

ANAIS DO I SIMPÓSIO NORTE-MINEIRO DE SAÚDE DA MULHER



Apoio:



ORGANIZADORES DO I SIMPÓSIO NORTE-MINEIRO DE SAÚDE DA MULHER

- André Augusto Dias Silveira;
- Cárin Michelle Rodrigues Neves;
- Caroline Dalva Magalhães Medeiros;
- Daniel Paiva Galvão;
- Douglas Vitor Maia Pereira;
- Giovana Santarossa Lopes Guimarães;
- Isabella Taynah Rodrigues Nogueira;
- Isadora Martins Naves Alves;
- José Soares de Souza Oliveira;
- Juliana Brito Lima;
- Juliana Fonseca Xavier;
- Juliana Rocha Caldeira;
- Jonh Arieu Teixeira Batista;
- Kamilla Cardoso Gomes;
- Lais Lane Silva Matoso;
- Ludmila Cotrim Fagundes;
- Marden Yuri Mota Oliveira;
- Mariana Sales Oliveria;
- Mariane Silva Oliveira Martins;
- Marianna Amorim Antunes;
- Maria Paula Veloso Teixeira;
- Michele Versiani e Silva;
- Yamila Audrey Santos Costa.

PROFESSORES COORDENADORES

- Silvan Márcio de Oliveria;
- Anderson Gonçalves de Souza.

INTEGRANTES DA COMISSÃO CIENTÍFICA

- Douglas Vitor Maia Pereira;
- Isadora Martins Naves Alves;
- Juliana Brito Lima;
- Ludmila Cotrim Fagundes;
- Mariana Amorim Antunes;
- Maria Paula Veloso Teixeira;
- Yamila Audrey Santos Costa.

INTEGRANTES DA BANCA AVALIADORA

- Daniel Antunes Freitas;
- Danielle Flávia Gomes;
- Grace Silva Barbosa.

PATROCINADORES

I SIMPÓSIO NORTE MINEIRO DE
SAÚDE DA MULHER

PATROCINADORES E APOIADORES

PATROCÍNIO:

 **INSTITUTO DE PATOLOGIA**
DO NORTE DE MINAS
ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

SILVAN MÁRCIO DE OLIVEIRA
Ginecologista Obstetra
Cirurgião Ginecológico

(38) 32221-6246
(38) 99941-4846
(38) 99986-7045

 **Ressonar**
I M A G E N S M É D I C A S

ANABELA SALES OLIVEIRA
Psicologia Clínica
Especialista em Terapia Sistêmica
Atendimento individual, casal e família

APOIO:



 **Ressonar**
I M A G E N S M É D I C A S

 **Unimontes**
Universidade Estadual de Montes Claros

**23 e 24 de
Novembro**

Local:
Auditório CCBS UNIMONTES
Inscrição: R\$ 30

PROGRAMAÇÃO



I SIMPÓSIO NORTE MINEIRO DE SAÚDE DA MULHER

PROGRAMAÇÃO

SEXTA - 23 DE NOVEMBRO

- 18:00 Credenciamento
- 19:00 Abertura
Palestrante: Silvan Márcio de Oliveira (Ginecologia/Obstetria)
- 19:30 Saúde da Mulher na Atenção Primária
Palestrante: Ana Paula Figueiredo G. de Almeida (Medicina da Família e Comunidade)
- 20:10 Terapia de Reposição Hormonal
Palestrante: América Maria Eleutério (Ginecologia/Obstetria)
- 20:50 Encerramento e Coffee Break

SÁBADO - 24 DE NOVEMBRO

- 08:00 Amniorrexe Prematura Pré-termo
Palestrante: Larissa Bandeira V. de Abreu (Ginecologia/Obstetria)
- 08:40 Abdômen Agudo na Mulher
Palestrante: Thaís Crespo (Cirurgia geral)
- 09:20 Coffee Break
- 09:40 Desafios e Controvérsias na Condução dos Tumores Borderline de Ovário
Palestrante: Jean Mendes Wanderley (Ginecologia/Obstetria)
- 10:20 Mesa Redonda de Ginecologia (Casos Clínicos)

INTERVALO

- 14:00 Mesa Redonda de Obstetria (Casos Clínicos)
- 15:00 Atuação da Fisioterapia na Saúde da Mulher
Palestrante: Maika Campos (Fisioterapia)
- 15:40 Coffee Break
- 16:00 Procedimentos Minimamente Invasivos em Mastologia
Palestrante: Bertha Andrade Coelho (Mastologia)
- 16:40 Encerramento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
CASOS CLÍNICOS.....	8
1) <i>ADENOMA HEPATOCELULAR E USO DE ANTICONCEPCIONAL ORAL PRONLONGADO: RELATO DE CASO</i>	9
2) <i>ARTERITE DE TAKAYASU DIAGNOSTICADA NA GRAVIDEZ</i>	12
3) <i>CISTO OVARIANO HEMORRÁGICO: RELATO DE CASO</i>	16
4) <i>DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA - RELATO DE CASO</i>	19
5) <i>GESTAÇÃO ESPONTÂNEA E ABORTOS DE REPETIÇÃO NA SÍNDROME DE TURNER</i>	21
6) <i>GESTAÇÃO HETEROTÓPICA</i>	23
7) <i>GESTAÇÃO MÚLTIPLA COM ÓBITO DE UM GÊMEO: RELATO DE CASO</i>	25
8) <i>LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO ASSOCIADO À HIPERTENSÃO GESTACIONAL E RISCO DE PRÉ-ECLÂMPSIA NA GESTAÇÃO</i>	27
9) <i>RELATO DE CASO CRESCIMENTO FETAL DISCORDANTE EM GESTAÇÃO GEMELAR</i>	33
10) <i>RELATO DE CASO SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER</i>	35
11) <i>TORÇÃO DE PEDÍCULO VASCULAR DE CISTO OVARIANO: RELATO DE CASO</i>	37

APRESENTAÇÃO

I SIMPOSIO NORTE-MINEIRO DE SAÚDE DA MULHER se realizou nos dias 23 e 24 de novembro de 2018 no Auditório Mario Ribeiro da Silveira, no campus sede da Universidade Estadual de Montes Claros, na cidade de Montes Claros, em Minas Gerais.

O evento foi idealizado por acadêmicos do curso de medicina das Faculdades Integradas do Norte de Minas e Universidade Estadual de Montes Claros. Teve como objetivo discutir e esclarecer sobre a promoção da saúde da mulher e a prevenção de doenças ginecológicas, obstétricas e de mama. Dentre os palestrantes, o evento contou com a presença de profissionais das áreas de ginecologia e obstetrícia, mastologia, fisioterapia, cirurgia e medicina da família. O Simpósio foi chancelado pela Universidade Estadual de Montes Claros. O público alvo foi acadêmicos e profissionais da área da saúde.

Na programação, foram incluídas mesas-redondas para discussão de casos clínicos apresentados por acadêmicos e comentadas por profissionais de ginecologia e obstetrícia. Os casos clínicos foram analisados pela comissão científica e banca avaliadora para apresentação no evento e publicação desta edição da Revista Eletrônica Acervo Saúde.

CASOS CLÍNICOS

ADENOMA HEPATOCELULAR E USO DE ANTICONCEPCIONAL ORAL PRONLONGADO: RELATO DE CASO

Autores: Cesário Vitor Maia Pereira¹; Laniel Aparecido Bueno²; André Augusto Dias Silveira²; Patrícia Mameluque e Silva*

¹Acadêmico de Medicina da UNIMONTES; e-mail: cesariovitormaia@gmail.com;

²Acadêmico de Medicina da UNIMONTES

*Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO

APRESENTAÇÃO DO CASO

História Clínica

Paciente de 34 anos, sexo feminino, assintomática, em uso de anticoncepcional oral há 15 anos, realiza ultrassonografia (USG) de abdome superior para pesquisa de esteatose hepática a pedido de endocrinologista.

Exame físico

Paciente ativa, colaborativa e comunicativa. Mucosas úmidas e normocoradas. Escleras anictéricas. Ausência de lesões elementares dermatológicas.

Aparelho digestório: ruídos hidroaéreos presentes e fisiológicos. Percussão predominantemente timpânica; fígado abaixo do rebordo costal à percussão. Ausência de massas à palpação; fígado não palpável.

Exames complementares

À USG é visualizado parênquima hepático com ecotextura heterogênea, às custas de volumosa massa, isoecogênica e heterogênea, com contornos regulares, com focos de

calcificação de perimeio, medindo cerca de 9,0 cm, localizada em lobo hepático direito, sem fluxo sanguíneo em seu interior ao estudo Doppler (Figura 1).

Realizada Ressonância Magnética (RM) de abdome superior evidenciando massa arredondada, de contornos regulares, ocupando grande parte do segmento VII do fígado, estendendo-se até a região superior do segmento VI, medindo cerca de 10,0 x 9,6 cm x 8,1 cm, nos eixos transversal, longitudinal e ântero posterior, respectivamente (Figura 2). Pesquisa de antígeno carcinoembrionário CA-125 negativo, sendo levantada a hipótese de adenoma hepático.

Diagnóstico

Adenoma hepático.

Conduta

Paciente foi submetida à hepatectomia segmentar direita (segmentos VI e VII). Apresentou dorsoalgia em pós-operatório imediato e, posteriormente, evoluiu sem intercorrências. O exame anatomopatológico da massa extraída revelou adenoma hepatocelular.

ANEXOS



Figura 1. Massa volumosa em lobo hepático direito visualizada pela USG de abdome superior.

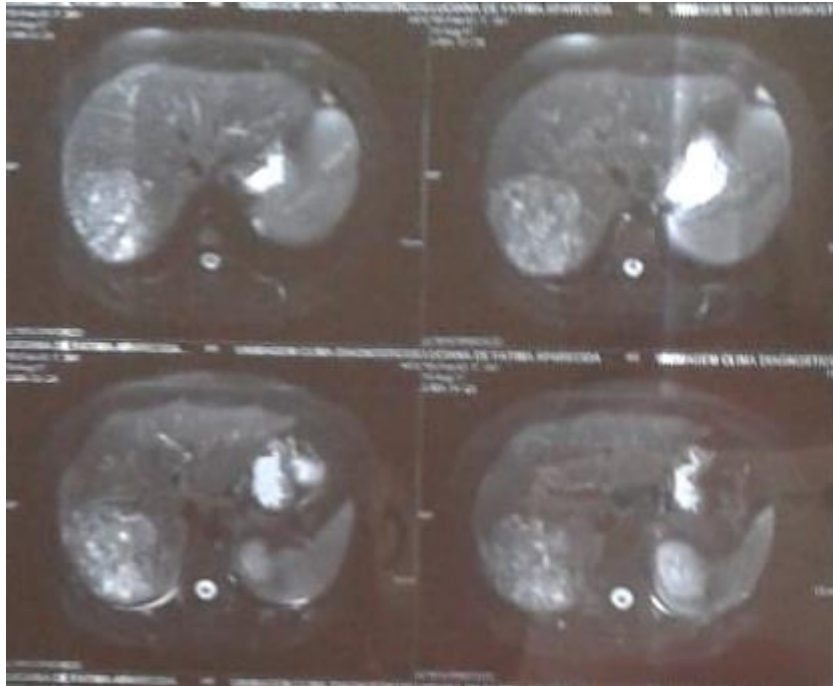


Figura 2. Massa arredondada em segmentos VI e VII do fígado, demonstrada pela RM de abdome superior.

ARTERITE DE TAKAYASU DIAGNOSTICADA NA GRAVIDEZ

Autores: Natália Evelyne Carvalho Araújo¹, Jose Soares de Souza Oliveira², Thamires Isabella Souto*

¹Discente de medicina, ICS/FUNORTE, naatyaraujo@hotmail.com;

²Discente de medicina, ICS/FUNORTE;

*Orientador.

APRESENTAÇÃO DO CASO

História clínica

M.C.S, sexo feminino, 32 anos, descendência asiática, primigesta, 25 semanas de gestação, procedente de Botumirim-MG, chega a uma consulta ambulatorial com queixa de dor torácica. Episódios parecidos já ocorreram, embora dessa vez não cessasse com uso de Nitrato. Relata também fraqueza nos membros inferiores com início concomitante. Traz Doppler de artérias carótidas e vertebrais solicitado há 6 meses após episódio de síncope. O Doppler realizado revelou espessamento importante da parede das artérias carótidas comuns, com obstrução de 60% das artérias carótidas externas, obstrução de 10% na carótida interna direita e 40% na carótida interna esquerda.

Diagnosticada com HAS aos 21 anos de idade, realiza acompanhamento desde então na ESF de seu bairro, faz uso de atenolol 100 mg/dia e clortalidona 25 mg/dia. Histórico de diversas internações hospitalares devido a crises hipertensivas refratárias ao tratamento ambulatorial. Nega outras comorbidades, nega etilismo e tabagismo, nega alergias medicamentosas. Realizou até o momento 03 (três) consultas de pré-natal de alto risco, calendário vacinal atualizado de acordo com o Ministério da Saúde. Mãe e um irmão também hipertensos, nega outras patologias familiares.

Exame físico

Geral: Paciente bem orientada no tempo e espaço, fâcies atípica, normocorada, anictérica, acianótica, tempo de enchimento capilar lentificado (> 3 segundos), claudicante. Tireoide anatômica e fibroelástica.

Sinais vitais: FC: 102 bpm; FR: 24 irpm; PA em MSD: 200x120mmHg, PA em MSE: 180x100 mmHg; Temperatura axilar: 36,7°C.

Pulmonar: Tórax simétrico, expansibilidade preservada bilateralmente. Frêmito toracovocal presente e simétrico. Som claro pulmonar à percussão. Murmúrio vesicular bilateral, sem ruídos adventícios.

Cardíaco: Pulsos arteriais, braquial, femoral e pedioso diminuídos e assimétricos. Ictus cordis visível e palpável no 3º espaço intercostal esquerdo. Ritmo cardíaco regular em dois tempos com bulhas normofonéticas. Presença de sopro protodiastólico aspirativo em foco aórtico com irradiação para foco mitral e sopro carotídeo bilateral e de subclávia bilateral.

Abdome: Abdome gravídico com presença de circulação colateral. Ruído hidroaéreo presente. Ausência de sopro de aorta abdominal.

Ginecológico Obstétrico: G1P0A0, 25 semanas de gestação, BCF de 140bpm, ausculta placentária normal. Altura uterina 24cm, compatível com idade gestacional.

Exames complementares

Tabela 1 – Exames laboratoriais

Hemograma	Valores obtidos	Valores referenciais
Hemácias	3,00 milhões/mm ³	4,0-5,4 milhões/mm ³
Hemoglobina	9,10 g/dl	11,3-16,3 g/dl
Hematócrito	27,30%	36-48%

VCM	85,70fl	77-92 fl
HCM	30,90 pg	27-32 pg
CHCM	32,88 g/dl	30-35 g/dl
RDW	12,8%	10-14%
Global de leucócitos	5.100/mm ³	4.500-10.000/mm ³
Contagem plaquetas	310.000/mm ³	150.000-450.000/mm ³
Marcadores inflamatórios	Valores obtidos	Valores referenciais
PCR	24 mg/dL	< 8 mg/dL
VHS	60 mm/Dl	< 10 mm/dL
Marcadores de necrose miocárdica	Valores obtidos	Valores referenciais
TnT	Negativo	< 0,03 ng/mL
CK-MB	Negativo	4,5 ng/mL

Eletrocardiograma (em anexo¹)

Diagnóstico

A hipótese diagnóstica inicial foi de uma Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Após segunda avaliação, em regime hospitalar, da história clínica, exames complementares e critérios do

Colégio Americano de Reumatologia de 1990 (CAR-1990) foi diagnosticada com arterite de Takayasu.

Conduta

Paciente encaminhada ao Pronto Socorro com urgência para manejo da dor torácica atual.

ANEXOS

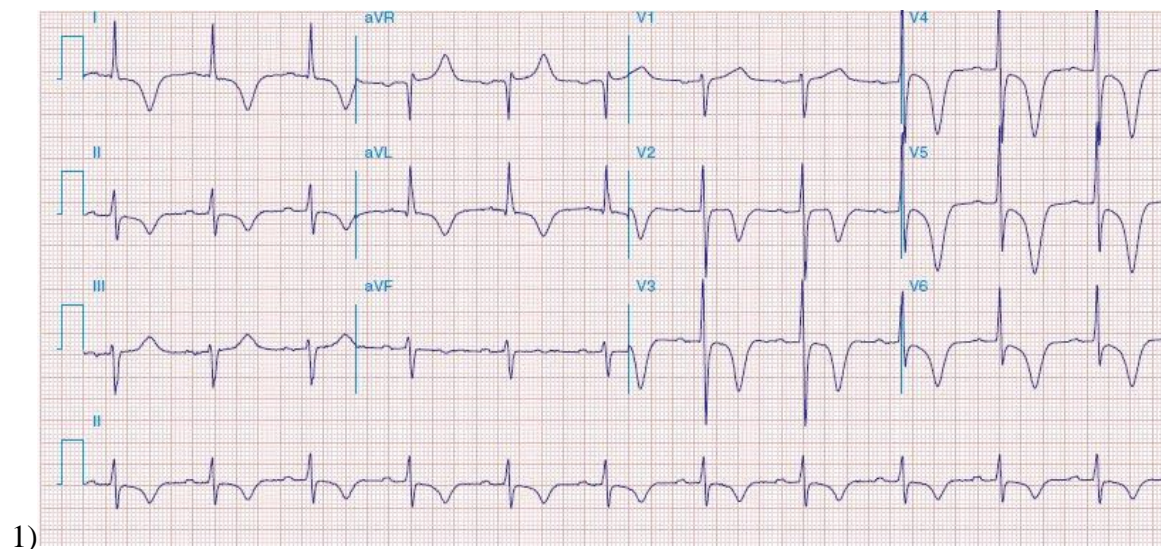


Figura 1 - Disponível em: <http://blogdoecg.blogspot.com.br/2010/04/tracado-7-de-sindrome-isquemica.html> (Acesso em: 05/11/2018)

CISTO OVARIANO HEMORRÁGICO: RELATO DE CASO

Autores: Cesário Vitor Maia Pereira¹; André Augusto Dias Silveira²; Ludmila Cotrim Fagundes²; Antonio Silveira de Sá*

¹Acadêmico de Medicina da UNIMONTES; E-MAIL: cesariovitormaia@gmail.com;

²Acadêmico(a) de Medicina da UNIMONTES

*Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina Ciências Médicas/Santa Casa de Misericórdia

APRESENTAÇÃO DO CASO

História clínica

Paciente CVLA, sexo feminino, 23 anos, nulípara, faioderma, estudante, natural e procedente de Montes Claros, procura atendimento médico em hospital acompanhada pela mãe. Apresenta como queixa principal “dor no pé da barriga”.

Informa dor em hipogástrio iniciada hoje pela manhã com piora progressiva, irradiando para hipocôndrio direito. Relata também dor em pontadas ao urinar. Queixa ainda de calafrios e sintomas autossômicos devido à dor. Nega febre, corrimento ou sangramento. Paciente não relaciona com a alimentação. Foi avaliada pela clínica médica e encaminhada para a ginecologia. Nega comorbidades, alergias e cirurgias prévias. Data da última menstruação 05 de Outubro de 2018(há 23 dias). Informa utilizar anticoncepcional oral, com uso regular.

Exame físico

Paciente em posição antálgica, bom estado geral, hidratada e normocorada, abdômen plano, livre, doloroso em fossa ilíaca direita e hipocôndrio direito, Giordano negativo.

Exames complementares

Hemograma:

Hemácias: 3.750.000/mcl (VR: 4,5-5,9 milhões)

Hemoglobina: 11,8g/dl (VR: 12,0 a 17,5 g/dL)

Hematócrito: 34% (VR: 36 a 53%)

VCM: 90.7/ FL (VR: 82-100)

HCM: 31.5 /pg (VR: 25-34)

CHCM: 34,7g/dl(VR: 32-36)

RDW: 12,5 (VR: 11,5 a 15%)

Leucograma:

Global de Leucócitos: 11.020/mcl (VR: 4.500 a 10.000 mm³)

Bastonetes: 4% (VR: 0 a 4%)

Segmentados: 58% (VR: 40 -65%)

Eosinófilos: 3% (VR: 0,5 - 6%)

Monócitos: 6% (VR: 2 - 10%)

Linfócitos típicos: 29% (VR: 20 - 40%)

Contagem de plaquetas: 296.000/mm³ (VR: 150.000 - 450.000/mm³)

PCR: 8.90 mg/l (Negativo: inferior a 5)

VHS: 10 mm/h (VR: 0-20mm)

EAS: sem alterações, flora aparentemente normal, muco presente.

BETA HCG: Negativo

Ultrassom: Útero em AVF com eixo centrado, forma habitual e contornos regulares, volume de 46,1cm³. Ovário direito com forma usual e dimensões aumentadas com volume de 45,3cm³, formação cística anecoica com debris. Ovário esquerdo com forma, textura e dimensões habituais.

Achados sugestivos de cisto hemorrágico no ovário direito. Pequena quantidade de líquido livre na cavidade pélvica.

Tomografia Computadorizada: Sangue livre em cavidade

Diagnóstico

A dor em hipocôndrio direito de início agudo, com piora progressiva e rápida, aliada ao exame físico com dor à palpação e aos achados do Ultrassom levam ao diagnóstico de Cisto Ovariano Hemorrágico. Pelos achados de Beta HCG negativo e EAS normais, é possível descartar outros possíveis diagnósticos como gestação ectópica e infecção urinária.

Conduta

Devido aos exames laboratoriais dentro da normalidade e o bom estado geral no momento, foi realizada observação da paciente e analgesia intravenosa. Após reavaliar, conversamos com a paciente e explicamos os tratamentos possíveis, ela optou pelo tratamento conservador. Orientamos a paciente e sua mãe sobre os cuidados observacionais, foi prescrito ácido fólico, sulfato ferroso e Piroxican. Solicito exames para controle.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA - RELATO DE CASO

Autores: Nathalia Braga Pereira¹; Marina Rodrigues Chaves²; Antônio Silveira de Sá³

¹ Acadêmica de Medicina de Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes);
nathalia.brg@hotmail.com;

² Acadêmica de Medicina de Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)

³ Médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia

APRESENTAÇÃO DO CASO

História Clínica

Mulher de 46 anos de idade, G3P21n1cA1, sexualmente ativa há uma semana após interrupção por tempo indeterminado, queixando dor do tipo pontadas na região hipogástrica, com irradiação para a fossa ilíaca direita e região lombar bilateral, iniciada no mesmo dia. O quadro acompanhou dispareunia, oligúria e febre (38°C), iniciadas um dia antes. Foi feito uso de metamizol por auto-iniciativa, sem melhora dos sintomas. Na história clínica, apresenta-se sem náuseas e vômitos, sem leucorreia e não há registro de comorbidades. Última menstruação há 32 dias.

Exame Físico

Ao exame, identificou-se Pressão Arterial de 120/80 mmHg, Frequência Cardíaca de 88 bpm e Frequência Respiratória de 16 irpm. Abdome normotenso, dolorido à palpação da região hipogástrica e fossa ilíaca direita. Blumberg positivo. Ruídos Hidroaéreos aumentados.

Exames Complementares

Ao exame laboratorial do plasma, apresentou leucocitose com desvio à esquerda (Tabela 1). Exames de Análise Sumária da Urina e Gram de Gota sem indicativos de Infecção do Trato Urinário (ITU). Exame ultrassonográfico indicou ausência de líquido na cavidade abdominal, apêndice cecal não visualizado. Tomografia computadorizada de abdome revelou ausência de líquido livre, de pneumoperitônio e de densificação de gordura, presença de cálculo único renal em polo superior do rim direito, sem densificação ou demais lesões, ausência de ureterolítase ou hidronefrose, ausência de lesões em regiões anexiais e útero.

Tabela 1 - Resumo dos exames realizados pela paciente, com valores de referência.

<i>Exames realizados</i>	<i>Resultados</i>	<i>Valores de Referência</i>
<i>PCR</i>	87,2 mg/dL	Até 1,0 mg/dL
<i>Hemoglobina</i>	12,7 g/dL	12,0 a 15,8 g/dL
<i>Hematócrito</i>	36,6%	33,0% a 47,0%
<i>Leucócitos</i>	17.340/mm ³	3.600 a 11.000 /mm ³
<i>Bastonetes</i>	8%	0 a 5%
<i>Plaquetas</i>	245 x 10 ³ /mm ³	130 a 450 x 10 ³ /mm ³
<i>BHCG</i>	Negativo	Negativo = até 4,9 mUI/mL

Diagnóstico

Aos primeiros sintomas, foram considerados os diagnósticos de apendicite e de nefrolitíase com mobilização de cálculo. Após consulta ginecológica, foi confirmado diagnóstico de DIP.

Conduta

Prescrição dos exames VDRL e FTA-ABS para verificação da contaminação por sífilis; prescrição de antibioticoterapia com Ceftriaxona 500mg, dose única intramuscular; Metronidazol 500mg, 12/12h, via oral; Doxiciclina 100mg, 12/12h, via oral.

GESTAÇÃO ESPONTÂNEA E ABORTOS DE REPETIÇÃO NA SÍNDROME DE TURNER

Autoras: Déborá Gonçalves Pereira Guimarães¹; Mariana Sales Oliveira².

¹Graduanda em medicina na Universidade Estadual de Montes Claros;

gpgdebora@gmail.com;

²Graduanda em medicina na Universidade Estadual de Montes Claros

*Orientadora: Simone Marinho de Oliveira

APRESENTAÇÃO DO CASO

História Clínica

MSMS, sexo feminino, parda, 38 anos, foi atendida no serviço de pré-natal de alto risco. Gestante com 17 semanas e três dias, segundo o ultrassom (US) de primeiro trimestre, e 23 semanas e um dia conforme a data da última menstruação (DUM). Está na 22ª gestação, com quatro partos e 17 abortos prévios. Nega náuseas, dores abdominais, sangramentos ou outras perdas vaginais. Nega febre, alterações urinárias ou do hábito intestinal. Relata perceber movimentos fetais adequadamente. Em uso de ácido fólico, metildopa, AAS infantil, puran T4 e sertralina. Quanto à história gineco-obstétrica, a paciente relata 17 abortos sem causa definida, todos relacionados ao primeiro parceiro sexual. Os abortos ocorreram no primeiro trimestre de gestação e antes dos 23 anos de idade. Última gestação há oito anos, com parto vaginal e retenção placentária, filha hígida. Quanto aos demais partos, houve um natimorto e dois recém nascidos com malformações que vieram a óbito. Essas gestações foram relacionadas ao segundo parceiro. Gestação atual do terceiro parceiro, sem intercorrências até o momento. A paciente informa menarca aos 14 anos, sexarca aos 18. Queixa-se de dismenorreia e ciclos menstruais irregulares há seis anos, quando sofreu um acidente vascular encefálico (AVE). No mesmo período, interrompeu o uso de anticoncepcional oral (ACO), não fazendo uso de nenhum método contraceptivo desde então. Informa parceiro sexual atual fixo há um ano. Nega história de doenças sexualmente transmissíveis. Último exame preventivo de câncer de colo uterino há um ano, sem alterações. Quanto à história patológica

pregressa, a paciente refere quatro episódios de AVE nos últimos seis anos, sendo o último há três anos. Após o primeiro AVE, foi diagnosticada com trombofilia. Apresenta hemiparesia esquerda sequelar. Possui ainda diagnóstico de hipertensão e hipotireoidismo. Nega diabetes, tabagismo ou etilismo. Em 2014, realizou análise de cariótipo evidenciando mosaicismos: de 50 células analisadas, cinco apresentaram cariótipo 45X, com monossomia completa de cromossomo X. Informa história familiar materna de hipertensão e AVE. Pai hipertenso e cardiopatia.

Exame físico:

Dados vitais: PA: 110x70mmHg; FC: 80bpm; FR: 16irpm.

Dados antropométricos: peso: 68,8kg; altura: 1,57m; IMC: 27,9kg/m².

À ectoscopia, observou-se bom estado geral, escleras anictéricas, mucosas normocoradas, pele normocorada e hidratada. Tireoide não palpável, ausência de edema em membros inferiores.

Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas normorrítmicas e normofonéticas, ausência de sopros.

Aparelho respiratório: murmúrio vesicular fisiológico nos devidos locais de ausculta, ausência de ruídos adventícios.

Exame das mamas: mamas simétricas, ausência de retrações ou abaulamentos à inspeção estática e dinâmica, pele íntegra. À palpação, ausência de nódulos, mamas ingurgitadas devido à gestação. Ausência de linfonodos axilares palpáveis. Expressão negativa.

Exame abdominal: ausência de abaulamentos ou circulação colateral à inspeção. Presença de estrias em região periumbilical. Altura uterina de 15cm.

Diagnóstico

Trata-se de uma gestante de alto risco, portadora da Síndrome de Turner, trombofilia, hipertensão arterial e hipotireoidismo.

Conduta

Foram solicitados os seguintes exames complementares: US morfológico de segundo trimestre, hemograma, eletroforese de hemoglobina, pesquisa de anticorpo anticardiolipina IgM e IgG, proteinúria de 24h, dosagem de fator antinuclear (FAN).

GESTAÇÃO HETEROTÓPICA

Autores: Gabriela Caldeira de Faria Santiago ¹, Mariana Sales Oliveira², Marianne Caldeira de Faria Santiago³, Silvan Márcio de Oliveira*.

¹ Acadêmica de medicina na Universidade Estadual de Montes Claros,
gabrielacfs@hotmail.com;

² Acadêmica de medicina, na Universidade Estadual de Montes Claros;

³ Médica graduada pela Faculdade Integrada Pitágoras (FIP-MOC);

*Orientador, Médico ginecologista e obstetra

APRESENTAÇÃO DO CASO

História Clínica:

D.C.S., primigesta, 35 anos, procedente de Bocaiuva, fazia acompanhamento pré-natal de risco habitual, sem referir queixas na consulta (dor, cólicas, perdas vaginais). Ao realizar exame ultrassonográfico pela primeira vez, mostrou gestação eutópica simples em evolução, correspondendo com 17 semanas à ecografia.

Após 2 meses de início do pré-natal, apresentou dor abdominal intensa localizada na fossa ilíaca esquerda, de início há 5 dias. Foi atendida no consultório do seu médico, onde foi medicada com buscopan composto endovenoso, não apresentando melhoras, contudo foi liberada.

Com a evolução do quadro de dor, sem melhora clínica, foi encaminhada ao serviço da maternidade do Hospital. Ao chegar ao serviço, a paciente relatou continuar sentindo dor de forte intensidade em fossa ilíaca esquerda, negando perdas vaginais e outros sintomas. Paciente G1P0A0. Afirma ter tido DIP há mais de 1 ano, fez tratamento e parceiro também (sic), nega DST's. Nega outras comorbidades ginecológicas. PCCU realizado há 8 meses, sem alterações (sic). Ao ser questionada sobre Diabetes e outras comorbidades sistêmicas, também negou. Não faz uso de medicamento contínuo.

Exame físico:

PA: 130x80 mmhg

FC: 90 bpm

FR: 20 irpm

Ectoscopia: Paciente com estado geral comprometido, anictérica, acianótica, hipocorada (+/4), sem edemas, febril (38 graus Celsius).

ACV: Ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, sem sopros.

AR: Murmúrios respiratórios fisiológicos em seus respectivos locais de ausculta.

AGI: Abdome compatível com gravidez de 2º trimestre, sem abaulamentos e retrações, sem cicatrizes e circulação colateral. Dor à palpação superficial e profunda. Presença de dor à compressão da fossa ilíaca esquerda.

Ginecológico: Ao toque, colo uterino fechado, grosso, posterior, sem sangue no dedo de luva, dor à mobilização do colo. Ao exame especular: sem alterações e secreções visíveis no colo uterino.

Obstétrico: Útero-fita de 22 cm, BCF: 136 bpm, manobras de Leopold: dorso fetal à direita, em posição vertical, flutuante (devido ao quadro de dor, exame pode ter sido prejudicado).

Exames complementares:

Foi realizada uma nova ecografia transvaginal em que demonstrava volumosa massa cística anexial esquerda de patologia ovariana, além de uma implantação uterina compatível com 25 semanas e 2 dias de uma gestação tópica.

Diagnóstico:

Diante da clínica e dos exames físico e de imagem (USTV), suspeita-se de gravidez ectópica na tuba uterina associada à gravidez intrauterina.

Conduta:

Sendo submetida à laparotomia e salpingectomia à esquerda, devido à massa necrosada. Esta foi enviada para análise anatomopatológica, medindo 8,0 x 7,3 x 6,0 cm, com peso de 150g, que identificou gravidez ectópica.

Após o procedimento, a paciente evoluiu bem com manutenção da gravidez intrauterina. Encaminhamento para pré-natal de alto risco.

GESTAÇÃO MÚLTIPLA COM ÓBITO DE UM GÊMEO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO

Iully Beatriz Nobre Silva¹; Marianna Amorim Antunes²; Yamila Audrey Santos Costa²;

Lorena Brito Costa³.

¹Graduanda em Medicina, FUNORTE/ICS, iully.beatriz@hotmail.com

² Graduanda em Medicina, FUNORTE/ICS

³Graduada em Medicina, FIP-MOC. Residência em GO pelo HU Clemente Faria

APRESENTAÇÃO DO CASO

História Clínica

Paciente CPL, 31 anos, negra, GIIPIA0 em acompanhamento de pré-natal de alto risco devido a gestação gemelar dicoriônica diamnótica, DUM: 13/12/17, IG: 24+6. Em sua última consulta houve dificuldade na ausculta dos BCF's do primeiro gemelar e, no momento apresenta a ultrassonografia obstétrica solicitada. Não houve sangramento, perda de líquido e cólicas. Primeira gestação há 3 anos, parto cesárea, prematura, IG: 34 semanas, devido quadro de pré-eclâmpsia. Nega comorbidades prévias e uso de medicamentos. Marido com história familiar de gestação múltipla.

Exame Físico

Paciente com bom estado geral, bem orientada em tempo e espaço, mucosas normocoradas e hidratadas, escleras anictéricas, perfusão tissular normal. PA em MSE: 110X70 mmHg, FC: 70 bpm, FR: 16 irpm, Sat. O2: 98%. Peso: 83kg, presença de um BCF=144 bpm, altura uterina: 25 cm, ao toque colo fechado.

Exames Complementares

Ultrassonografia de primeiro trimestre, 9 semanas de gestação, evidenciando gestação gemelar dicoriônica diamniótica. Ultrassonografia de 23 semanas com somente um BCF, evidenciando óbito fetal intrauterino. Segundo feto com boa vitalidade.

Exames pré-natais primeiro trimestre	Resultado	Referência
Grupo sanguíneo e fator RH	A+	-
Hemograma	HB: 11mg/dl	> 11mg/dl
Glicemia de Jejum	80mg/dl	<92 mg/dl
VDRL	Não reagente	Não reagente
Anti-HIV	Não reagente	Não reagente
Hbsag	Negativo	Negativo
Toxoplasmose	IgG negativo IgM negativo	Susceptível
Urina rotina I	Sem alterações	
Urocultura	Negativa	Negativa

Diagnóstico

O diagnóstico foi de morte fetal intraútero de um dos fetos sem causa aparente, confirmada por ultrassonografia.

Conduta

Depois de constatado a morte fetal intraútero de um dos fetos e a boa vitalidade do segundo feto, foi instituído acompanhamento com controle do coagulograma e fibrinogênio semanalmente e a realização da ultrassonografia com Doppler quinzenalmente para avaliar a vitalidade do feto.

Durante todo cuidado, não houve alterações nesses exames, conceito permaneceu com boa vitalidade e mãe sem intercorrências durante toda a gestação.

Portanto, devido ao bom estado clínico fetal e materno a gestação transcorreu normalmente até a 39ª semana, sendo indicado parto Cesário (iterativa II). Procedimento ocorreu sem complicações, recém-nascida com peso adequado para idade gestacional, 3,300 gramas, apgar primeiro minuto 8, apgar quinto minuto 10. Foi constatada a presença do feto morto juntamente com a placenta e membranas.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO ASSOCIADO À HIPERTENSÃO GESTACIONAL E RISCO DE PRÉ-ECLÂMPSIA NA GESTAÇÃO

Autor: Ana Paula Cristo Diamantino Neves

Estudante de Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas;
diamantino_13@yahoo.com.br

Orientadora: Daniele Corrêa Guimarães

APRESENTAÇÃO DO CASO

História Clínica

Paciente, K.T.J.P, 20 anos, primigesta, negra, Data Última Menstruação (DUM): 05/07/2017, Data Provável Parto (DPP): 11/04/2018, história progressiva de Lúpus Eritematoso Sistêmico, com diagnóstico desde a infância (não sabe relatar a idade) em uso de Azatioprina, Hidroxicloroquina e Prednisona, sem cartão de vacina. Relata história familiar de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e possui gêmeos na família.

Exame Clínico

Iniciou a consulta pré-natal no dia 13/10/2017 com idade gestacional (IG) de 13 s(semanas) e 1d (dia), pressão arterial (PA) 110x70 mm Hg, peso 67.1 kg, batimento cardíaco fetal (BCF) positivo. Apresentava bom estado geral e nutricional, normocorada, acianótica, anictérica, sem linfonodos palpáveis, afebril, eupnéica, ausculta cardiopulmonar sem alterações, abdômen globoso, altura uterina (AU) de 10 cm, sendo o exame obstétrico normal. Foram solicitados hemograma, exames bioquímicos e ultrassom obstétrico. Paciente mantinha-se estável durante a gestação com PA sem alterações. (Tabela I). No dia 02/04/2018, evoluiu com cefaleia frontal, dor abdominal referida em região epigástrica, edemas em membros inferiores, sendo realizado atendimento médico de emergência em que a pressão se encontrava 180/110 mmHg.

TABELA I

DATA	IG	PA	KG	AU	BCF	OBS
13/10/2017	13s+ 1d	110/70 mmHg	67.1	10	140 BPM	
16/11/2017	18s	100/60 mmHg	68.2	18	144 BPM	
20/12/2017	22s+6d	110/70 mmHg	70.7	22	150 BPM	
19/01/2018	27s+1d	120/80 mmHg	73	25	148 BPM	FEBRE E NÁUSEAS - PRESCRITO VONAU E PARACETAMOL HEMOGRAMA, PROTEINA C REATIVA, URINA ROTINA (EAS).
24/01/2018						RETORNA COM EXAMES DE RASTREIO INFECICIOSO NEGATIVO, PORÉM EAS APRESENTOU 10 PIOCITOS E NITRITO NEGATIVO REFERE MELHORA DO QUADRO
16/02/2018	31s+1d	100/60 mmHg	77,7	32	150 BPM	
16/03/2018	35s +1d	120/70	80	35	142	

02/04/2018		mmHg			BPM	
	37s	180/110				
		mmHg				

LEGENDA:

- OBS: OBSERVAÇÃO
- AU: Altura Uterina

Exames Complementares

No dia 02/04/2018 foram pedidos exames complementares para possível diagnóstico de Síndrome HELLP, avaliando hemólise (hemolysis), elevação das enzimas hepáticas (elevated liver enzymes) e plaquetopenia (low platelets) sendo, portanto, solicitado à gestante hemograma completo com contagem de plaquetas, esfregaço sanguíneo, tempo de coagulação, dosagem sérica de: AST e LDH, creatinina, glicose e bilirrubinas, dentre outros. Segue a tabela II:

TABELA II

DATA	EXAME	RESULTADO	REFERÊNCIA
02/03/18	Ácido Úrico	*7.8	1.5 a 6.0 mg/dl
	Hemoglobina	11.5	10 a 13.8 g/dl (Gestante 3º trimestre)
	Hematócrito	33.9	35 a 47 %
	Global de Leucócitos	8060	100%- 3000-11000mcL
	Bastões	0	0 a 5%- 0 a 390mcL
	Plaquetas	177000	150000 a 450000 mm ³
	Bilirrubina direta	0.19	Até 0.2 mg/dL
	Bilirrubina indireta	0.22	Até 1.0 mg/dL
	Bilirrubina Total	0,41	0.3 a 1.2 mg/dL
	LDH	202	200 a 480 U/L

	TGO	28	10 a 37 U/L
	TGP	15	10 a 37 U/L
03/04/18	Plaquetas	171000	150000 a 450000 mm ³
	Creatinina	1,06	0.53 a 1.0 mg/dL
	Ureia	14	15 a 45 mg/dL
	Magnésio	**4,8	1.58 a 2.56 mg/dL
04/04/18	Ácido Úrico	* 7.2	1.5 a 6.0 mg/dL
	Hemoglobina	9.6	10 a 13.8 g/dL
	Global de Leucócitos	13360	100%- 3000 a 11000mcL
	Bastões	2	0 a 5%- 0 a 390mcL
	Plaquetas	153000	150000 a 450000 mm ³
	LDH	254	200 a 480 U/L
	TGO	45	10 a 37 U/L
	TGP	15	10 a 37 U/L
	Bilirrubina Direta	0,2	Até 0.2 mg/dL
	Bilirrubina Indireta	0,25	Até 0.2 mg/dL
	Bilirrubina Total	0,45	0.3 a 1.2 mg/dL
	Ureia	21	15 a 45 mg/dL
	Creatinina	0,99	0.53 a 1.0 mg/dL

LEGENDA:

* O valor encontrado acima do esperado justifica-se pela doença reumatológica e não pela hipertensão gestacional.

** O valor encontrado acima do esperado justifica-se pelo uso do Sulfato de Magnésio para prevenção da pré-eclâmpsia.

Diagnóstico

O diagnóstico foi de Hipertensão Gestacional.

Segue abaixo a classificação para hipertensão arterial (HA) crônica e gestacional:

CLASSIFICAÇÃO HIPERTENSÃO ARTERIAL (HA) CRÔNICA E GESTACIONAL
HA CRÔNICA Precedendo a gestação ou antes de 20 semanas.
<p>PRÉ-ECLÂMSIA NA AUSÊNCIA DE PROTEINÚRIA</p> <p>Hipertensão Gestacional associado aos seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefaleia • Turvação visual • Dor abdominal • Plaquetopenia menos que 100.000 • Elevação de enzimas hepáticas • Comprometimento Renal • Edema pulmonar • Distúrbios visuais ou cerebrais (cefaleia, escotomas ou convulsão)
<p style="text-align: center;">PRÉ-ECLÂMPSIA COM PROTEINÚRIA</p> <p>a) >300mg em urina de 24h</p> <p>b) Relação Proteinúria/Creatinúria > 0,3 mg em amostra isolada (= proteinúria/creatinúria)</p> <p>c) Fita reagente com >2 + em amostra (sendo sugerido quantificar)</p> <p>É importante salientar que hipertensão gestacional associado somente a proteinúria já configura quadro de pré-eclâmpsia.</p>
<p>HIPERTENSÃO CRÔNICA + PRÉ-ECLÂMPSIA SOBREPOSTA</p> <p>Hipertensão com sobreposição da pré-eclâmpsia.</p>

ECLÂMPSIA

Convulsão do tipo grande mal em uma gestante com PE

Conduta

No dia 02/04/2018, após resultado de exames e diagnóstico, a paciente foi internada, iniciou o uso de sulfato de magnésio e, logo após, realizado parto cesariana devido ao aumento súbito da pressão arterial e risco de eclâmpsia. O Recém-nascido do sexo feminino recebeu os cuidados iniciais e não necessitou de nenhum tipo de intervenção adicional.

RELATO DE CASO CRESCIMENTO FETAL DISCORDANTE EM GESTAÇÃO GEMELAR

Autores: Cesário Vitor Maia Pereira¹; André Augusto Dias Silveira²; Ludmila Cotrim Fagundes²; Antonio Silveira de Sá^{3*}

¹Acadêmico de Medicina da UNIMONTES; cesariovitormaia@gmail.com; (38)999536745

²Acadêmico(a) de Medicina da UNIMONTES

³ Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina Ciências Médicas/Santa Casa de Misericórdia

*Orientador

APRESENTAÇÃO DO CASO:

História Clínica

L.M.S., 22 anos, leucodérmica, técnica administrativa, solteira, natural de Salvador – BA e procedente de Montes Claros – MG. Procura atendimento médico para acompanhamento de sua gestação. Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Nega comorbidades e uso contínuo de medicamentos. Nega alergias.

Exame físico

Paciente em bom estado geral, bem orientada em tempo e espaço, corada, hidratada, acianótica, anictérica. Pressão arterial de 120x80 mmHg. Frequência cardíaca: 90 bpm. Frequência respiratória: 18 irpm. Sem alterações no exame de aparelhos. Um dos fetos apresentava BCF = 140 bpm e o outro BCF = 148 bpm.

Exames complementares

Hemograma sem alterações. Tipo sanguíneo O+. Glicose em jejum: 86 mg/dL. VDRL, HIV, rubéola, citomegalovírus e toxoplasmose negativos.

Realizada ultrassonografia com 8 semanas de gravidez, que mostrou gestação intrauterina gemelar monocoriônica biamniótica, com dois embriões que apresentavam, entre eles, diferença importante no comprimento crânio-caudal: um com 12 mm e outro com 6 mm. Translucência nucal foi avaliada com 12 semanas de gestação e apresentou valor abaixo de P95 para o comprimento crânio-caudal nos dois fetos. Um apresentava translucência nucal de 1,1mm para comprimento crânio-caudal = 53,8mm, e o outro, translucência nucal equivalente a 1,2mm para comprimento crânio-caudal de 45,5mm.

Manteve-se avaliação ecográfica mensal até 21 semanas de gestação, em que se percebeu crescimento discrepante e RCF do 2º feto: 1º feto com crescimento no P25 e 2º feto no P5.

Com 21 semanas, a paciente foi submetida à amniocentese, que mostrou cariótipos sem alterações (46, XY) e confirmou a monozigotia. Desde então, foi mantida avaliação por ultrassom a cada três semanas, através da qual se verificou que um dos fetos se mantinha no percentil 25 nas curvas de crescimento fetal, já o outro estava sempre inferior ao percentil 5. Não foram identificadas malformações fetais ou sinais de Síndrome de transfusão feto-fetal, e a luxometria umbilical foi sempre normal para ambos os fetos.

A paciente foi internada com 34 semanas por pré-eclâmpsia. Foi submetida à indução do trabalho de parto; Ambos os recém nascidos estavam em apresentação cefálica, mas um apresentava 2195g e o outro 1415g. O estudo anatomopatológico da placenta confirmou a placenta monocoriônica biamniótica, mas não mostrou lesões vasculares ou outras.

Diagnóstico

O diagnóstico é de crescimento fetal discordante em gestação gemelar monocoriônica. O crescimento é considerado discrepante quando a diferença entre o peso dos gêmeos é maior que 20%. Em gestações monocoriônicas essa discrepância é mais frequente e possui maiores riscos, pois, em comparação a gêmeos dicoriônicos, os monocoriônicos apresentam mais chances de alterações de crescimento e consequentes complicações em longo prazo.

Conduta

Foi necessária avaliação clínica constante da gestação, uma vez que essa diferença precoce no crescimento precoce implicava em maior risco de complicações perinatais. Entretanto, como os fetos apresentavam luxometria sem alterações e mantiveram o crescimento na curva de percentil, foi possível manter conduta expectante.

RELATO DE CASO SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER

Autores: Cesário Vitor Maia Pereira¹; André Augusto Dias Silveira²; Ludmila Cotrim Fagundes²; Antonio Silveira de Sá*

¹Acadêmico de Medicina da UNIMONTES; E-MAIL: cesariovitormaia@gmail.com;

²Acadêmico(a) de Medicina da UNIMONTES

*Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina Ciências Médicas/Santa Casa de Misericórdia

APRESENTAÇÃO DO CASO:

História Clínica

M.T.A.L., 18 anos, leucodérmica, estudante, solteira, natural e procedente de Montes Claros – MG, acompanhada pela mãe. Procura atendimento médico com queixa de sangramento importante após a 1ª relação sexual.

Paciente relata quadro de dores hipogástricas e lombares de grande intensidade, de caráter opressivo e contínuas, sem fatores agravantes, cessando espontaneamente passados cerca de 3 dias. O quadro clínico era cíclico, manifestando-se mensalmente durante cerca de 1 ano. Não apresentava sangramento desde a primeira relação sexual ontem, na qual refere dispareunia. Nega outra queixa. Nega comorbidades e cirurgias prévias. Nega também uso de medicamentos e alergias.

Nega menarca; nasceu de 39 semanas, sem intercorrências obstétricas. Apresentou um desenvolvimento puberal fisiológico, com início da telarca e pubarca aos 12 anos de idade, e um desenvolvimento estato-ponderal dentro dos percentis para a sua idade.

Exame físico

Apresentava mamas em estágio M4 (Tanner), pilificação normal com pelos pubianos em estágio P4 (Tanner) e hímen perfurado. Ao toque vaginal, notou-se vagina em fundo cego, não sendo possível o exame mais detalhado do canal vaginal.

Exames complementares

Foi realizada ecografia pélvica, com visualização de anexos em topografia habitual e volume preservado e de útero rudimentar medindo 5cm³.

Exames laboratoriais: hormônios folículo-estimulante (FSH) e luteinizante (LH), testosterona e cariótipo normais.

Diagnóstico

O diagnóstico sindrômico é de amenorreia primária, pois é uma paciente acima dos 16 anos, com presença de caracteres sexuais desenvolvidos. Trata-se da síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, uma malformação mülleriana caracterizada por agenesia ou hipoplasia de útero com cariótipo normal. Os ovários são funcionantes, e os hormônios são produzidos normalmente, o que define os caracteres sexuais normais. Geralmente é descoberto pela ausência de menstruação ou pela dificuldade na relação sexual.

Conduta

Optou-se pelo tratamento cirúrgico, diante do quadro clínico apresentado e após discussão do caso com a paciente e a mãe. A paciente foi encaminhada para realizar a cirurgia de criação de neovagina.

TORÇÃO DE PEDÍCULO VASCULAR DE CISTO OVARIANO: RELATO DE CASO

Autores: Jéssica Fernanda César Silva¹; Juliana Brito Lima²; Kellen Bruna de Sousa Leite²; Anderson Gonçalves de Souza^{3*}

¹ Discente do curso de Medicina na Universidade Estadual de Montes Claros;
jehf22@gmail.com;

² Discente do curso de Medicina na Universidade Estadual de Montes Claros

³ Ginecologista/Obstetra, Coordenador da Liga Acadêmica Norte Mineira de Ginecologia e Obstetrícia, Docente na Universidade Estadual de Montes Claros

*Orientador

APRESENTAÇÃO DO CASO:

História clínica

LBC, 19 anos, faioderma, solteira, estudante, natural e residente em Manga procura atendimento com queixa de “dor pélvica intensa”. Paciente relata dor pélvica intensa iniciada no dia 29/08/17 às 23hs que irradiava por todo o abdome e região lombar, sem alívio com analgésico oral. Nega sangramentos e corrimentos. Relata um episódio de vômito acompanhado de náusea desde o início da dor. Nega febre. Nega diarreia ou outras alterações na evacuação. Relata astenia e tontura. Nega desmaio. Relata disúria. Nega alterações no aspecto da urina. Às 2hs procura atendimento hospitalar, onde faz analgesia com anti-espasmódico intravenoso e reposição hídrica com melhora transitória da dor. Nega tabagismo e etilismo. Nega alergias medicamentosas. Nega comorbidades e uso de medicamentos. Nega traumatismos. Paciente GOP0A0, menarca aos 13 anos, data da última menstruação não informada. Relata ciclos irregulares com períodos de amenorreia (três a cinco meses sem menstruar) e cólicas menstruais de baixa intensidade. Não iniciou atividade sexual. Nunca fez uso de anticoncepcional hormonal oral. Mãe fez histerectomia há dois anos por adenomiose. Pai hígido. Irmãs hígdas.

Exame físico

Geral: Paciente corada, anictérica, hidratada, fácies de dor

Sinais vitais: PA: 90/60 mmHg, FC: 70 bpm, FR: 16 irpm

Ausculta cardíaca: Bulhas normorrítmicas e normofonéticas, em dois tempos, ausência de bulhas.

Exame respiratório: Murmúrios vesiculares fisiológicos, ausência de ruídos adventícios. Som claro pulmonar à percussão.

Exame abdominal: Abdome distendido, ausência de cicatrizes, circulação colateral e equimoses. Ruídos hidroaéreos diminuídos nos quadrantes inferiores, principalmente no quadrante inferior direito. Macicez no quadrante inferior direito à percussão. Presença de massa pélvica ao lado direito na palpação profunda, com dor à compressão. Giordano negativo.

Exames complementares

Beta- HCG: negativo para gravidez

Hemograma:

Hemácias 5,4 milhões/mcL (ref.: 4-5,6 milhões/mcL)

Hemoglobina 13,8 g/dL (ref.: 12-16,5 g/dL)

Hematócrito 45% (ref.: 35-47 %)

Leucócitos 12.000/ mcL (ref.: 4.500 a 10.000/mcL)

Plaquetas 154.000/ mm³ (ref.: 150.000 a 450.000)

Colesterol total: 185mg/dL (ref.: inferior a 200mg/dL)

Glicose: 91 mg/dL (ref.: 70 a 100 mg/dL)

USG pélvica transabdominal: ovário direito heterogêneo, irregular, com área cística apresentando conteúdo anecoico e reticulado, aumentado tamanho 10,7 x 6,2 x 8,8 cm, com

volume de 304,9 cm³ (Observação: Dimensões médias do ovário são 4 × 2 × 3cm em mulheres maduras. Volume ovariano médio é aproximadamente 10 cm³ na menacme).

Diagnóstico

Provável torção de pedículo vascular de cisto ovariano.

Conduta

Realizou-se ooforectomia unilateral direita e exame histopatológico do ovário evidenciando cisto de epóforo (para-ovariano) e apoplético, por torção de pedículo vascular. À macroscopia, formação nodular escura e capsulada; aos cortes, cística e repleta de líquido tipo hemorrágico.

