho ponderal na gravidez, RPM ou peso do recém-nascido e a via de parto.

A nossa casuística é concordante com estudos publicados, nomeadamente nos EUA, onde a taxa de cesariana em nulíparas ronda os 27%. A baixa estatura, maior idade materna, a indução de TP e a gravidez prolongada associaram-se, na nossa amostra, ao parto por cesariana. Estudos multicêntricos são necessários para definir estratégias na redução da taxa em nulíparas que, por sua vez, reduzirá a taxa de cesarianas em gravidezes subsequentes.

Palavras-chave: cesariana, nulípara.

PO – (23107) – PLACENTAÇÃO ANÓMALA – UM CASO RARO DE GRAVIDEZ DE TERMO NA CICATRIZ DE CESARIANA

Daniela Encarnação¹; Ana Codorniz¹; Ana Patrícia Soares¹; Kristina Hundarova²; Ema Virga¹; Duarte Teodoro¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Portimão
2. Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: O acretismo placentário corresponde a um espectro de placentação anómala, resultante da invasão miometrial pelas vilosidades coriônicas. Um útero cicatricial constitui um dos principais fatores de risco. O acretismo está entre as principais causas de morbimortalidade materna, estimando-se um aumento da sua prevalência, paralelamente ao aumento da taxa de cesarianas.

Objectivos: Apresentar um caso de acretismo placentar diagnosticado durante a cesariana numa gravidez não vigiada.

Metodologia: Descrição de caso clínico e documentação fotográfica cirúrgica.

Resultados e Conclusões: Mulher de 29 anos, saudável, Gesta 2 Para 1 (cesariana há 5 anos), grávida de termo, sem vigilância obstétrica, recorreu ao serviço de urgência por contratilidade uterina, sendo internada em início de trabalho de parto. Por contratilidade mantida sem progressão do trabalho de parto, foi decidida cesariana. Durante a cesariana houve a necessidade de extração fetal transplacentar de recém-nascido vivo, seguida de tentativa frustrada de dequitação manual por ausência de plano de clivagem em todo o leito placentar. Perante a suspeita de acretismo placentar e concomitante instabilidade hemodinâmica, foi decidida histerectomia, durante a qual se identificou invasão placentar do ligamento largo esquerdo e extensa laceração da bexiga. Procedeu-se a histerectomia total com reparação de laceração vesical. Após a cirurgia transferiu-se a utente para a Unidade de Cuidados Intensivos,

tendo alta ao 14º dia pós-parto. O exame anatomopatológico confirmou a hipótese de gravidez de implantação na cicatriz da cesariana com acretismo placentar.

A pertinência deste caso reside na demonstração de uma gravidez na cicatriz de cesariana não vigiada levada a termo com identificação de acretismo placentário intraoperatoriamente e confirmação do diagnóstico após avaliação histológica. Este caso demonstra a importância do diagnóstico pré-natal na identificação de defeitos da placentação e consequente envolvimento de uma equipa multidisciplinar que permita reduzir a potencial morbidade e mortalidade materna e garantir melhores desfechos obstétricos.

Palavras-chave: acretismo placentário, cicatriz de cesariana, gravidez não vigiada.

PO – (23108) – PRÉ-ECLAMPSIA EM GRÁVIDAS COM HIPERTENSÃO – A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Ana Português Duarte¹; Cátia Silva¹; Vanessa Vieira¹; Joana Mafra¹; Inês Marques^{1,2}; Carlos Barata¹; Maria Do Céu Almeida¹

1. Serviço de Obstetrícia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
2. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: A pré-eclampsia (PEC) é uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna e perinatal a nível mundial.

Objectivos: Analisar características demográficas, vigilância da gravidez e outcomes maternos e fetais em grávidas com PEC.

Metodologia: Estudo retrospectivo que inclui grávidas observadas na consulta de Obstetrícia-Hipertensão do nosso Serviço (2017-2021).

Análise estatística: SPSS®v27 (significância $p < 0,05$).

Resultados e Conclusões: Das 193 grávidas incluídas no estudo 18 (9,3%) desenvolveram PEC, das quais 14 (77,8%) hipertensas crónicas e 4 (22,2%) hipertensas da bata branca.

A idade materna média era 32 anos, eram maioritariamente multiparas ($n=11$, 61,1%), 5 (27,8%) tinham antecedentes de complicações hipertensivas em gravidezes prévias e 50% ($n=9$) apresentavam outras comorbilidades.

A idade gestacional mediana da primeira consulta foi 12 semanas. 15 (83,3%) realizaram pelo menos 1 MAPA e estiveram medicadas com pelo menos um fármacos anti-hipertensores. 13 (72,2%) estiveram medicadas com ácido acetilsalicílico.

A maioria das grávidas (n=14, 77,8%) apresentou clínica de PEC sendo a idade gestacional mediana de diagnóstico 36 semanas.

A idade gestacional média à data do parto foi 36 semanas, sendo o trabalho de parto induzido em 83,3% (n=15) dos casos e 55,6% (n=10) dos partos eutócicos. 83,3% (n=15) dos recém-nascidos teve um Índice de Apgar superior a 9 de ao 1º minuto, 2 (11,1%) necessitaram de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos e houve 1 nado morto.

Comparando as grávidas que desenvolveram PEC com as restantes grávidas hipertensas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade materna (32 vs. 36, $p = 0,014$), recurso a métodos de indução do trabalho de parto (93,8% vs. 63,4%, $p = 0,015$), idade gestacional à data do parto (36 vs. 37, $p = 0,004$) e peso do recém-nascido (2473 g vs. 2873 g, $p = 0,024$).

Não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas nos restantes antecedentes pessoais ou dados de vigilância das grávidas analisados nesta amostra.

Palavras-chave: Pré-eclampsia, Hipertensão, Gravidez.

PO – (23112) – CESARIANAS E COVID-19

Líliã Marques Da Frada¹; Ana Rita Ribeiro¹; Ariana Bárbara¹; Miguel Penas Da Costa¹; Leonor Antunes¹; Cláudia Passos¹; Policarpo Pina¹; Fernando Fernandes¹

1. Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: Portugal é um dos 10 países da OCDE

com uma taxa mais elevada de cesarianas. No ano de 2019, antes dos efeitos da pandemia por COVID-19, esta rondava os 32,5%. No ano de 2021, ultrapassou 37% dos 75.468 partos realizados em território nacional (30,7% nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde e 65,9% nos hospitais privados e sociais).

Em 5 de Maio de 2023 a OMS declarou o fim da pandemia, mas as práticas instituídas durante esta crise podem ser difíceis de reverter e importa aumentar o nosso grau de conhecimento quanto às mesmas.

Objetivos: Avaliar se no Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) houve diferenças significativas antes e durante a pandemia em termos de: tipos de parto, causas dos partos de cesariana, fase do trabalho de parto em que ocorreram e grau de urgência das mesmas.

Metodologia: Consulta do processo de todas as doentes com partos no HESE entre 1 de Janeiro de 2015 e 5 de Maio de 2023.

Resultados e Conclusões:

Resultados: No período total em análise tiveram lugar na nossa instituição um total de 9121 partos (5839 pré-covid e 3279 pós). Destes 9 mil, 3305 foram por cesariana (1928 pré-covid e 1377 pós). O tipo de partos variou significativamente nestes dois períodos, destacando-se que as cesarianas passaram de 33% para 42% ($p < 0,001$). Nas restantes variáveis em análise também foram determinadas diferenças significativas, mas menos expressivas.

Conclusão: A pandemia por COVID-19 acelerou bruscamente, pelo menos temporariamente, o aumento do número de cesarianas.

Palavras-chave: Cesariana e Covid-19.