

ACRETISMO PLACENTÁRIO

PO - (20641) - ACRETISMO PLACENTAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Rita Dunkel¹; Margarida Figueiredo¹; Maria Oliveira¹; Ana Marta Pinto¹; Helena Nascimento¹
1 - Centro Hospitalar Baixo Vouga

Resumo

Introdução: A implantação anormal da placenta na parede uterina configura a placenta acreta e é uma importante causa de morbimortalidade materna, devido ao risco elevado de hemorragia grave aquando a dequitação. A incidência desta patologia tem aumentado pois a existência de uma intervenção uterina prévia é o principal fator de risco para a má placentação. O tratamento depende do grau de invasão placentar, mas não é rara a necessidade de uma histerectomia periparto

Objectivos: Descrição de um caso clínico de acretismo placentar e revisão do diagnóstico e atitude clínica perante esta entidade

Metodologia: Análise do processo clínico com posterior pesquisa da literatura publicada

Resultados: Grávida 44 anos, G3P1 (1 Cesariana anterior), com diagnóstico de placenta prévia total na ecografia do 3ºT, admitida para cesariana programada as 37 semanas. Após dequitação da placenta iniciou quadro de hemorragia abundante tendo necessitado de suporte farmacológico com uterotónicos, vasopressores e noraadrenalina, associado a suporte transfusional (6U GR e 4U plasma). Por manter perda hemática, foi colocado balão intra uterino. No recobro, evolução com deterioração do estado de consciência, agravamento da instabilidade hemodinâmica e diagnóstico de choque hemorrágico. (Tº 34,3º, Hb 5,7g/dL, anúria). Optou-se por histerectomia total, tendo havido resolução da hemorragia. Boa evolução clínica com alta no 7º dia após parto. O estudo *à posterior* da placenta mostrou descontinuidade da placa basal, compatíveis com acretismo placentar.

Conclusões: O diagnóstico ecográfico de placenta acreta, apesar de critérios diagnósticos bem definidos, mostra-se difícil na prática clínica. Na presença de fatores de risco, como placenta prévia e cesariana anterior, este diagnóstico deve ser equacionado e procurado. Desta forma, temos oportunidade de programar o parto num centro diferenciado com capacidade de intervenção, por outras especialidades, de forma imediata. A existência a nível nacional de centros de referência para diagnóstico e tratamento poderá, assim, ser uma mais valia.

Palavras-chave: Acretismo, Placenta, Histerectomia

PO - (20657) - ACRETISMO PLACENTÁRIO EM MIOMA UTERINO – A PROPÓSITO DE UM CASO

Marta Campos¹; Joana Galvão¹; Mónica Melo¹; Cristina Godinho¹; Rosete Nogueira^{2,3}; Conceição Brito¹

1 - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho;
2 - Unidade de Patologia Placentar e Embriofetal, CGC Unilabs/Centro de Genética Clínica;
3 - Professora Auxiliar da Escola de Medicina da Universidade do Minho & Laboratório Associado IVCS/3B's

Resumo

Introdução: O acretismo placentário descreve uma placentação anómala, com adesão ou invasão da parede uterina pelas vilosidades coriônicas, tendo uma prevalência combinada de 0,17%. A hemorragia maciça no parto é uma das complicações mais relevantes, podendo ser potencialmente fatal. Os principais fatores de risco são a presença de cicatriz uterina prévia e/ou placenta prévia. No entanto, existem outros fatores de risco como miomas uterinos.

Objectivos: Caso clínico de acretismo placentário em mioma uterino.

Metodologia: Análise retrospectiva de caso clínico e revisão da literatura.

Resultados: Grávida de 37 anos, primigesta. Ecografia às 12 semanas, com identificação de 3 miomas uterinos. Ecografia às 20⁺⁵ semanas revelou feto com alterações cardíacas sugestivas de Tetralogia de Fallot severa. Este diagnóstico foi confirmado por ecocardiograma fetal. O estudo genético fetal obtido por amniocentese revelou uma microdeleção 22q11.2, que estabeleceu o diagnóstico de Síndrome de DiGeorge em um feto do sexo feminino. Foi realizada interrupção médica da gravidez às 21⁺⁶ semanas. O procedimento foi complicado com retenção placentar, existindo necessidade de dequitação manual sob anestesia geral. Após a dequitação, a doente teve uma hemorragia abundante, controlada apenas com tamponamento uterino clássico. Por instabilidade hemodinâmica, foi admitida nos cuidados intensivos. A remoção do tamponamento foi realizada 24h depois, tendo alta clínica ao 7º dia de internamento. A autópsia fetal confirmou a malformação cardíaca grave do tipo Tetralogia de Fallot, e o estudo anatomo-patológico descreveu a presença de um nódulo correspondente a mioma uterino submucoso com trombose vascular e critérios morfológicos focais sugestivos de acretismo placentário.

Conclusões: Este caso clínico ilustra a necessidade de considerar outros fatores de risco além da cicatriz uterina prévia e/ou placenta prévia, potencialmente envolvidos no acretismo placentário, antevendo potenciais complicações no parto. Perante a sua imprevisibilidade, o tratamento em hospital central foi fundamental para o seu desfecho.

Palavras-chave: Mioma uterino, Acretismo placentário, Hemorragia pós-parto

PO - (20661) - ACRETISMO PLACENTÁRIO – E QUANDO O DIAGNÓSTICO É PÓS-PARTO?

Cristiana Soares¹; Andreia Fonseca²

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 - CHULN

Resumo

Introdução: O acretismo placentário ocorre por invasão trofoblástica anómala do miométrio durante o desenvolvimento da placenta. Há fatores de risco bem conhecidos, nomeadamente acretismo prévio, cesariana anterior, idade materna, obesidade ou história de instrumentação uterina. A sua incidência tem vindo a aumentar, relacionando-se com o aumento global da taxa de cesarianas. Pode ter complicações graves, incluindo morte materna por hemorragia pós-parto, pelo que o diagnóstico pré-natal é decisivo na tomada de decisões que visam a diminuição da morbilidade e mortalidade.

Objectivos: Uma grávida de 28 anos, saudável, G4P2 (1 cesariana, 1 parto eutócico) foi admitida no bloco de partos em início de trabalho de parto às 40 semanas e 4 dias de gestação. Por estado fetal não tranquilizador em dilatação completa, foi aplicada uma ventosa de Kiwi para extração fetal, com necessidade de realização de episiotomia. Após a dequitação, que foi espontânea, diagnosticou-se hemorragia pós-parto precoce com origem no canal de parto e retenção de fragmentos placentários, visualizados na parede anterior do útero com ecografia transabdominal. A hemorragia pós-parto resolveu-se com correção da episiotomia, revisão instrumental da cavidade uterina e terapêutica médica. Foi realizado suporte transfusional, com uma unidade de concentrado eritrocitário e um pool de plaquetas, e administração de fibrinogénio. Os fragmentos placentários enviaram-se para análise anátomo-patológica, que revelou achados sugestivos de acretismo placentário. No puerpério precoce, a puérpera manteve anemia, tendo feito terapêutica com ferro endovenoso. À data da alta, apresentava uma hemoglobina de 8,2g/dl.

Conclusões: Este caso clínico ilustra uma complicação importante do acretismo placentário numa grávida com uma cirurgia uterina prévia. O diagnóstico ecográfico durante a gravidez poderia ter prevenido esta complicação, nomeadamente com a realização de um parto por cesariana. A análise anátomo-patológica dos fragmentos placentários faz o diagnóstico definitivo desta entidade.

Palavras-chave: Acretismo placentário, Hemorragia pós-parto

PO - (20667) - DIAGNÓSTICO DE ACRETISMO PLACENTÁRIO DOIS MESES APÓS O PARTO: CASO CLÍNICO

Vanessa Vieira¹; Ana Português Duarte¹; Cátia Silva¹; Joana Mafra¹; Joana Palmira Almeida¹; Maria Do Céu Almeida¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Maternidade Bissaya Barreto

Resumo

Introdução: O acretismo placentário consiste na invasão trofoblástica do miométrio, promovendo uma aderência placentar patológica. Placentas acretas associam-se a maior risco de hemorragia e de histerectomia no momento ou após o parto.

Objectivos: Descrição de um caso de diagnóstico de acretismo dois meses após o parto.

Metodologia: Obtenção de dados através de registos no Sclinico® e processo físico.

Resultados: Mulher de 26 anos, primigesta, vigiada no nosso centro por patologia depressiva, sem outros antecedentes relevantes. Gravidez sem intercorrências, parto distócico por ventosa às 40 semanas com nado vivo do sexo feminino, 3235gr, IA 9/10/10. Dequitação natural aparentemente completa. A puérpera teve alta para o domicílio após 48 horas de internamento.

Dez dias após alta, recorre ao serviço de urgência (SU) por perda hemática vaginal abundante, tendo sido identificado espessamento endometrial de 20 mm compatível com restos placentares, optando-se por uma atitude expectante e reavaliação em 1 semana.

A reavaliação ecográfica revelou espessamento endometrial mantido, optando-se por tratamento medicamentoso (misoprostol e diclofenac) e nova avaliação em 10 dias, altura em que a puérpera revela não ter efetuado tratamento prescrito, sendo sugerida reavaliação na consulta pós parto.

Neste intervalo, ocorre novo recurso ao SU por metrorragia com identificação ecográfica de imagem hiperecogénica com 11mm de maior diâmetro, localizada no fundo uterino. Solicitada histeroscopia diagnóstica com identificação de formação sugestiva de restos placentares, a qual seria removida por ressetoscopia, realizada dois meses após o parto, com estudo histopatológico identificando alterações sugestivas de placenta acreta.

Conclusões: Embora raro, o acretismo placentário associa-se a morbilidade materna importante e a maior recurso a cuidados de saúde.

Na maioria dos casos, a presença de fatores de risco e o exame ecográfico permitem a suspeição do diagnóstico, embora este possa ocorrer sem qualquer indício prévio.

Palavras-chave: Acretismo placentário; hemorragia pós parto

PO - (20669) - PLACENTA PRÉVIA E ACRETISMO: UMA COMBINAÇÃO FREQUENTE E RELEVANTE

Joana Galvão¹; Marta Resende Campos¹; Alina Seixas²; Jorge Castro¹; Marta Osório¹; Conceição Brito¹; Manuela Pinho¹; Claudina Carvalho¹

1 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 - Centro Hospitalar do Médio Ave

Resumo

Introdução: Placenta prévia (placenta implantada sobre o orifício cervical interno) é uma causa importante de hemorragia no terceiro trimestre, afetando 0,5% das gestações de termo e podendo condicionar uma emergência obstétrica. É também fator de risco para acretismo placentar, agravando o risco de morbi-mortalidade materna.

Objectivos: Análise retrospectiva de caso clínico de gestação com placenta prévia com necessidade de cesariana emergente e constatação intra-operatória de acretismo placentar.

Metodologia: Consulta de registos clínicos e revisão da literatura.

Resultados: Grávida de 40 anos, 2G0P, gestação pós-fertilização *in vitro*. Antecedentes de um abortamento precoce com curetagem e duas histeroscopias (resseção de leiomioma e diagnóstica). Na ecografia morfológica foi objetivada placenta prévia central. A reavaliação ecográfica às 28 semanas identificou vascularização atípica do bordo decidual placentar e do colo, bem como comprimento cervical de 17mm, tendo sido proposto internamento. Manteve-se assintomática até às 30+4 semanas, momento em que iniciou episódios intermitentes de perda hemática ligeira e contrações uterinas irregulares, mas dolorosas. Às 32+5 semanas de gestação iniciou perda hemática vaginal em quantidade abundante, decidindo-se cesariana emergente (recém-nascido do sexo feminino, 1580g, índice de Apgar 4/7/9). Durante a dequitação, constatou-se acretismo na maioria da área de inserção placentar, com predomínio no segmento inferior. Optou-se por não forçar a remoção de alguns fragmentos placentares intimamente ligados ao miométrio, colocou-se balão de Bakri e transfundiram-se 4 unidades de eritrócitos. O balão foi retirado ao 2º dia, sem intercorrências. Ecograficamente, ao 3.º dia objetivada presença de material heterogéneo vascularizado na metade inferior da cavidade uterina, compatível com restos ovulares. Teve alta ao 10.º dia de puerpério e manteve vigilância em consulta, com normalização da β -HCG ao fim de 1 mês e ecografia pélvica normal aos 6 meses.

Conclusões: Aquando do diagnóstico de placenta prévia deve ser ponderado o risco de acretismo, sobretudo se existirem antecedentes de risco como cesariana anterior ou instrumentação uterina.

Palavras-chave: placenta prévia, acretismo, placenta acreta, hemorragia

PO - (20675) - PLACENTA PERCRETA – ORIENTAÇÃO CLÍNICA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sílvia Serrano¹; Catarina Soares²; Carlota Cavazza¹; Teresa Loureiro¹; Rui Carvalho¹; Mónica Centeno¹; Cláudia Araújo¹; Alexandre Valentim Lourenço¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 - Centro Hospitalar do Oeste - Hospital das Caldas da Rainha

Resumo

Introdução: Os distúrbios da invasão placentária associam-se a uma elevada morbilidade e mortalidade materna e perinatal. A O diagnóstico pré-natal é decisivo para melhorar os resultados, sendo a ecografia o exame de primeira linha. Para uma avaliação mais assertiva a ressonância magnética pélvica pode ser útil na identificação da profundidade de invasão miometrial e parametrial.

Objectivos: Realçar a importância de realizar o diagnóstico preciso e atempado de anomalias da invasão placentária com o objetivo de melhorar os desfechos maternos e fetais.

Metodologia: Descrição de um caso clínico e revisão da literatura.

Resultados: Grávida de 36 anos, G2P1 (CST), com diagnóstico de placenta prévia total foi encaminhada para o hospital terciário por suspeita de acretismo placentário às 37 semanas. A ecografia obstétrica confirmou o diagnóstico de placenta prévia total com sinais sugestivos de acretismo placentário (placenta increta com alguns focos de percreta). Após o planeamento multidisciplinar foi realizada cesariana electiva no dia seguinte. A ressonância magnética não foi possível realizar a tempo da cirurgia. A cesariana foi laboriosa, ocorrendo uma lesão vesical iatrogénica que foi sutura de imediato. A placenta foi deixada in situ e realizada uma histerectomia total. Recém-nascido vivo, sexo feminino, 2715g, índice de Apgar 8/9/10. O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências. Ao 6º dia de puerpério por episódios de hematúria foi realizada uma cistoscopia, na qual se constatou cistorrafia íntegra, em processo de cicatrização, afastada a entrada dos ureteres. Teve alta ao 9º dia de puerpério, clinicamente bem.

Conclusões: O diagnóstico de placenta percreta foi tardio, mas o seu diagnóstico pré-natal foi fundamental para o desfecho favorável. A ecografia realizada por um operador experiente é um exame acessível e de baixo custo que estabelece o diagnóstico correcto e permitirá um planeamento preciso da cirurgia.

Palavras-chave: Placenta increta; placenta percreta; Ecografia ginecológica

PO - (20682) - ACRETISMO PLACENTÁRIO: DA MATERNIDADE AOS CUIDADOS INTENSIVOS – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Gil Dos Santos¹; Tânia Barros¹; Eugénia Fernandes¹; Alexandre Morgado¹; António Braga¹; Jorge Braga¹

1 - Centro Materno-Infantil do Norte

Resumo

Introdução: Define-se acretismo placentário como uma invasão trofoblástica anómala do miométrio; acarreta importante morbimortalidade materno-fetal devido a potencial hemorragia severa, com risco aumentado de histerectomia no momento do parto/pós-parto imediato. O fator de risco mais importante para esta condição é cesariana anterior, aumentando o risco com o número de cesarianas. A placenta prévia é outro fator de risco importante; também a idade materna avançada e a multiparidade parecem desempenhar um papel no seu desenvolvimento.

Resultados: Grávida de 38 anos, 3G2P (duas cesarianas anteriores, com antecedentes de placenta prévia e restrição crescimento fetal), sem outros antecedentes clínicos de relevo. Recorreu ao serviço de urgência às 29 semanas de gestação por metrorragia escassa, em contexto de gravidez complicada por placenta prévia; realizou ecografia obstétrica que documentou placenta prévia a recobrir o orifício cervical interno e motivou suspeita de acretismo placentário com possível invasão vesical – marcação doppler até à serosa uterina na região pré-vesical. Decidiu-se internamento no serviço de Obstetrícia para vigilância materno-fetal e planeamento do parto; cumpriu ciclo de corticoterapia para maturação pulmonar fetal. Estudo por ressonância magnética demonstrou possível invasão dos paramétrios e do colo.

Foi decidida realização de cesariana eletiva em abordagem multidisciplinar em conjunto com os serviços de Cirurgia Geral e Urologia do Centro Hospitalar Porto (CHP). Submetida a cesariana e salpingectomia parcial bilateral às 36 semanas+, complicada por hemorragia pós-parto imediata, tendo-se efetuado histerectomia total e cistectomia parcial. Foi admitida no Serviço de Cuidados Intensivos por choque hemorrágico refratário a suporte vasopressor. Após reversão do quadro, teve alta em D64 internamento no CHP.

Conclusões: A incidência de acretismo placentário tem vindo a aumentar, potencialmente, devido às características demográficas da população gravídica, bem como, a um aumento da taxa de cesarianas. Trata-se de uma condição potencialmente ameaçadora da vida com importante morbidade, sendo essencial uma abordagem multidisciplinar em centro de referência.

Palavras-chave: Acretismo placentário, Pacenta percreta, Cistectomia, Choque hemorrágico, Cuidados Intensivos

PO - (20683) - ACRETISMO PLACENTÁRIO: EXPERIÊNCIA DE 7 ANOS NUM CENTRO TERCIÁRIO

Inês Gil Dos Santos¹; Tânia Barros¹; Eugénia Fernandes¹; Alexandre Morgado¹; António Braga¹; Jorge Braga¹

1 - Centro Materno-Infantil do Norte

Resumo

Introdução: O acretismo placentário (invasão trofoblástica anómala do miométrio) constitui uma patologia com importante morbimortalidade materno-fetal, associando-se frequentemente a hemorragia severa e a necessidade de histerectomia no momento do parto/pós-parto imediato. Cesariana anterior parece ser o principal fator de risco, aumentando o risco com o número de cesarianas. Placenta prévia é outro fator de risco importante, desempenhando também a idade materna avançada um papel no seu desenvolvimento.

Objectivos: Avaliação da experiência de um centro terciário com gravidezes complicadas por acretismo placentário.

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional que incluiu todas as grávidas com diagnóstico de acretismo placentário e parto no Centro Materno-Infantil do Norte entre 2015-2021. Análise estatística descritiva dos dados obtidos.

Resultados: Foi analisado um total de 6 gravidezes. No momento do diagnóstico, a idade materna média foi 36,50+/-2,88 anos. Todas as grávidas apresentavam \square 1 cesariana anterior (média 1,50+/-0,84). Foi diagnosticada placenta prévia em 5 dos casos (83,33%), sendo que apenas 66,67% apresentaram metrorragias durante a gestação. Em todos os casos foi decidida e planeada cesariana eletiva, com uma idade gestacional média no momento do parto de 36,64+/-0,74 semanas; foi realizada histerectomia a 4 das mulheres (66,67%). Em 2 casos, o diagnóstico de acretismo foi feito no momento do parto. Todos os puerpérios foram complicados por anemia, sendo que em 3 se verificou ocorrência de choque hemorrágico; em 5 dos casos foi necessária transfusão de glóbulos rubros. Duas das mulheres foram admitidas no serviço de cuidados intensivos no pós-parto imediato. O número médio de dias até à alta foi de 7,67+/-5,61. Em 2 casos verificou-se restrição do crescimento fetal, tendo os desfechos neonatais sido favoráveis em todos os casos.

Conclusões: O acretismo placentário apresenta uma incidência crescente, potencialmente associada ao verificado aumento da taxa de cesarianas. Tratando-se de uma condição potencialmente ameaçadora da vida com importante morbidade, é essencial uma abordagem multidisciplinar em centro de referência.

Palavras-chave: Acretismo placentário, Cesariana, Anemia, Choque hemorrágico

PO - (20685) - PLACENTA PERCRETA: UM DESAFIO TERAPÊUTICO

Marta Henriques Costa¹; Pedro Viana Pinto^{1,2}; Manuela Silva¹; Antónia Costa^{1,2}; Ana Paula Machado¹; Marina Moucho¹

1 - Centro Hospitalar Universitário São João; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Resumo

Introdução: As patologias do espectro do acretismo placentário são uma causa importante de morbimortalidade materno-fetal. A crescente taxa de cesarianas contribui para o aumento da sua incidência.

Objectivos: Descrição de planificação e procedimento terapêutico num caso de placenta percreta com invasão omental, vesical e cervical.

Resultados: G3P2, antecedentes de duas cesarianas, ecografia às 21 semanas evidenciou placenta prévia anterior central com sinais de acretismo. Ecografia das 29 semanas revela acretismo

com suspeita de invasão vesical, achado corroborado por RMN. Cesariana-histerectomia eletiva às 34 semanas. Pré-operatoriamente cateterização ureteral bilateral com exclusão cistoscópica de invasão da mucosa vesical. Colocados bilateralmente dispositivos de oclusão nas artérias ilíacas comuns. Laparotomia mediana supra e infraumbilical constatando-se invasão placentária da parede uterina anterior até à serosa com atingimento do grande epíplon, muscularis vesical e colo uterino. Histerotomia fúndica, sem tentativa de dequitação ou ministração de uterotónicos, seguida de tamponamento endocavitário uterino e histerorrafia. Histerectomia total com salpingectomia bilateral com necessidade de insuflação dos balões para controlo hemorrágico em cinco períodos, bem como necessidade de apósito hemostático no espaço vesicouterino. No final da cirurgia, confirmada integridade vesical com instilação de azul de metileno. Perda hemática de 4500 mL com ministração intraoperatória de ácido tranexâmico e necessidade de suporte transfusional de hemoderivados (seis unidades (U) de glóbulos rubros (GR) e duas unidades de plasma fresco congelado). Internada em unidade de cuidados intensivos nas 48h pós-cirurgia com necessidade de transfusão de 1U GR adicional. Remoção dos cateteres ureterais ao 5º dia. Alta hospitalar para o domicílio ao 7º dia pós-operatório.

Conclusões: O diagnóstico antenatal com caracterização morfológica da localização e extensão do acretismo placentário permite planificar a estratégia cirúrgica e coordenar multidisciplinarmente com equipa de radiologia de intervenção, cirurgia onco-ginecológica, urologia, anestesiologia intensiva e imunohemoterapia de modo a minimizar o impacto adverso desta patologia.

Palavras-chave: acretismo placentar, placenta prévia, cesariana-histerectomia

PO - (20689) - PLACENTA INCRETA – O INIMIGO ESCONDIDO

Maria Vicente¹; Maria Henriques¹; Andreia Martins¹; Isabel Saavedra Rocha¹; Ana Massa¹; Maria José Alves¹

1 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa - CHLC

Introdução: A incidência das doenças do espectro do acretismo têm vindo a aumentar. Sendo uma patologia complexa e de difícil diagnóstico pré-natal tem se tornado num fator de risco major para morbilidade materna.

Objectivos: Alertar para a importância dos fatores de risco e antecedentes obstétricos durante a orientação médica da grávida.

Metodologia: Descrição de um caso clínico.

Resultados: Mulher de 29 anos com 2 partos de termo anteriores: em 2012 parto distócico por fórceps sem complicações e em 2016 parto eutócico complicado por retenção de restos placentares com necessidade de aspiração uterina no pós parto imediato. Ao 17º dia após parto eutócico, por hemorragia pós parto tardia e febre associadas a imagem ecográfica sugestiva de conteúdo intrauterino placentar foi submetida a nova aspiração uterina, seguida de curetagem uterina. Foi ainda necessária colocação de sonda de Foley intrauterina e instituição de terapêutica farmacológica. Nova gravidez em 2021, referenciada à nossa instituição às 23 semanas por infeção por SARS-COV-2. Sem outras intercorrências na gravidez. Ecografias obstétricas realizadas fora da nossa instituição com referência a placenta anterior alta. Parto por cesarina por estado fetal não tranquilizador às 39 semanas. Durante a dequitação houve suspeita de acretismo placentar associada a hemorragia intraparto, procedendo-se à instituição de medidas farmacológicas e suturas hemostáticas sem efeito, pelo que se realizou histerectomia. Parto complicado por choque hemorrágico com necessidade de suporte transfusional. Doente internada na Unidade de Cuidados Intermédios, com melhoria progressiva, tendo alta clínica ao 5º dia de internamento. A placenta foi enviada para diagnóstico histológico - grau 2 FIGO - Placenta Increta.

Conclusões: Antecedentes obstétricos como curetagem deverão suscitar suspeita relativamente à possibilidade de uma patologia do espectro do acretismo. O diagnóstico pré-natal facilita o planeamento do parto e diminui a morbilidade materna.

Palavras-chave: doenças do acretismo placentar, placenta increta

PO - (20701) - ACRETISMO PLACENTÁRIO- CASUÍSTICA DE CASOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Raquel Rodrigues¹; Paulina Barbosa¹; Rita Almendra¹; Sara Forjaz¹; Nuno Barros¹; Isabel Reís¹

1 - Hospital de Braga

Resumo

Introdução: O acretismo placentário associa-se frequentemente a hemorragia grave e a elevada morbimortalidade materno-fetal. O fator de risco mais importante é a placenta prévia após parto anterior por cesariana.

Objectivos: Caracterizar os casos de acretismo placentário com diagnóstico histológico no Hospital de Braga, entre janeiro de 2017 e setembro de 2021.

Metodologia: Análise retrospectiva e descritiva com recurso à consulta dos dados dos processos clínicos.

Resultados: Dos doze casos suspeitos de acretismo placentário, em seis houve confirmação histológica do diagnóstico.

A prevalência estimada foi de 0,16%, com mediana de idade materna de 33 anos.

Relativamente aos fatores de risco, em metade identificou-se placenta prévia e em 83% (n=5) havia história de cesariana anterior, sendo que um caso ocorreu em primigesta.

Dos seis casos, em dois havia suspeita ecográfica de acretismo placentário, tendo sido realizada ressonância magnética que confirmou a suspeita.

Relativamente ao tipo de parto, 67% (n=4) foi por cesariana e 33% por via vaginal (n=2).

Os motivos de cesariana foram apresentação pélvica em mulher com cesariana anterior (n=1) e placenta prévia (n=3).

Nas três cesarinas por placenta prévia realizou-se histerectomia mantendo a placenta in situ, nos dois casos em que o acretismo era conhecido.

Na cesariana por apresentação pélvica e nos dois partos vaginais, a suspeita diagnóstica foi levantada aquando da dequitação laboriosa com retenção placentária.

Conclusões: A prevalência de doença neste estudo (0,16%) reforça a descrita na literatura (0,17%).

Este estudo apoia que a história de cesariana e a existência de placenta prévia são fatores de risco major para o surgimento de acretismo placentário.

O diagnóstico pode ser imagiológico mas frequentemente só é suspeitado após uma dequitação difícil.

Perante elevada suspeita diagnóstica recomenda-se cesariana, com histerectomia com placenta in situ.

Em conclusão, os autores pretendem mostrar a importância do diagnóstico precoce, de forma a antecipar riscos e melhorar a abordagem, reduzindo a morbi-mortalidade.

Palavras-chave: acretismo, placenta prévia, cesariana, histerectomia

PO - (20705) - QUANDO DECIDIR HISTERECTOMIA PERICESARIANA? - A PROPÓSITO DE UM CASO DE ACRETISMO PLACENTÁRIO

Joana Mafra¹; Cátia Silva¹; Vanessa Vieira¹; Ana Português Duarte¹; Miguel Branco¹; Ana Isabel Rei¹; Eulália Galhano¹; Maria Do Céu Almeida¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Maternidade Bissaya Barreto

Resumo

Introdução: O acretismo placentário inclui várias alterações de placentação, sendo uma importante causa de morbimortalidade na gravidez. A cesariana anterior é o principal fator de risco, sendo que o risco aumenta com o número de cesarianas realizadas.

Objectivos: Descrição de um caso de acretismo placentar e da importância da imagiologia e história clínica na suspeição do mesmo.

Metodologia: Dados recolhidos de registo em SClinico®.

Resultados: Grávida de 34 anos, gesta 11, para 9, com 6 partos eutócicos e 3 cesarianas anteriores, sem outros antecedentes de relevo. Como intercorrência na gravidez, ressalva-se episódio de metrorragia escassa às 29 semanas.

Encaminhada à Maternidade Bissaya Barreto às 34 semanas por suspeita de acretismo placentar. Não apresentava história de metrorragia ou contratilidade. A avaliação ecográfica revelou: feto em apresentação pélvica, objetivando-se placenta prévia oclusiva anterior com hipervascularização e sugestão de vasos perfurantes em possível relação com bexiga, não sendo possível definir com clareza plano de clivagem entre útero e bexiga.

Perante sinais sugestivos de placenta percreta, na tentativa de melhor esclarecimento realizou RM pélvica documentando-se: placenta prévia completa; indefinição da interface placenta-miométrio não sendo possível excluir placentação anómala, sem repuxamento da cúpula vesical.

Foram explicados riscos e possíveis complicações associados ao diagnóstico, tendo sido agendada cesariana eletiva às 37 semanas. Após extração fetal transplacentar, decidida histerectomia com placenta *in situ* e salpingectomia bilateral, com perdas moderadas e necessidade de realização de 2 UCE intraoperatoriamente.

Nasceu um RN feminino, 2270g, Apgar 9/10/10.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências.

Após avaliação da anatomia patológica confirmou-se diagnóstico de acretismo placentar, com invasão profunda do miométrio sem atingimento da serosa, compatível com placenta increta.

Conclusões: Tanto a história clínica como a avaliação imagiológica são de extrema importância para um diagnóstico precoce que permita posterior orientação de forma a diminuir possíveis complicações. Como descrito na literatura, a realização de RM nem sempre é conclusiva.

Palavras-chave: Acretismo Placentário, Placenta Increta, Histerectomia pericesariana

PO - (20706) - ACRETISMO PLACENTÁRIO: UMA POSSÍVEL EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Andreia Miranda¹; Maria Torres²; Sara Silva²; Soraia Cunha²; Fátima Domingues²; Domingos Ribeiro²; Paula Pinheiro²

1 - *Unidade Local de Saúde do Alto Minho*; 2 - *ULSAM*

Resumo

Introdução: A invasão miometrial pelas vilosidades placentárias caracteriza o acretismo placentário. Este diferencia-se em três tipos consoante a profundidade de invasão: placenta acreta, increta e percreta.

Com o aumento da taxa de cesarianas, esta patologia tornou-se cada vez mais frequente surgindo como uma importante causa de morbilidade e mortalidade materna e fetal.

Resultados: Reportamos o caso clínico de uma grávida com 37 anos, 3G2P(cesarianas), com obesidade grau 2, vigiada em consulta externa por diabetes gestacional.

Internamento às 19 semanas por ameaça de abortamento, com hemorragia no contexto de placenta a recobrir o OCI e colo curto para vigilância, com alta 9 dias depois. O diagnóstico definitivo de placenta prévia realizou-se às 22 semanas.

Às 33 semanas e 5 dias programado internamento para indução da maturidade pulmonar fetal, com ecografia no setor às 35 semanas a não excluir área de acretismo placentário no segmento inferior.

Agendada cesariana eletiva para as 36 semanas, tendo desenvolvido choque hemorrágico intraoperatoriamente com necessidade de suporte transfusional com 5U de concentrado eritrocitário e 4U de plasma fresco congelado, sendo submetida a histerectomia total e rafia vesical por laceração iatrogénica. O recém-nascido nasceu vivo, com 2410g, *Apgar* 10/10.

O exame anátomo-patológico revelou placenta increta. Teve alta ao 8º dia, sem complicações pós-cirúrgicas. Na consulta de reavaliação, constatada boa evolução clínica, sem necessidade de mais cuidados.

Conclusões: Na presença de fatores de risco, neste caso duas cesarianas anteriores, placenta prévia e idade materna avançada, a suspeita de acretismo placentário deve estar presente.

A morbi-mortalidade materna está maioritariamente relacionada com a hemorragia grave e necessidade de histerectomia intraparto.

Nas mulheres com o diagnóstico de placenta prévia a possibilidade de acretismo placentário deve ser excluída, dada a forte associação entre estas entidades. Este caso destaca a necessidade de um diagnóstico precoce, abordagem multidisciplinar e programação cirúrgica, de forma a limitar os desfechos desfavoráveis.

Palavras-chave: acretismo placentário, increta

ANOMALIAS DA PLACENTAÇÃO

PO - (20642) - PLACENTA PRÉVIA: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS NUM CENTRO TERCIÁRIO

Patrícia Pereira Amaral¹; Mafalda Teles De Barros¹; Inês Da Costa Santos¹; Liliana Perpétuo¹; Fernanda Matos¹; Ana Cristina Costa¹; Antónia Nazaré¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Resumo

Introdução: A placenta prévia refere-se à presença de tecido placentário que atinge ou se estende sobre o orifício interno do colo. A sua prevalência é de aproximadamente 4 em cada 1000 nascimentos. Os principais fatores de risco são a placenta prévia ou cesariana anterior e a gravidez múltipla. Está associada a possíveis maus desfechos materno-fetais como necessidade de cesariana, parto pré-termo e hemorragia pré ou pós-parto com eventual histerectomia pós-parto.

Objectivos: Averiguar a morbimortalidade materno-fetal de mulheres com o diagnóstico de placenta prévia no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF).

Metodologia: Estudo retrospectivo, observacional, realizado através da consulta de processos clínicos informatizados de mulheres com diagnóstico de placenta prévia entre 2016 e 2020 no HFF.

Resultados: No total foram identificados 52 casos de placenta prévia (prevalência 4,07 em cada 1000 nascimentos). As grávidas tinham uma média de 34,2 anos (22-49). Um dos casos tinha antecedentes de placenta prévia, 13 casos história de cesariana anterior, 1 caso de gravidez gemelar. A maioria (62%) era múltipara e 8% eram fruto de técnicas de procriação medicamente assistida. Verificou-se a presença de acretismo placentar em 5 casos e vasa prévia em 2. Verificou-se sobretudo hemorragia no 3º trimestre (61%), mas em 29% dos casos não houve hemorragia durante toda a gravidez.

Ocorreu parto pré-termo em 62% dos casos com registo de 1 morte fetal. Por hemorragia aumentada durante o parto, foi utilizado ferro endovenoso (29%), houve necessidade de transfusão de hemoderivados (19%), colocação de balão intra-uterino (6%) e histerectomia total em (4%). Destes, houve 8% necessitou de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos. Não se registou nenhuma morte materna.

Conclusões: A placenta prévia é um diagnóstico associado a maus desfechos materno-fetais, sendo os resultados encontrados no nosso estudo, coincidentes com a literatura. Saliencia-se a necessidade de vigilância adequada e atuação em equipa multidisciplinar para prevenir potenciais complicações.

Palavras-chave: placenta prévia, hemorragia, acretismo placentar, gravidez

PO - (20646) - PLACENTA INCRETA - ATITUDE EXPECTANTE COM RESOLUÇÃO COMPLETA

Beatriz Neves¹; Mónica Calado Araújo¹; Luísa Dias¹; Helena Belchior¹; Gisela Fornelos¹
1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Resumo

Introdução: A placenta acreta define-se por uma invasão anormal do trofoblasto com aderência e/ou invasão patológica do miométrio e, por vezes, invasão de outras estruturas adjacentes. Esta condição pode levar a hemorragia uterina maciça com necessidade de histerectomia periparto pelo que o seu diagnóstico atempado é essencial. Tem como fatores de risco a cirurgia uterina prévia, idade materna avançada, patologia uterina e técnicas de PMA, mas também pode ocorrer em grávidas sem qualquer fator de risco cujo diagnóstico pode tornar-se evidente de forma inesperada durante a dequitação.

Objectivos: Descrever um caso clínico de acretismo placentar inesperado com resolução completa após atitude expectante.

Metodologia: Descrição de caso clínico com dados colhidos através das bases de dados ObsCare® e SClínico®.

Resultados: Primigesta de 36 anos, sem antecedentes patológicos. Parto eutócico às 39 semanas após gestação espontânea que decorreu sem intercorrências. Foi realizada dequitação manual onde se constatou possível acretismo placentar focal na região do corno uterino direito. Ecograficamente visualizava-se imagem hiperecogénica com sinal doppler e aparente invasão miometrial sugestiva de acretismo. Dada a estabilidade clínica, hemorragia residual e desejo de manter fertilidade, iniciou antibioterapia e adoptou-se atitude expectante.

No 1º dia de puerpério realizou RM que demonstrou lesão expansiva com invasão miometrial com 85x74mm correspondente a placenta increta. O puerpério decorreu sem intercorrências, nomeadamente hemorrágicas ou infecciosas.

Foi mantido seguimento clínico e ecográfico que demonstrou involução sequencial do leito placentar. Dois meses após parto apresentava imagem hiperecogénica com 20x9mm, aos seis meses apresentava redução adicional da lesão para 6x8mm. Realizou histeroscopia 9 meses após o parto sem evidência de conteúdo intracavitário suspeito.

Conclusões: O acretismo placentar é uma patologia rara, mas é uma causa importante de morbimortalidade materna e pode surgir em grávidas sem fatores de risco. Em casos seleccionados como o descrito pode ser adoptada uma atitude expectante com boa evolução clínica e preservação da fertilidade.

Palavras-chave: acretismo, placenta increta, atitude expectante

PO - (20650) - ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSLUCÊNCIA DA NUCA AUMENTADA EM FETOS NORMAIS COM O DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS RELACIONADAS COM A PLACENTA

Hugo Barros¹; Sara Paiva¹; Joana Cunha²; Elsa Pereira^{1,2}

1 - Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães; 2 - Escola de Medicina da Universidade do Minho

Resumo

Introdução: A Translucência da Nuca (TN) representa uma coleção de líquido subcutâneo atrás da nuca do feto. A fisiopatologia desta entidade ainda não se encontra completamente esclarecida. Existem estudos que demonstram que uma TN aumentada em fetos anatómica e geneticamente normais, poderá resultar de uma deficiente invasão do citotrofoblasto nas artérias espiraladas, não ocorrendo o *remodeling* necessário para as transformar em vasos de baixa resistência. Assim, a consequente elevada resistência à passagem do fluxo placentar, parece estar associada a uma menor extração de fluído no feto podendo resultar em TN aumentadas.

Objectivos: Avaliar a relação TN aumentada ($\geq 3\text{mm}$) na ecografia do 1º trimestre em fetos normais e o desenvolvimento de complicações obstétricas relacionadas com a placenta - Pré-Eclâmpsia (PE), Restrição de Crescimento Fetal (RCF), Oligoâmnios e complicações relacionadas com o parto e morbidade neonatal.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo que incluiu 237 grávidas que realizaram ecografia do 1º trimestre entre 1 Julho de 2015 e 1 Julho de 2020, tendo sido comparados os *outcomes* entre as grávidas com fetos com TN aumentada ($\geq 3\text{mm}$) e grávidas com TN normal ($< 2\text{mm}$). Os grupos foram emparelhados em relação às características base.

Resultados: Das grávidas estudadas, 92 apresentavam fetos com TN aumentada e 145 com TN normal (controlos). Em relação às complicações relacionadas com a placenta, apesar de estas serem maiores no grupo com TN aumentada, os resultados não foram estatisticamente significativos ($p=0,082$ e $p=0,068$ para PE e RCF, respetivamente). Foram encontradas diferenças significativas nos *outcomes* relacionados com o parto e morbidade neonatal.

Conclusões: A investigação da relação entre o aumento da TN e complicações obstétricas e neonatais, em fetos anatómica e geneticamente normais, poderá ser relevante pois justificará ou não uma vigilância mais apertada para determinadas patologias.

Palavras-chave: Translucência da nuca, complicações obstétricas, placenta

PO - (20655) - MOLA HIDATIFORME COMPLETA COEXISTINDO COM UM FETO NORMAL EM GRAVIDEZ GEMELAR BICORIÓNICA – UM DESAFIO OBSTÉTRICO

Marta Campos¹; Marta Xavier¹; Márcia Marinho⁴; Jorge Castro¹; Cátia Lourenço¹; Marta Osório¹; Cristina Godinho¹; Rosete Nogueira^{2,3}; Conceição Brito¹

1 - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho;

2 - Unidade de Patologia Placentar e Embriofetal, CGC Unilabs/Centro de Genética Clínica;

3 - Professora Auxiliar da Escola de Medicina da Universidade do Minho & Laboratório Associado IVCS/3B's; 4 - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Resumo

Introdução: A mola hidatiforme (MH) em gravidez gemelar coexistente com um feto normal é um evento raro, com uma incidência de 1:20.000 a 1:100.000, sendo a MH completa a mais comum. Esta entidade está associada a diversas complicações materno-fetais.

Objectivos: Caso clínico de gravidez gemelar bicoriónica com uma MH completa e um gémeeo normal.

Metodologia: Análise retrospectiva de caso clínico e revisão da literatura.

Resultados: Primigesta de 33 anos, saudável, gestação após inseminação intrauterina. Na ecografia do 1º trimestre, a avaliação da morfologia placentária revelou duas zonas distintas: uma porção posterior sem alterações e uma anterior com aspeto multicístico. Perante a suspeita de MH ou displasia mesenquimatosa (DM), realizou-se biópsia de vilosidades coriônicas que permitiu o estudo do cariótipo (46,XX), o exame histológico (critérios intermédios entre DM e MH) e pesquisa de hibridização genómica comparativa em array (mosaicismo para isodissomia uniparental). O doseamento da β -HCG encontrava-se elevado (474.927mIU/ml). A gravidez foi complicada de hemorragia anteparto, hiperémese gravídica e tireotoxicose. Foi realizada amniocentese (às 16⁺² semanas) que confirmou o cariótipo. Às 18⁺⁴ semanas, constatou-se morte fetal. Algumas semanas após o esvaziamento uterino, foi detetado e excisado um nódulo vaginal com cerca de 1,5cm, cuja histologia foi concordante com MH completa. Os valores de β -HCG normalizaram ao fim de 5 meses. A autópsia fetal e o exame anatomo-patológico confirmaram um feto sem alterações morfológicas, com restrição de crescimento fetal associada a desenvolvimento anormal da placenta, macroscopicamente caracterizada por um componente hidrópico com vesículas e coocorrência de um componente de aparência normal. O diagnóstico definitivo está dependente de estudo imunocitoquímico de P57, em curso.

Conclusões: O caso apresentado ilustra o desafio diagnóstico e abordagem das gestações gemelares com MH e gémeeo normal. Neste caos, a integração dos vários resultados foi fundamental para estabelecer o diagnóstico e vigilância adequados.

Palavras-chave: Mola hidatiforme, Gravidez gemelar, Ecografia, Anatomopatologia

**PO - (20659) - QUISTOS SUBAMNIÓTICOS E RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL:
CASO CLÍNICO**

Carolina Veiga E Moura¹; Maria Inês Sousa¹; Jorge Braga¹; Luís Guedes-Martins¹

1 - Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Resumo

Introdução: A etiologia e significado obstétrico da presença de quistos subamnióticos (QSA) não está esclarecida. A potencial correlação entre QSA e restrição de crescimento fetal está descrita na literatura ainda que o mecanismo fisiopatológico subjacente seja obscuro.

Objectivos: Apresentação de um caso clínico onde se observou a presença de quistos subamnióticos em feto com restrição do crescimento

Metodologia: Descrição de caso clínico.

Resultados: 31 anos, 2G0P (1 interrupção voluntária da gravidez), saudável. Gestação de 35 semanas, diabetes gestacional (1º trimestre) controlada com dieta. Ecografia às 35 semanas com estimativa de peso fetal de 1.806 kg, correspondente ao percentil 1.5 (avaliação Doppler e volume de líquido amniótico normais). Internamento para vigilância materno-fetal e indução da maturidade pulmonar fetal. Rotura prematura de membranas pré-termo pelas 35 semanas e 6 dias. Parto eutócico com períneo íntegro às 36 semanas, sem intercorrências, recém-nascido de sexo feminino, peso 1.970 kg, APGAR 9/10. Dequitação espontânea tipo Schultz ao 5º minuto pós-parto. Cordão com 3 vasos, inserção excêntrica. Face fetal da placenta com múltiplos quistos, 2 deles com consistência sólida, 2 com conteúdo líquido hemático. Exame anátomo-patológico: placenta extracorial com peso superior ao p95. Macroscopicamente, a destacar abundantes depósitos subcoriais de fibrina e quatro cistos subamnióticos com diâmetros entre 3.8 e 5.5cm, de conteúdo sero-hemático, alguns com coágulos organizados. Exame histológico com achados de vilite e inter-vilosidade crónica linfo-histiocítica e áreas avasculares de vilosidades coriais.

Conclusões: Os autores descrevem um caso clínico com diagnóstico pós-natal de uma placenta extracorial, com múltiplos quistos subamnióticos, numa gravidez complicada por restrição de crescimento fetal e parto pré-termo.

Palavras-chave: restrição de crescimento fetal, placenta extracorial, quistos subamnióticos

PO - (20663) - ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRÉ-VIABILIDADE EM GRÁVIDA COM PLACENTA PRÉVIA - CASO CLÍNICO

Mariana Solinho¹; Manuela Silva²; Cristina Gamboa²; Ana Paula Machado²; Marina Moucho²
1 - Hospital de Santarém; 2 - Centro Hospitalar Universitário de São João

Resumo

Introdução: Define-se rotura prematura de membranas (RPM) como a rotura das membranas corioamnióticas com perda de líquido amniótico antes do início do trabalho de parto. A RPM pré-viabilidade (< 24 semanas) ocorre em 0.7% das gestações. Por outro lado, define-se placenta prévia como a placenta que se implanta total ou parcialmente sobre o orifício cervical interno. Esta está presente em 4 em cada 1000 nascimentos.

Ambas as entidades estão associadas a um aumento da morbimortalidade materna, fetal e neonatal.

Objectivos: Descrição de caso clínico.

Metodologia: Consulta do processo clínico eletrónico (ObsCare e SClínico).

Resultados: Mulher de 35 anos, G2P1, com gestação de 18 semanas + 4 dias pós fertilização in vitro. História de uma cesariana anterior e hipotireoidismo. Recorre ao SU do CHUSJ por perda de líquido amniótico juntamente com perda hemática genital moderada. Ao exame ginecológico foi confirmada a rotura prematura de membranas e à ecografia transvaginal objetivou-se uma placenta prévia central total. Optou-se pelo internamento, tendo sido efetuada colheita de exsudados vaginais e endocervicais, hemograma, proteína C reativa e exame bacteriológico da urina. No decorrer do internamento, a grávida iniciou antibioterapia por presença de *Ureaplasma* e *E. Coli* nos exsudados vaginais, foi mantendo perdas de líquido amniótico e ecograficamente foi-lhe diagnosticado anidrâmnios. Às 19 semanas + 4 dias atendendo ao anidrâmnios persistente, o casal solicitou interrupção médica da gravidez. Por opção materna, foi programado um abortamento cirúrgico, que decorreu sem complicações. Alta clínica ao 2º dia de pós-operatório sem intercorrências.

Conclusões: A rotura prematura de membranas na presença de placenta prévia é infrequente. Não há evidência documentada na literatura sobre a melhor abordagem destas duas situações em conjunto. Assim, a conduta a adotar deve ser muito bem ponderada e estabelecida de forma individualizada, após discussão e consentimento do casal.

Palavras-chave: Rotura prematura de membranas, Placenta prévia, Rotura prematura de membranas pré-viabilidade

PO - (20665) - ASSOCIAÇÃO ENTRE OS MARCADORES BIOQUÍMICOS DO PRIMEIRO TRIMESTRE COM DISTÚRBIOS PLACENTARES: PLACENTA PRÉVIA E DESCOLAMENTO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERIDA

Tiago Meneses¹; Ana Beatriz Almeida¹; Inês Sousa¹; Ana. Andrade¹; Tânia Barros¹; Ariana Bárbara²; Marta Sales Moreira¹; Jorge Braga^{1,3}

1 - Serviço de Obstetrícia, Centro Materno Infantil do Norte - Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal; 2 - Hospital Espírito Santo de Évora – E.P.E; 3 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Resumo

Introdução: Estudos prévios demonstraram uma relação dos marcadores bioquímicos do 1º trimestre, subunidade β da gonadotrofina coriónica (β -hCG) e Proteína A Plasmática Associada à Gravidez (PAPP-A), com distúrbios placentares, contudo a sua relação com placenta prévia (PP) e descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI) continua inconclusiva. Ambos constituem causas de hemorragia na gravidez e podem resultar em maus desfechos materno-fetais a longo prazo, sendo que o despiste precoce torna-se essencial.

Objectivos: Avaliar a relação entre os valores de PAPP-A e β -hCG com PP e DPPNI.

Metodologia

Efetuada um estudo observacional retrospectivo, incluindo gestações unifetais, com casos confirmados de PP e DPPNI e um grupo controlo com desfechos obstétricos normais que realizaram o rastreio combinado do 1º trimestre (N = 12, N = 18 e N = 60, respetivamente) admitidos num Hospital Universitário entre Janeiro e Dezembro de 2019. Foram excluídos casos de fetos com alterações cromossómicas descritas. A análise estatística foi desenvolvida através do programa SPSS Statistics 26.0.

Resultados: Gestações complicadas por PP e DPPNI apresentaram valores de PAPP-A inferiores (mediana = 0,87 MoM, AIQ = 0,52 MoM e mediana = 1,17 MoM, AIQ = 0,83 MoM, respetivamente) relativamente ao grupo controlo (mediana = 1,2 MoM, AIQ = 0,88 MoM). No primeiro caso também se observaram valores de β -hCG inferiores (mediana = 0,75 MoM, AIQ = 0,69 MoM) comparativamente ao grupo controlo (mediana = 0,96 MoM, AIQ = 0,78 MoM).

Os valores da PAPP-A e β -hCG verificados nos casos de PP (p=0,211 e p=0,890, respetivamente) e DPPNI (p=0,547 e p=0,515, respetivamente) não diferem significativamente dos apresentados pelo grupo controlo.

Conclusões: A associação entre os valores de PAPP-A e β -hCG e os casos de PP e DPPNI demonstrou-se insignificante, limitando a sua aplicabilidade. Contudo, grandes estudos prospetivos são necessários para averiguar o potencial destes marcadores no rastreio de grávidas com elevado risco de PP e DPPNI.

Palavras-chave: PAPP-A, β -hCG, Placenta Prévia, Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida

**PO - (20670) - PLACENTA PRÉVIA E HEMORRAGIA VAGINAL NA GRAVIDEZ -
IMPACTO NOS DESFECHOS MATERNO-FETAIS**

Paulina Costa¹; Maria Inês Sousa²; Graça Buchner²; Jorge Braga²

1 - Centro Hospitalar do Médio Ave; 2 - Centro Materno-Infantil do Norte

Resumo

Introdução: A placenta prévia (PP) é um fator de risco major para hemorragia vaginal durante a gravidez (≈90% casos) ou hemorragia peri-parto, associando-se a elevada morbimortalidade materno-fetal.

Objectivos: Avaliar os desfechos materno-fetais nas gestações com PP e episódios de hemorragia vaginal na gravidez (HVG).

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional dos casos de PP ou inserção baixa, com vigilância e parto num centro terciário, nos últimos 6 anos. Efetuou-se uma análise comparativa dos desfechos materno-fetais entre 2 grupos: G1-com HVG e G2-sem HVG. A análise estatística foi realizada utilizando o SPSS e $p < 0.05$ considerado estatisticamente significativo.

Resultados: Registaram-se 73 casos de PP ou com inserção baixa, sendo que mais de metade (57.1%, $n=44$), tiveram 1 ou mais episódios de HVG. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos na necessidade de cesariana urgente/emergente (G1-90.91% vs G2-9.09%, $p < 0.05$), na idade gestacional média no parto (G1-35.20 semanas, DP 1.82 vs G2-37.1 semanas, DP 0.83, $p < 0.05$) e na necessidade de admissão na UCI neonatal (G1-89.29% vs G2-10.71%, $p < 0.05$). Do total das cesarianas urgentes/emergentes (37.7%, $n=29$), 75.86% ($n=22$) foram por hemorragia ativa. Apesar do G1 ter maior incidência de anemia, necessidade de ferro endovenoso e transfusão de sangue, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Ocorrem 3 casos de choque hemorrágico com necessidade de admissão na UCI, sendo 2 em G1 e o restante por Síndrome de HELLP. Não se verificaram diferenças entre os grupos no que concerne à idade materna, cirurgia uterina prévia, dias de internamento no pós-parto ou índices de apgar ao 1º e 5º minutos.

Conclusões: A ocorrência de HVG associou-se a maior morbidade materna e fetal. Assim, nas gestações com PP, a ocorrência de episódios de HVG deve alertar para uma maior ocorrência de complicações, pelo que, realizar uma vigilância materno-fetal adequada e o planeamento do parto são importantes para melhoria dos desfechos.

Palavras-chave: placenta prévia, hemorragia

PO - (20687) - UTILIZAÇÃO DO RÁCIO SFLT-1/PLGF NA ABORDAGEM DA RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL PRECOCE – CASO CLÍNICO

Sara Paiva¹; Hugo Barros¹; Elsa Pereira^{1,2}; Cláudia Guerra¹; Ana Maria Andrade¹; Ricardo Santos^{1,3}

1 - Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães; 2 - Escola de Medicina da Universidade do Minho; 3 - CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, FMUP

Resumo

Introdução: A restrição do crescimento fetal (RCF) precoce está muitas vezes associada a anomalias da placentação e, conseqüentemente, a disfunção placentária, o que leva à diminuição da secreção de fatores angiogénicos como o PIGF e ao excesso de outros como o sFlt-1, resultando num rácio sFlt-1/PIGF aumentado. Este rácio tem-se mostrado um excelente preditor de maus desfechos fetais e neonatais em diversos estudos, pelo que tem sido sugerida a sua utilização na abordagem da RCF precoce.

Conclusões: Primigesta de 26 anos, com 26 semanas^{+6dias} de gestação, recorre ao serviço de urgência por diminuição dos movimentos fetais com 1 semana de evolução. É admitida no internamento por apresentar ecograficamente um crescimento fetal no percentil 2 e alteração dos índices de pulsatilidade das artérias umbilical (1,99 - >P95) e cerebral média (0,88 - <P5), estando a fluxometria do ducto venoso (DV) normal. Analiticamente destacava-se isoladamente um rácio sFlt-1/PIGF de 704,6. Ao 3º dia de internamento, por agravamento fluxométrico (fluxo diastólico umbilical nulo e onda a ausente no DV) optou-se pela terminação da gravidez por cesariana, tendo nascido um recém-nascido com 611g e um índice Apgar 7/8/9, sem acidose na gasimetria do cordão umbilical.

Trata-se de uma RCF precoce tipo 3, de acordo com a avaliação fluxométrica, com indicação para terminação da gravidez às 30 semanas. No entanto, a associação a um rácio sFlt-1/PIGF elevado levanta a suspeita de uma RCF mais grave, com necessidade de intervenção mais precoce, a qual neste caso se associou a bons resultados neonatais. Este caso pretende reforçar a aplicabilidade do rácio sFlt-1/PIGF na abordagem de casos de RCF precoce.

Palavras-chave: Restrição do Crescimento Fetal, Rácio sFlt-1/PIGF, Alteração fluxométrica

PO - (20693) - VASA PRÉVIA: ORIENTAÇÃO CLÍNICA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Silvia Serrano¹; Inês Martins¹; Marina Gato¹; Rui Carvalho¹; Mónica Centeno¹; Susana Santo¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Resumo

Introdução: A vasa prévia é uma alteração rara da placentação associada a risco aumentado de hemorragia, morbilidade e mortalidade perinatal. O diagnóstico pré-natal e a programação do parto são factores críticos nos desfechos obstétricos desta entidade. De acordo com o protocolo na nossa instituição, preconiza-se o internamento eletivo da grávida às 32 semanas, a indução da maturidade fetal e o parto por cesariana eletiva às 34-35 semanas.

Objectivos: Este estudo avalia os desfechos maternos e perinatais das gestações complicadas por vasa prévia assistidas na nossa instituição.

Metodologia: Estudo descritivo retrospectivo, de gestações com o diagnóstico pré-natal de vasa prévia entre 2011 e 2021. Os dados foram recolhidos a partir dos processos clínicos das grávidas.

Resultados: Identificaram-se 10 casos de vasa prévia. A média \pm DV da idade gestacional (IG) no diagnóstico foi $27,7 \pm 5,1$ semanas. O fator de risco mais frequentemente identificado foi a placenta baixamente inserida (8 casos). Em 3 casos ocorreu um episódio de hemorragia que condicionou o internamento antes das 32 semanas, sendo a idade gestacional média de internamento 31,3 semanas. Em todos os casos foi realizada cesariana programada, com idade gestacional média de 35,1 semanas no parto. O índice de Apgar foi > 7 no 1º e 5º minuto em todos os casos, contudo 2 recém-nascidos necessitaram de internamento na UCIN por síndrome de dificuldade respiratória do recém-nascido.

Conclusões: A vigilância da gestação complicada por vasa prévia de acordo com o protocolo em vigor permite obter bons desfechos obstétricos e perinatais. No entanto o término da gestação antes do termo pode acarretar complicações decorrentes da prematuridade o que deve ser tido em consideração aquando o aconselhamento sobre o momento do término da gestação.

Palavras-chave: Vasa prévia

PO - (20694) - MOLA HIDATIFORME COMPLETA COM UM FETO VIVO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Beatriz Almeida¹; Helena Veloso¹; António Braga¹; Gonçalo Inocêncio¹; Jorge Braga¹
1 - Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

Resumo

Introdução: A gravidez molar associa-se a grande morbimortalidade materna e fetal, constituindo um desafio obstétrico.

Resultados: Apresentamos um caso raro de uma mulher de 31 anos, saudável, gesta 2 para 1, cuja gestação atual foi espontânea. Como intercorrências, destaca-se o rastreio combinado do primeiro trimestre positivo para trissomia 21, tendo realizado biópsia das vilosidades coriônicas. O cariótipo foi normal para um feto do sexo masculino. Às 31 semanas, foi referenciada ao nosso centro terciário no contexto de restrição de crescimento fetal (RCF) precoce (Percentil 6.5) e um achado placentar (cerca de 50% da área total), de aparência multiquística, contíguo à placenta de características normais. Às 34 semanas, pelo agravamento da RCF - Percentil 2.6, com avaliação Doppler normal-, a gestante foi internada para vigilância materno-fetal.

O trabalho de parto desencadeou-se às 35 semanas de gestação, tendo culminado num parto pélvico vaginal, com um nado-vivo do sexo masculino de 2110 gramas e Índice de Apgar 9/10 ao 1º e 5ª minutos, respetivamente. Durante o terceiro estadio do trabalho de parto, ocorreu retenção da área placentar multiquística, tendo-se realizado uma revisão manual da cavidade uterina. O exame anatomo-patológico sugeriu o diagnóstico de gestação múltipla apresentando-se como mola hidatiforme completa e um feto vivo, cuja incidência varia entre 1/22,000 e 1/100,000 gestações.

Foram realizados estudos analíticos seriados de β -hcg no pós-parto para exclusão de doença trofoblástica maligna (DTM), que demonstraram uma diminuição significativa dos seus valores séricos (110 457 U/ml na gestação para 14 U/ml dois meses pós-parto).

Conclusões: Este é um caso de sucesso, uma vez que a taxa de sobrevivência dos fetos saudáveis ronda os 50%. A vigilância destas gestações, para além da morbidade materna significativa (hemorragia vaginal, hiperemese gravídica, pré-eclâmpsia, DTM), deve ter também em consideração as comorbilidades de uma gestação múltipla.

Palavras-chave: Mola hidatiforme, Gestação múltipla, Restrição de Crescimento Fetal, Parto Pré-termo, Doença Trofoblástica Gestacional

PO - (20699) - HEMORRAGIA AGUDA EMERGENTE EM CONTEXTO DE CONSULTA

Sidonie Monteiro¹; Paulina Costa¹; Angela Silva¹; Andreia Fontoura Oliveira¹; Maria Manuel Torrão¹; Rita Trovão Sousa¹

1 - Centro Hospitalar Médio Ave

Resumo

Introdução: A placenta prévia (PP) deve ser investigada em todas as gestações com mais de 20 semanas, sendo a hemorragia vaginal não dolorosa o sintoma mais comum. Cerca de 90% das PP apresentam, pelo menos, um episódio de hemorragia até às 30 semanas. O número de episódios de hemorragia anteparto e a eventual necessidade de transfusão são considerados preditores independentes para cesariana emergente. A PP é ainda um fator de risco preponderante para hemorragia aguda severa peri-parto.

Objectivos: descrição de um caso clínico de PP

Metodologia: Revisão da literatura sobre PP, colheita de dados do processo clínico eletrónico.

Resultados: 40 anos, II Gesta, ICesariana, saudável, vigiada na consulta de obstetrícia por hipertireoidismo gestacional. Durante a ecografia do 3ºT foi diagnosticada uma placenta prévia posterior completa total, sem sinais aparentes de acretismo placentar. A grávida manteve-se assintomática, sendo que às 34 semanas e 0 dia, iniciou quadro de hemorragia vaginal aguda severa na consulta. Foi admitida, de imediato, no serviço de urgência, onde foi submetida a uma cesariana emergente, do qual resultou um RN de sexo feminino de 2330g, IA 8/9/10. Durante a cirurgia, houve necessidade de proceder à transfusão de 2 unidades de CE e 4 unidades de plasma fresco congelado. No pós-parto, apresentava uma anemia de 8.3g/dL, sem outras intercorrências de relevo, não se tendo registado qualquer episódio hemorrágico.

Conclusões: A morbilidade materno-fetal por PP encontra-se associada a hemorragia anteparto, peri e/ou pós-parto. Neste caso, reforçamos a feliz coincidência da grávida se encontrar em ambiente hospitalar aquando da hemorragia aguda severa, permitindo uma rápida atuação e um desfecho positivo.

Assim, reforçamos não só a importância de um diagnóstico atempado de uma PP, mas também da existência de protocolos de atuação emergente, com necessidade de transfusão de sangue em todas as situações de PP, de forma a melhorar o desfecho materno-fetal.

Palavras-chave: placenta prévia, hemorragia aguda, transfusão

PO - (20700) - PLACENTA PRÉVIA: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Ana Português Duarte¹; Vanessa Vieira¹; Joana Mafra¹; Cátia Silva¹; Elsa Nunes¹; Maria Do Céu Almeida¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Maternidade Bissaya Barreto

Resumo

Introdução: A Placenta prévia, cuja incidência tem aumentado, é uma das causas de hemorragia de 2º e 3º trimestre.

Objectivos: Caracterizar as grávidas com diagnóstico de placenta prévia e comparar alguns aspetos clínicos dos subgrupos com placenta prévia completa e marginal.

Metodologia: Estudo retrospectivo e analítico que incluiu grávidas cujo parto ocorreu na Maternidade Bissaya Barreto (MBB), entre 01/01/2017 e 15/10/2021.

Resultados: Este estudo incluiu 60 grávidas (prevalência de 0,5%) com idade média de 35 anos sendo que 62% eram múltiparas e destas 54% tinham cesariana anterior. No que respeita a outros antecedentes relevantes das grávidas, 7 (12%) tinham sido submetidas a uma cirurgia uterina anterior e 2 (3%) tinham história de placenta prévia numa gravidez anterior. Relativamente ao tipo de placenta prévia, 30 tratavam-se de placentas prévias completas e 30 placentas prévias marginais. Em ambos os grupos, as cesarianas foram o tipo de parto mais comum. No grupo das placentas prévias marginais ocorreram mais cesarianas urgentes ($p=0.000$) e o motivo mais frequente foi a hemorragia moderada/severa. Por outro lado, não se verificaram diferenças significativas no que diz respeito à existência de hemorragia ligeira antenatal ($p = 0,163$), idade gestacional média à data do parto (pré-termo em ambos, $p=0.450$), e necessidade de administração de ferro ($p = 0,173$) ou transfusão sanguínea ($p = 0,080$) no puerpério. Nesta amostra foram identificados 3 casos de vasa prévia (5%) e 1 caso de placenta percreta (2%).

Conclusões: Esta complicação obstétrica associa-se a risco de parto pré-termo e morbidade materna. Este estudo demonstrou que nas placentas prévias marginais ocorreram mais cesarianas urgentes por hemorragia moderada/severa.

Palavras-chave: Placenta prévia, Metrorragias, Cesariana

PO - (20702) - INSERÇÃO ANORMAL DO CORDÃO UMBILICAL E DPPNI: UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA NUM CENTRO TERCIÁRIO

Inês Castro¹; Marta Sales Moreira¹; Jorge Braga¹

1 - Centro Materno Infantil do Norte

Resumo

Introdução: O descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI) complica 0,4 a 1% das gravidezes. Apesar de vários fatores de risco terem sido identificados a fisiopatologia do descolamento placentar ainda não é totalmente compreendida. A inserção anormal do cordão umbilical já foi reportada como um dos fatores de risco associados. Na população geral está descrito que mais de 90% dos cordões umbilicais de gestações unifetais têm inserção central ou paracentral, sendo que a inserção marginal ocorre em cerca de 7% dos casos e a inserção velamentosa em 1%.

Objectivos: O objetivo deste estudo é a avaliação da prevalência de anomalias da inserção do cordão umbilical numa população com DPPNI

Metodologia: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo, onde foram selecionados todos os casos de suspeita de DPPNI submetidos a cesariana no período de 1 de outubro de 2017 a 1 de outubro de 2021, num centro terciário. Foram analisados os dados clínicos e demográficos das doentes em causa, através da consulta dos registos clínicos e analisados os relatórios de anatomia patológica da placenta e cordão umbilical. Foram excluídos 2 casos de gestações gemelares.

Resultados: No período analisado (4 anos) existiram 55 gravidezes complicadas com suspeita de DPPNI, incluindo 2 gestações gemelares, correspondendo a 0,43% dos cerca de 13350 nascimentos que ocorreram no mesmo período. Foram analisadas quanto ao local de inserção do cordão umbilical 53 placentas unifetais com suspeita de DPPNI: 71,7% tinham inserção do cordão normal (7,5% central, 64,2% paracentral) e 28,3% inserção anómala (22,6% marginal e 5,7% velamentosa).

Conclusões: No grupo de estudo, a prevalência de anomalias da inserção do cordão umbilical é superior ao descrito na população geral. As anomalias da inserção do cordão umbilical são um fator de risco associado ao DPPNI, no entanto são ainda necessários mais estudos para confirmar esta associação.

Palavras-chave: Inserção marginal; Inserção velamentosa; Descolamento prematuro da placenta normoinserida

PO - (20704) - CASO CLÍNICO – VASA PREVIA, UM ACHADO EM TRABALHO DE PARTO

Dinis Mateus¹; Fernanda Vilela¹; Ana Edral¹; Ângela Ferreira¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

Resumo

Introdução: A *vasa praevia* é uma complicação rara, potencialmente catastrófica, que ocorre quando os vasos sanguíneos fetais (não suportados por tecido placentário ou pelo cordão umbilical) percorrem as membranas fetais, havendo risco de rutura e subsequente exsanguinação.

Objectivos: Revisão do tema com base num caso clínico.

Metodologia: Consulta do processo clínico da utente.

Resultados: Grávida de 37 anos, gesta 3, para 2 (2 partos de termo eutócicos), seguida em consulta hospitalar de Obstetrícia por antecedentes de Epilepsia (controlada com levetiracetam e lamotrigina), e por diabetes gestacional controlada com dieta. Na ecografia das 20s3d, há a destacar “placenta anterior, grau II e cordão com inserção velamentosa”. Às 32s4d a descrição era de “placenta anterior, grau III, estimativa ponderal de 2206g (P41.5)”. A paciente foi internada às 39s5d em início de trabalho de parto. Aquando da realização do toque vaginal, com bolsa amniótica intacta, percecionou-se um vaso pulsátil em tecido mole antecedendo a apresentação fetal. A ecografia transvaginal documentou a “presença de vasos percorrendo as membranas à frente do pólo cefálico, sobre o orifício cervical interno”. Perante estes achados foi decidida cesariana emergente por suspeita de *vasa praevia* vs prolapso do cordão umbilical.

Intraoperatoriamente constatou-se a presença de um vaso de grande calibre sobre as membranas amnióticas, sugerindo *vasa praevia*, sem qualquer prolapso do cordão. O desfecho foi favorável, com um recém-nascido do sexo feminino com 2970g, índice de APGAR 9/10/10. O Estudo anatomo-patológico da placenta confirmou o diagnóstico intraoperatório de *vasa praevia*.

Conclusões: O caso descrito reforça a importância do diagnóstico (ecográfico) pré-natal como a solução para reduzir os riscos maternos e fetais numa situação de vasa prévia.

Palavras-chave: Vasa previa

GRAVIDEZ EM CICATRIZ DE CESARIANA

PO - (20674) - GRAVIDEZ EM CICATRIZ DE CESARIANA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÉUTICO

Carolina Carneiro¹; Sara Cunha¹; Matilde Martins¹; Inês Reis¹; Susana Leitão¹; José Carlos Silva¹; Augusta Pinto¹; Teresa Teles¹

1 - Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga

Resumo

Introdução: Gravidez em cicatriz de cesariana refere-se a uma gravidez com implantação placentária numa cicatriz de uma cesariana anterior. Apresenta uma incidência estimada de 1/800-1/2500 de todos os partos por cesariana. Está associada a múltiplas complicações como placentação anómala, ruptura uterina, hemorragia grave e histerectomia.

Objectivos: Alertar para a importância de suspeita diagnóstica e adequada orientação clínica em situações de gravidez em cicatriz de cesariana.

Metodologia: Descrição de caso clínico.

Resultados: Mulher de 37 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, 3G1P1IVG1A com uma cesariana anterior, um abortamento espontâneo do 1º trimestre e uma interrupção voluntária da gravidez, ambos com resolução médica. Apresentou-se no serviço de urgência com amenorreia de 5 semanas e queixas de hemorragia vaginal. Ao exame objetivo, apresentava uma perda hemática vaginal escassa, sendo que em ecografia transvaginal (TV) foi observado um saco gestacional (SG) localizado na região ístmica, com uma espessura miometrial residual adjacente ao SG de 3mm, tendo-se levando a hipótese de gravidez em cicatriz de cesariana. Face aos achados, foi decidida uma laparotomia exploradora, na qual se observou uma fragilidade da parede anterior do útero, na região ístmica, com aparente invasão trofoblástica ultrapassando a serosa. Foi realizada uma histerotomia segmentar inferior seguida pela extração do embrião e tecido trofoblástico, sem intercorrências. No pós-operatório, a doente apresentou uma evolução clínica favorável.

Conclusões: Na prática obstétrica actual, com a crescente taxa de cesarianas, é necessário ter em mente a hipótese diagnóstica de gravidez em cicatriz de cesariana. Neste caso clínico, a suspeita diagnóstica e orientação clínica atempada permitiram um desfecho favorável, sem complicações major.

Palavras-chave: nicho, cicatriz de cesariana, gravidez

PO - (20681) - GRAVIDEZ EM CICATRIZ DE CESARIANA: DIFERENTES ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Isabel Saavedra Rocha¹; Andreia Martins¹; Maria Henriques¹; Maria Vicente¹; Sara Rocha¹; Álvaro Cohen¹; Maria José Alves¹

1 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa-CHLC

Resumo

Introdução: A gravidez em cicatriz de cesariana (GCC) é uma gravidez ectópica (GE) cuja implantação do saco gestacional ocorre ao nível da cicatriz ou no “nicho” resultante de cesariana (CST) prévia e que deve ser completamente rodeado por miométrio e/ou tecido fibroso. Trata-se de uma situação com incidência crescente e que corresponde a 6,1% dos casos de GE em mulheres com CST anterior

Objectivos. Evidenciar a importância do correto diagnóstico e tratamento individualizado desta entidade. Procura-se ainda, contribuir para uma melhor compreensão deste tema e para o desenvolvimento de diretrizes que possam orientar os clínicos.

Metodologia: Exposição de três casos clínicos de GCC.

Resultados: Primeiro caso: 29 anos, cesariana anterior há 2 anos, referenciada por suspeita de GE cervical. Após avaliação, foi feito o diagnóstico de GCC evolutiva com 10 semanas. Tratada com injeção eco-guiada intra-amniótica de metotrexato (MTX) com posterior acompanhamento ecográfico e analítico seriado (b-HCG), confirmando-se a resolução do quadro em 6 semanas (b-HCG indetetável). Segundo caso: 30 anos, CST anterior há 11 anos, com diagnóstico GCC viável com 11 semanas, tratada com administração sistêmica e intracardíaca (guiada por ecografia) de MTX. A b-HCG negativou em 7 semanas, mas por persistência ecográfica do feto foi submetida a aspiração parcial da gravidez e, uma semana depois, a curetagem uterina para completar o procedimento, minimizando-se a perda hemática. Terceiro caso: 34 anos, CST anterior há 13 anos, com diagnóstico de GCC evolutiva de 6 semanas. Decidido tratamento com MTX intra-saco, seguida de uma descida paulatina do valor de b-HCG, o que motivou a administração de MTX sistêmico, verificando-se uma b-HCG negativa em 12 semanas.

Conclusões: Não existindo protocolos publicados em relação à terapêutica de GCC, o diagnóstico precoce é fundamental para minimizar complicações relacionadas e preservar a fertilidade. A injeção local de MTX associa-se a bons resultados, e sendo minimamente invasiva, deve ser considerada a 1ª opção terapêutica em determinados casos.

Palavras-chave: gravidez cicatriz de cesariana, gravidez ectópica, cesariana, tratamento médico, metotrexato

PO - (20698) - IMPLANTADO NA CICATRIZ – UM CASO RARO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA

Ana Português Duarte¹; Vanessa Vieira¹; Cátia Silva¹; Miguel Branco¹; Andreia Leitão Marques¹; Elsa Nunes¹; Maria Do Céu Almeida¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Maternidade Bissaya Barreto

Resumo

Introdução: A gravidez ectópica em cicatriz de cesariana é uma complicação rara da gravidez cuja incidência tem vindo a aumentar, paralelamente ao aumento deste tipo de parto. O diagnóstico é realizado por ecografia, permitindo na maioria dos casos uma atuação precoce.

Objectivos: Descrição de um caso de gravidez ectópica em cicatriz de cesariana e abordagem terapêutica.

Metodologia: Obtenção de dados através de registos no Sclinico®.

Resultados: Grávida de 36 anos, saudável, com antecedentes obstétricos de 1 cesariana e 1 aborto espontâneo precoce. Encaminhada para a Maternidade Bissaya Barreto por suspeita de gravidez ectópica endocervical cujo único sinal tinha sido uma metrorragia escassa 2 dias antes. Analiticamente, apresentava uma β -hCG livre de 15516 UI/L (sendo de 11491 UI/L, 48 horas antes). Ecograficamente visualizava-se saco gestacional fora da cavidade uterina, em cicatriz de cesariana, com vesícula vitelina de 4 mm e embrião de 2 mm de comprimento crânio-caudal com vitalidade. Perante estes achados, optou-se por administração sistémica de metrotrexato e instilação intra-saco ecoguiada de cloreto de potássio. Manteve-se vigilância ecográfica e analítica dos valores de β -hCG livre semanalmente. Após 6 semanas, o saco gestacional já não se visualizava ecograficamente e na semana seguinte os valores de β -hCG livre tinham normalizado.

Conclusões: A não interrupção de uma gravidez em cicatriz de cesariana tem riscos elevados que incluem a rotura uterina, hemorragia massiva, perda de fertilidade e até morte materna. Por esse motivo, a abordagem atual consiste na interrupção da gravidez, como exemplificado neste caso.

Palavras-chave: Gravidez ectópica, Cicatriz de cesariana, Tratamento

PO - (20707) - GRAVIDEZ EM CICATRIZ DE CESARIANA: UM CASO CLÍNICO

Maria Oliveira¹; Margarida Figueiredo¹; Rita Dunkel¹; Ana Marta Pinto¹; Sofia Pedrosa²; Catarina Maia³; Marisa Moreira¹; Helena Nascimento¹

1 - Centro Hospitalar Baixo Vouga; 2 - IPO Coimbra; 3 - Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Resumo

Introdução: A gravidez em cicatriz de cesariana é definida pela implantação de uma gestação inicial no local da histerotomia. É uma entidade rara acometendo 1:2000 gestações. O seu diagnóstico é ecográfico ou cirúrgico após visualização de uma massa/saco gestacional na localização mencionada. Dependendo do seu tamanho e localização pode invadir toda a espessura miometrial, bem como estruturas pélvicas adjacentes. O seu tratamento passará pela interrupção da gravidez face aos elevados riscos maternos associados, tais como rotura uterina, hemorragia massiva e histerectomia emergente.

Objectivos: Sensibilizar para a importância do diagnóstico precoce de gravidezes em cicatriz de cesariana.

Resultados: Grávida de 10 semanas, saudável, com 2 cesarianas anteriores recorre ao serviço de urgência por perda hemática vaginal. Ecograficamente apresentava um saco gestacional intrauterino(SGI) com 2 vesículas vitelinas(vv) e um embrião sem vitalidade medindo 5mm. Observava-se ainda imagem sugestiva de descolamento com 34x14mm. Uma semana depois evidenciava SGI irregular, no istmo, com 2 vv e esboço de placa embrionária com 2-3mm. Optou-se por iniciar tratamento médico para resolução de aborto retido. Retornou duas semanas após, tendo sido objetivada formação ístmica heterogénea medindo 43x39x27mm, muito vascularizada, sem plano de clivagem com a bexiga apesar de se visualizar linha hiperecogénica entre ambas; sem miométrio visível na zona anterior. Analiticamente, apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios e β -hCG de 3319mIU/ml. Decidiu-se internamento por aborto em cicatriz de cesariana para realização de antibioterapia e metotrexato sistémico. Durante o internamento apresentou boa evolução clínica e analítica. 7 semanas após a administração de metotrexato apresentou resolução completa com β -hCG negativa e sem alterações ecográficas visíveis.

Conclusões: A gravidez em cicatriz de cesariana é um importante diagnóstico diferencial em mulheres em idade fértil com cesarianas anteriores, uma vez que a sua incidência tem vindo a aumentar e o seu diagnóstico precoce é essencial para um tratamento atempado e para a redução da morbimortalidade associada.

Palavras-chave: Gravidez em cicatriz de cesariana

OUTROS

PO - (20643) - SARS-COV2 E ABORTO ESPONTÂNEO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Catarina Toscano¹; Maria Vilaça¹; Vera Silva¹; António Pipa¹; Isabel Torres¹
1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

Resumo

Introdução: A pandemia COVID-19 estabeleceu-se como um problema de saúde a nível global. Já estão descritas complicações maternas associadas à infecção por SARS-Cov2, mas pouco se sabe das possíveis alterações na placenta e no embrião/feto.

Alguns estudos relatam abortos relacionados com a infecção por SARS-Cov2 devido a insuficiência placentária ou alterações devido a presença do vírus.

Objectivos: Descrição de um caso clinico de aborto espontâneo, em contexto de infecção materna por SARS-Cov2.

Metodologia: Consulta do processo clínico da grávida.

Resultados: Grávida de 7 semanas (datação ecográfica), 35 anos, G3P0A2 (dois abortos espontâneos no 1º Trimestre), doença COVID-19 recente (sem teste de cura na alta clinica). Vigilância obstétrica em consulta hospitalar de obstetrícia – Alto Risco, com o diagnóstico de síndrome de anticorpos antifosfolipidicos, medicada com ácido acetilsalicílico e heparina de baixo peso molecular profiláctica.

Dirigiu-se ao Serviço de Urgência por perda hemática abundante. Foi objectivado hemorragia franca com restos ovulares, e a amostra foi enviada para exame anatomopatológico. O estudo analítico não revelou padrão compatível com infecção aguda.

O estudo anatomopatológico revelou “saco gestacional intacto, fenótipo favorável ao diagnóstico de aborto hidrópico com coocorrência de hiperplasia atípica e necrose fibrinoide extensa do trofoblasto sem lesão inflamatória significativa. A hidropsia e a necrose fibrinoide do trofoblasto é um fenótipo descrito como podendo traduzir potencial infecção placentar por SARS-Cov2”.

Conclusões: A associação entre a infecção COVID-19 e aborto está em constante debate. Não existe informação sobre o efeito da infecção SARS-Cov2 na embriogénese e organogénese precoce. Este caso clinico revela a necessidade de mais estudos sobre aborto em grávidas com doença COVID-19, mesmo na presença de patologias associadas a abortos recorrentes.

Palavras-chave: Aborto espontâneo, SARS-Cov2

PO - (20668) - TUMORES PLACENTÁRIOS BENIGNOS: DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

Jorge Vasconcelos¹; Mariana Teves¹; Maria Inês Raposo¹; Ana Lima¹; Carlos Ponte¹
1 - Hospital do Divino Espírito Santo

Resumo

Introdução: Os corioangiomas são os tumores placentários benignos mais frequentes, ocorrendo em cerca de 1% de todas as gestações. Outras massas placentárias benignas são ainda mais raras. A maioria dos corioangiomas são pequenos e assintomáticos, já os maiores podem associar-se a várias complicações materno-fetais. A ecografia obstétrica tem um papel importante na abordagem destas massas.

Objectivos: Descrever um caso clínico com relevância clínica, colocando em evidência as dificuldades no diagnóstico pré-natal deste tipo de lesões.

Metodologia: Caso clínico de uma grávida inicialmente observada no SU às 9 semanas de gestação.

Resultados: Aqui descrevemos um caso de uma grávida com 9s de gestação na qual a ecografia obstétrica revelou uma massa placentária com cerca de 40x37x10 de maiores eixos, hipoecogénica e bem delimitada. Por imagem compatível com corioangioma iniciou seguimento hospitalar com vigilância ecográfica seriada. Ao longo da gestação não se observou crescimento da massa ou complicações associadas ao corioangioma. A gravidez resultou num parto eutócico às 36s sem intercorrências, observando-se uma massa nodular regular na face fetal da placenta. Após avaliação histológica da placenta, a destacar, nódulo com 42x33x13 mm constituído exclusivamente por fibrina, não se identificando corioangioma.

Conclusões: O caso descrito revela uma massa que, embora não seja um corioangioma, foi assumida como tal, dado às semelhanças ecográficas. O diagnóstico definitivo é histológico após o parto e apesar de não se ter confirmado a suspeita inicial neste caso clínico, e uma vez que o diagnóstico definitivo pré-natal não está disponível, somos da opinião que a abordagem a esta massa e a vigilância e monitorização à qual foi sujeita foi necessária para não deixar passar as eventuais complicações no caso de se confirmar a hipótese de corioangioma. Aqui foi posta em evidência a dificuldade no diagnóstico deste tipo de massas.

Palavras-chave: Corioangioma; Massa placentária

PO - (20671) - DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERIDA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Vanessa Vieira¹; Ana Português Duarte¹; Joana Mafra¹; Cátia Silva¹; Joana Palmira Almeida¹; Maria Do Céu Almeida¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Maternidade Bissaya Barreto

Resumo

Introdução: O descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI) complica cerca de 0,2-1% das gestações, sendo uma das principais causas de metrorragia do segundo e terceiro trimestres.

Objectivos: Caracterização das gestações complicadas por DPPNI num centro de referência materno-fetal.

Metodologia: Foram incluídas todas as gestações complicadas com DPPNI no nosso centro, entre janeiro de 2016 e junho de 2021. A análise estatística foi realizada no software IBM SPSS Statistics 26[®].

Resultados: Obtivemos 46 casos de DPPNI (prevalência de 0,003%). A média de idade materna foi 33,7 anos, a maioria primíparas (52,2%), com antecedentes de mau passado obstétrico em 8,7% dos casos.

A idade gestacional média do parto foi 35,8 semanas, tendo sido realizada cesariana em 69,6% dos casos, com o sofrimento fetal agudo a protagonizar a indicação para esta via de parto (68,8%). O índice de apgar médio foi de 8, 9 e 9 aos 1^o, 5^o e 10^o minutos, respetivamente. O peso ao nascimento foi inferior a 2500gr em 43,5% dos casos. Houve necessidade de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais em 29,5% dos recém nascidos, com tempo médio de internamento de 14 dias. A morte fetal/neonatal ocorreu em 10,9% dos casos.

Foi analisada a influência da via de parto na necessidade de suplementação com ferro endovenoso e no tempo médio de internamento das puérperas. Identificou-se uma diferença estatisticamente significativa na necessidade de suplementação das mulheres com parto por cesariana ($p=0,037$), no entanto, não foram verificadas diferenças nos tempos médios de internamento ($p=0,138$).

Das placentas com análise histopatológica ($n=35$), 37,1% não mostraram alterações

Conclusões: O DPPNI é uma complicação obstétrica que pode ter graves implicações maternas e perinatais, representando um dos motivos mais frequentes de cesariana emergente. O seu diagnóstico é clínico, sendo que a análise histopatológica placentar é apenas concordante em aproximadamente metade dos casos.

Palavras-chave: Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida, Metrorragia, Cesariana Emergente

PO - (20686) - COVID-19: DESFECHOS OBSTÉTRICOS EM TRÊS GRÁVIDAS COM NECESSIDADE DE INTERNAMENTO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marta Henriques Costa²; Sílvia Policarpo¹; Ana Vaz³; Marina Moucho⁴

1 - Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Universitário São João; 2 - Serviço de Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário de São João; 3 - Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar Universitário São João; 4 - Diretora de Serviço, Serviço de Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário São João

Resumo

Introdução: Estudos recentes sugerem que a COVID-19 parece estar associada a maior morbimortalidade na gravidez.

Metodologia: Consulta do processo clínico eletrónico (ObsCare e SClínico) das grávidas infectadas por SARS-CoV-2 com necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) durante 2021.

Resultados: Reportamos três casos de infeção grave, em grávidas com idades compreendidas entre os 26 e os 37 anos, tendo duas delas obesidade como comorbilidade. Nenhuma das grávidas estava vacinada. Sintomas iniciais no 2º trimestre em dois casos e no 3º no outro. Foram transferidas de outros hospitais, uma por insuficiência respiratória hipoxémica grave para UCI nível 2; as outras duas por necessidade de Oxigenação por Membrana ExtraCorporal (ECMO).

Desfechos obstétricos: no primeiro caso terminou-se a gravidez às 29 semanas e 6 dias, após maturação pulmonar fetal, por agravamento da função respiratória com necessidade de ventilação invasiva. O segundo caso, por insuficiência respiratória grave, beneficiou de estratégia de awake ECMO, que possibilitou uma vigilância materno-fetal otimizada durante o desmame do suporte respiratório. Teve alta com oxigenoterapia a 2L/min, orientada para reabilitação pulmonar e motora. Gravidez em curso, complicada de diabetes gestacional. No 3º caso, a doente iniciou ECMO já com insuficiência respiratória refratária em ventilação invasiva, sem nunca ter sido possível levante de sedoanalgesia ou bloqueio neuromuscular durante o primeiro mês. Foi submetida a cesariana urgente às 28 semanas e 6 dias por alteração da fluxometria umbilical com fluxo diastólico final invertido. O feto apresentava derrame pleural bilateral moderado e ascite de pequeno volume. Recém-nascido acabou por falecer nos primeiros minutos de vida apesar dos esforços de reanimação. A puérpera teve resolução da insuficiência respiratória ao fim de 8 semanas.

Conclusões: Apesar de poder estar associada a um prognóstico grave, uma vigilância clínica apropriada com adequação terapêutica precoce pode resultar em outcomes mais favoráveis para a grávida e recém-nascido.

Palavras-chave: COVID-19, ECMO

PO - (20690) - INSERÇÃO VELAMENTOSA DO CORDÃO E RESTRIÇÃO DO CRESCIMENTO FETAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Mariana Solinho¹; Ana Filipa Maia¹; Paula Barroso¹

1 - Hospital de Santarém

Resumo

Introdução: Na inserção velamentosa, a extremidade do cordão umbilical que se insere na placenta é constituída por vasos umbilicais divergentes circundados apenas por membranas fetais. Devido à ausência da proteção normalmente conferida pela geleia de Wharton, esta extremidade do cordão está mais facilmente sujeita a compressão, torção ou até rotura. A inserção velamentosa do cordão umbilical está presente em 1% das gestações unifetais e tem sido associada a um aumento de complicações obstétricas, nomeadamente restrição de crescimento fetal.

Objectivos: Descrição de caso clínico.

Metodologia: Consulta do processo clínico eletrónico (SCLínico).

Resultados: Primigesta de 32 anos, sem antecedentes de relevo.

A grávida foi referenciada à consulta de gravidez de risco clínico do Hospital de Santarém às 27 semanas de gestação, com o diagnóstico de inserção velamentosa do cordão efetuado na ecografia morfológica. Nessa mesma ecografia, o feto apresentava uma estimativa de peso fetal no P50, não foram visualizadas malformações e a placenta era posterior alta.

Na ecografia do 3º Trimestre, realizada às 32 semanas e 4 dias, verificou-se um cruzamento negativo de percentis ($P50 > P5/10$) com estudo doppler fetal e fluxometria das artérias uterinas normais. Esta tendência manteve-se nas avaliações seriadas seguintes, sendo que na última avaliação às 36 semanas a estimativa de peso fetal correspondia ao P3. Mantendo-se as fluxometrias sem alterações, programou-se a indução do trabalho de parto para as 37 semanas.

Conclusões: A avaliação sistemática do local de inserção do cordão umbilical na placenta através da ecografia obstétrica de rotina permite identificar gestações com inserção velamentosa do cordão. Esta entidade tem sido associada a um aumento da morbimortalidade perinatal, pelo que, o seu-diagnóstico pré-natal possibilita identificar as gestações com risco de complicações obstétricas, adaptando a vigilância e prevenindo desfechos adversos.

Palavras-chave: Inserção velamentosa do cordão, Restrição do crescimento fetal

PO (20692) - INFEÇÃO POR SARS-COV-2 NA GRAVIDEZ E A SUA TRADUÇÃO HISTOLÓGICA PLACENTAR

Maria Rui Torres¹; Andreia Miranda¹; Sara Silva¹; João Pedro Prata¹; Rosete Nogueira²; Paula Pinheiro¹

1 - *Unidade Local de Saúde do Alto Minho*; 2 - *Centro de Genética Clínica e Patologia, S.A.*

Resumo

Introdução: A pandemia COVID-19 condicionou a necessidade de adaptação de técnicas de prevenção, diagnóstico e tratamento em todas as áreas médicas, não constituindo a Obstetrícia uma exceção. A infeção na gravidez por SARS-CoV-2 incitou a investigação das suas consequências e prognóstico da gestação, bem como na sua transmissão vertical. A existência de viremia materna, condiciona a possibilidade de infeção placentária, possibilitando a transmissão materno-fetal, que ocorre em 1% a 3% dos recém-nascidos expostos.

Objectivos: Pretende-se descrever os achados histopatológicos mais frequentes em placentas num grupo de mulheres infetadas por SARS-CoV-2 durante a gravidez.

Metodologia: Procedeu-se à análise descritiva do estudo anatomo-patológico (realizado em laboratório externo) das placentas de grávidas que testaram positivo para infeção por SARS-CoV-2 num hospital de cuidados de apoio perinatal nível 2.

Resultados: Nesta análise foram incluídas dezanove placentas submetidas a exame histológico. Este estudo revelou resultados variáveis, sendo os mais comuns má perfusão vascular materna e fetal, baixo peso placentário, corangiome, enfarte parenquimatoso, esclerose fibromuscular e coriodecidualite crónica linfocítica com vilite.

Em apenas um dos casos se verificou infeção por SARS-CoV-2 no recém nascido, inferindo-se transmissão vertical. Neste caso havia achados sugestivos de infeção placentária, como intervillite crónica histiocítica, associada a necrose trofoblástica, sendo esta posteriormente confirmada por técnicas de biologia molecular. A existência destes achados não se traduziu no agravamento do desfecho obstétrico.

Conclusões: Apesar do reconhecimento da existência de infeção da placenta por SARS-CoV-2, não existem atualmente critérios histopatológicos que, por si só, permitam inferir esse diagnóstico.

A presença de achados patológicos a nível placentário, isoladamente, não se associou a um agravamento do desfecho materno-fetal, do ponto de vista obstétrico.

A carência de achados patognomónicos, bem como o escasso recurso a técnicas de biologia molecular, dificultam o estabelecimento de uma correlação entre os padrões histológicos mais frequentemente descritos e a sua potencial correlação com a transmissão vertical da doença.

Palavras-chave: SARS-CoV-2, Placenta, Estudo Anatomo-patológico, Transmissão vertical, Gravidez