

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**ANDRESSA BISCARO**

**CORRELAÇÃO ENTRE SUSPEITA ULTRASSONOGRÁFICA  
DE ABORTO INCOMPLETO E ACHADO HISTOLÓGICO  
DE RESTOS OVULARES**

RIO DE JANEIRO  
2012

ANDRESSA BISCARO

**CORRELAÇÃO ENTRE SUSPEITA ULTRASSONOGRÁFICA  
DE ABORTO INCOMPLETO E ACHADO HISTOLÓGICO  
DE RESTOS OVULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado para a Residência Médica de  
Ultrassonografia em Ginecologia e  
Obstetrícia da Maternidade Escola, UFRJ.

Orientadora: Dra Karina Bilda de Castro Rezende

RIO DE JANEIRO  
2012

## RESUMO

**OBJETIVO:** Determinar a correlação entre a suspeita ultrassonográfica de aborto incompleto e o achado histopatológico de vilosidades coriônicas.

**MÉTODOS:** Estudo transversal e retrospectivo. Foram incluídas todas as pacientes com suspeita ultrassonográfica de aborto incompleto admitidas para curetagem uterina na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de 04 de janeiro de 2011 a 07 de março de 2012, cujo material obtido foi enviado para exame histopatológico. Estudou-se as seguintes variáveis: idade, número de gestações, tipo de aborto, sinais e sintomas, achados ultrassonográficos, resultado do exame histopatológico. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição. Os dados foram analisados no programa EPIINFO versão 6.0 (programa STATCALC). Para análise da associação entre variáveis foi utilizado o teste exato de Fisher e admitiu-se significância estatística quando  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Dos 251 casos de aborto ocorridos no período, 58 compuseram a amostra. A média de idade das pacientes foi 26,41 anos. Trinta e três (56,90%) eram abortos precoces, 11 (18,96%) tardios e 14 (24,12%) relatavam idade gestacional desconhecida. A maioria (38; 65,52%) era multigesta e destas, 16 (42,10%) referiam história de aborto prévio. O sangramento vaginal foi a queixa mais comum (100% dos casos) seguida das cólicas (62,07%). Houve confirmação histológica de retenção de produtos da concepção em 36 (62,07%) dos 58 casos com suspeita ultrassonográfica. Cólicas foi a única variável associada à presença de restos ovulares ( $p=0,03$ ). Não houve diferença significativa na espessura endometrial entre pacientes com e sem vilosidades coriônicas no exame histopatológico. A dopplerfluxometria colorida foi utilizada em dois casos (3,45%). Em ambos encontrou-se vascularização suspeita de retenção de produtos da concepção e foi confirmada sua presença

no exame histopatológico. O tempo médio decorrido entre o exame ultrassonográfico e a curetagem uterina foi 3 horas e 11 minutos para as pacientes que apresentaram vilosidades no exame histopatológico e 4 horas e 36 minutos para as que apresentaram decídua ( $p=0,08$ ).

**CONCLUSÕES:** Foi confirmado aborto incompleto em 62,07% dos casos com suspeita ultrassonográfica e a presença de cólicas foi a única variável associada à este diagnóstico. Com relação à espessura endometrial, não foi encontrado ponto de corte que definisse a presença de vilosidades coriônicas no exame histopatológico. Não houve diferença significativa na média de tempo decorrido entre a realização da ultrassonografia e a curetagem uterina entre as pacientes que apresentaram vilosidades coriônicas e decídua no exame histopatológico.

**Palavras-chaves:** aborto incompleto, ultrassonografia, curetagem, vilosidades coriônicas.

## ABSTRACT

**PURPOSE:** Determine the correlation between sonographic suspicion of incomplete abortion and the histopathological finding of chorionic villi.

**METHODS:** Cross-sectional and retrospective study. We included all patients with sonographic suspicion of incomplete abortion admitted for uterine curettage in the Maternity School of Federal University of Rio de Janeiro from January 4, 2011 to March 07, 2012, whose material obtained was sent for histopathological examination. We studied the following variables: age, number of pregnancies, abortions, signs and symptoms, sonographic findings, results of histopathological examination. The project was approved by the Ethics Committee of the institution. Data were analyzed in EPIINFO version 6.0 (program STATCALC). To analyze the association between variables we used the Fisher exact test and statistical significance was assumed when  $p < 0.05$ .

**RESULTS:** Of the 251 cases of abortion occurred during the period, 58 were included in the sample. The mean age of patients was 26.41 years. Thirty-three (56.90%) were early abortions, 11 (18.96%) late and 14 (24.12%) reported gestational age unknown. Most (38, 65.52%) was multigesta and of these, 16 (42.10%) reported a history of previous abortion. Vaginal bleeding was the most common complaint (100% of cases) followed by cramps (62.07%). There was histological confirmation of retained products of conception in 36 (62.07%) of 58 cases with suspected ultrasound. Cramps was the only variable associated with the presence of ovular remains ( $p = 0.03$ ). There was no significant difference in endometrial thickness between patients with or without chorionic villi in histopathology. The color Doppler was used in two patients (3.45%). In both met vasculature suspected of retained products of conception and its presence was confirmed in the histological examination. The average time elapsed between ultrasound and uterine curettage was 3 hours and 11 minutes in

patients with villi in histopathology and 4 hours and 36 minutes for presenting decidua ( $p = 0.08$ ).

**CONCLUSIONS:** Incomplete abortion was confirmed in 62.07% of cases with sonographic suspicion and the presence of cramps was the only variable associated with this diagnosis. With respect to endometrial thickness, not found cutoff to define the presence of chorionic villi in the histopathological examination. There is no significant difference in the average time elapsed between ultrasound and uterine curettage among patients who had chorionic villi and decidua in histopathology.

**Key-words:** incomplete abortion, ultrasonography, curettage, chorionic villi.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	7
<b>2 OBJETIVOS</b>	9
2.1 Objetivo geral	9
2.2 Objetivos específicos	9
<b>3 MÉTODOS</b>	10
<b>4 RESULTADOS</b>	12
<b>5 DISCUSSÃO</b>	15
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	20
<b>7 CONCLUSÃO</b>	21
<b>REFERÊNCIAS</b>	22

## 1 INTRODUÇÃO

O sangramento vaginal é uma das queixas mais comuns nas emergências obstétricas durante o primeiro trimestre da gestação e o aborto espontâneo uma das suas principais causas, ocorrendo em 11-20% das gestações clinicamente reconhecidas. (BOTTOMLEY; BOURNE, 2009).

Pela Organização Mundial da Saúde (OMS), denomina-se aborto a interrupção da gestação antes de 20 semanas ou eliminação de feto pesando menos de 500 gramas. (FEBRASGO, 2010).

O processo de abortamento é evolutivo e, por este motivo, suas formas clínicas são dinâmicas. É dito incompleto quando há eliminação parcial do ovo com retenção dos produtos da concepção na cavidade uterina. (SILVA, 2007; TULANDI, 2012).

No quadro clínico predominam características como sangramento vaginal contínuo e por vezes, intenso; dor pélvica persistente; útero maior que o esperado para a idade gestacional; colo uterino entreaberto permitindo a percepção de material ovular e, em algumas situações, sinais de infecção. (SILVA, 2007; TULANDI, 2012).

O exame ultrassonográfico é o método complementar mais utilizado na tentativa de confirmar o diagnóstico do aborto incompleto e seus principais achados são: ausência de embrião, presença de material ecogênico na cavidade uterina, hematométrio e útero de volume aumentado. (GIACOBBE; PASTORE, 2010).

Na tentativa de aprimorar o diagnóstico imagiológico de aborto incompleto alguns autores propõem a utilização da espessura endometrial. Porém, o assunto é motivo de controvérsias e o ponto de corte mais utilizado é 15mm. (TULANDI,2012).

A avaliação subjetiva da morfologia do tecido retido no interior da cavidade uterina melhora a acurácia do diagnóstico de retenção de restos ovulares, podendo ser melhor

indicador de aborto incompleto que a espessura endometrial propriamente dita. (BOTTOMLEY; BOURNE, 2009; USTUNYURT, 2008).

A dopplerfluxometria colorida pode ajudar na distinção entre retenção de restos ovulares e coágulos. Porém, é importante lembrar que útero normal avaliado após o esvaziamento uterino pode apresentar fluxo sanguíneo de baixa resistência e que ausência de fluxo não exclui o diagnóstico de aborto incompleto. (BOTTOMLEY; BOURNE, 2009; ATRI, 2011).

A importância clínica de definir a presença ou não de retenção dos produtos da concepção é a distinção de quais mulheres apresentam maior risco de sangramento contínuo e/ou infecção e separá-las daquelas que podem ser submetidas a conduta conservadora. (USTUNYURT, 2008).

Pretende-se com este trabalho estudar a correlação entre a suspeita ultrassonográfica de aborto incompleto e o achado histopatológico de restos ovulares na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Determinar a correlação entre suspeita ultrassonográfica de aborto incompleto e achado histopatológico de restos ovulares (vilosidades coriônicas).

### **2.2 Objetivos específicos**

- 1) Verificar a correlação entre número de gestações, idade gestacional no momento do diagnóstico, quadro clínico e a presença de vilosidades coriônicas no exame histopatológico.
- 2) Descrever a associação entre espessura endometrial e achado histopatológico de vilosidades coriônicas e decídua.
- 3) Verificar a influência do tempo decorrido entre o exame ultrassonográfico e a realização da curetagem uterina no resultado do exame histopatológico.

### 3 MÉTODOS

Trata-se de estudo retrospectivo, transversal e descritivo.

Foram incluídas todas as pacientes submetidas à curetagem uterina por suspeita ultrassonográfica de aborto incompleto cujo material obtido foi enviado para exame histopatológico, no período de 04 de janeiro de 2011 a 07 de março de 2012, na Maternidade Escola da UFRJ.

Excluiu-se pacientes com prontuários incompletos e aquelas submetidas à curetagem uterina que não realizaram exame ultrassonográfico (casos com colo uterino aberto caracterizados como aborto em curso).

Estudou-se as seguintes variáveis: idade da gestante, número de gestações (primigestas ou multigestas), tipo de aborto (precoce ou tardio), sinais e sintomas no momento da admissão, achados ultrassonográficos (espessura endometrial, utilização da dopplerfluxometria colorida), tempo decorrido entre o exame ultrassonográfico e a realização da curetagem uterina, achados histopatológicos (caracterizado como retenção dos produtos da concepção quando da presença de vilosidades coriônicas).

A idade gestacional foi calculada pela data da última menstruação ou por exame ultrassonográfico (prévio à internação) e a perda gestacional classificada como precoce se inferior ou igual a 12 semanas e tardia se acima de 12 semanas. (RCOG, 2006).

A avaliação do colo uterino foi feita através do exame físico (toque bimanual) realizado pelo médico que atendeu a paciente no momento da admissão hospitalar e classificou-se sua situação em aberto/entreaberto ou fechado.

As características ultrassonográficas consideradas suspeitas de aborto incompleto foram: endométrio heterogêneo, massa endometrial, presença de ecos amorfos ou imagem de

material hiperecogênico avaliada subjetivamente pelo examinador como compatível com restos ovulares.

Quando avaliada a correlação entre a espessura endometrial e o achado histopatológico de vilosidades coriônicas/decídua utilizou-se a estratificação proposta no trabalho de Sawyer (2007): 5-8mm, 9-12mm, 13-15mm, 16-25mm, >25mm.

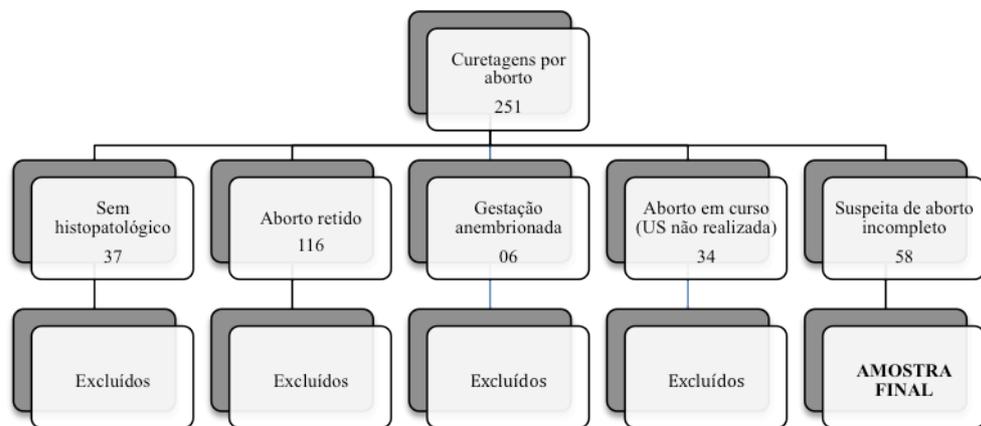
Todos os exames foram realizados via transvaginal com sonda de 6MHz nos aparelhos Xsario e Nemio (TOSHIBA) e foi considerada a maior espessura endometrial obtida no sentido ântero-posterior no corte longitudinal do útero.

O registro dos dados obtidos através dos laudos histopatológicos e dos prontuários médicos foi efetuado somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ que ocorreu no dia 27 de abril de 2012 sob o protocolo 02411512.6.0000.5275. Foi garantido o sigilo da identidade das pacientes e a utilização dos dados somente para pesquisa científica.

Os dados foram armazenados em planilha do programa Microsoft Excel 2010 e analisados no programa EPIINFO versão 6.0 (STATCALC). Os resultados obtidos foram apresentados em figuras e tabelas e descritos como frequência (porcentagem) ou média  $\pm$  desvio-padrão. Para análise da associação entre variáveis qualitativas foi usado o teste exato de Fisher e admitiu-se significância estatística quando  $p < 0,05$ .

## 4 RESULTADOS

No período do estudo foram registrados 251 casos de curetagem uterina por aborto, dos quais, 214 possuíam exame histopatológico. A amostra final, composta apenas pelos casos suspeitos de aborto incompleto, resultou em 58 casos (figura 01).



**Figura 01** Representação esquemática da seleção da amostra final

A média de idade das pacientes foi  $26,41 \pm 6,82$  anos.

Trinta e oito (65,52%) eram multigestas e 20 (34,48%) primigestas. Dentre as multigestas, 16 (42,10%) relatavam história de aborto prévio (média de  $1,5 \pm 0,73$  abortos).

Do total de casos de aborto, 33 (56,90%) eram precoces e 11 (18,96%) tardios. Nos 14 (24,14%) casos restantes desconhecia-se a idade gestacional.

O sangramento vaginal foi a queixa mais comum, relatada por 100% das pacientes. Trinta e seis (62,07%) também referiam cólicas e uma (1,72%) febre.

Ao exame físico, 39 (67,24%) apresentavam colo entreaberto e/ou aberto e 19 (32,76%) fechado.

Do total de exames com suspeita ultrassonográfica de aborto incompleto (58), foi confirmada a presença de vilosidades coriônicas em 36 (62,07%) e de decídua em 22 (37,93%). Apenas cinco (8,62%) ultrassonografias foram realizadas fora do serviço e em 4 destas não foi demonstrada a presença de restos ovulares no exame histopatológico.

A correlação entre as variáveis e o achado histopatológico de vilosidades coriônicas e decídua encontra-se na tabela 01.

**Tabela 01** Correlação entre variáveis e achado histopatológico de vilosidades coriônicas e decídua

	Vilosidades coriônicas		Decídua		p
	n=36	%	n=22	%	
<b>Primigesta</b>					
Sim	10	27,78	10	45,45	0,27
Não	26	72,22	12	54,55	
<b>Aborto precoce</b>					
Sim	22	61,11	11	50%	0,29
Não	14	38,89	11	50%	
<b>Cólicas</b>					
Sim	26	72,22	10	45,45	0,03
Não	10	27,78	12	54,55	
<b>Colo uterino aberto/entreaberto</b>					
Sim	26	72,22	13	59,09	0,22
Não	10	27,78	9	40,91	

A espessura endometrial foi verificada em 39 exames. A média de espessamento endometrial foi 22,22mm±10,41mm e 18,08mm±4,15mm para o grupo que apresentou vilosidades coriônicas e decídua no exame histopatológico, respectivamente (p=0,19).

A correlação entre espessura endometrial e achado histopatológico encontra-se na tabela 02.

**Tabela 02** Correlação entre a medida da espessura endometrial e achado histopatológico

Espessura endometrial (mm)*	Vilosidades coriônicas		Decídua		p
	n=27	%	n=12	%	
>5	27	100	12	100	---
>8	26	96,30	12	100	0,69
>12	26	96,30	12	100	0,69
>15	21	77,78	8	66,66%	0,36
> 25	7	25,93	1	8,33%	0,20

\*Estratificação da espessura endometrial proposta no trabalho de Sawyer, 2007.

Os achados da dopplerfluxometria colorida foram relatados no laudo da ultrassonografia em apenas dois casos (3,45%) e em ambos foi observada vascularização sugestiva de retenção dos produtos da concepção e confirmada a presença de vilosidades coriônicas no exame histopatológico.

Em 43 casos, 74,14% do total da amostra, constava no prontuário o horário da realização da ultrassonografia e curetagem uterina. A média de tempo decorrido entre o exame e o procedimento foi 3 horas (h) e 11 minutos (min) para as pacientes que apresentaram vilosidades no exame histopatológico e 4h36min para as que apresentaram decídua (p=0,08).

## 5 DISCUSSÃO

O aborto, no Brasil, é considerado problema de saúde pública e a curetagem uterina representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Martins (1991), em estudo realizado no período de 1984 a 1985 com 1.783 mulheres entre 15 e 49 anos residentes em áreas de baixa renda na cidade do Rio de Janeiro, relatou que 31% das entrevistadas referiam já ter tido algum episódio de aborto, índice abaixo do encontrado neste estudo (42,10%).

A média da idade das pacientes deste trabalho ( $26,41 \pm 6,82$ ) está de acordo com a relatada por Sawyer (2007), Abbasi (2008) e Zare e Zijerdi (2010), que encontraram médias de idade de 31, 28,3 e 28,1 anos, respectivamente, para pacientes com diagnóstico de aborto.

O quadro clínico pouco ajuda no diagnóstico do aborto incompleto uma vez que é inespecífico e constituído basicamente por sangramento vaginal e cólicas em baixo ventre, sintomas comuns a várias intercorrências do primeiro trimestre da gestação. Além disso, a presença isolada de decídua pode provocar sintomas clínicos contínuos. (SAWYER, 2007; CARUSI, 2012).

McEwing (2009) conclui em seu trabalho que os sintomas apresentados pelas pacientes possuem pobre correlação com o achado histológico de restos ovulares e que mesmo mulheres assintomáticas apresentam achados ultrassonográficos sugestivos de retenção de produtos da concepção.

Na população deste estudo observou-se que a presença de cólicas está associada à retenção dos produtos da concepção ( $p=0,03$ ). Em contrapartida, Abbasi (2008), afirma que cólicas são mais comuns quando há apenas decídua no exame histopatológico. Em ambos os

trabalhos a associação foi estatisticamente significativa e não há, na literatura atual, dados que justifiquem ou excluam tal associação.

A ultrassonografia, principalmente a transvaginal, é o método auxiliar mais utilizado no diagnóstico da presença de retenção dos produtos da concepção porém, esta avaliação é considerada complexa porque a presença de restos ovulares pode produzir imagens variáveis, com sensibilidade e especificidade diagnósticas entre 44-85% e 88-94%, respectivamente. (ATRI, 2011).

Neste trabalho, frente à suspeita ultrassonográfica de aborto incompleto, foi demonstrada a presença de vilosidades coriônicas no exame histopatológico em 62,07% dos casos, dado semelhante ao encontrado por Abbasi (2008) - 60% e Zare e Zijerdi (2010) - 71%, porém, abaixo do referido por Sawyer (2007) - 85%.

Abbasi (2008) afirma que material hiperecogênico intracavitário é altamente sugestivo de retenção de produtos da concepção, com 78% de sensibilidade e 100% de especificidade. Já Sadan (2004), encontrou taxa de diagnóstico falso positivo de 29% para este mesmo dado ultrassonográfico. Tal divergência pode dever-se ao fato da avaliação do material intrauterino ser subjetiva e examinador dependente.

Dentre os achados ultrassonográficos suspeitos de retenção dos produtos da concepção a espessura endometrial é a mais utilizada mas não há consenso na literatura quanto ao melhor ponto de corte que defina aborto incompleto, variando de 8-15 milímetros. (USTUNYURT, 2008).

Kurtz (1991) chama atenção para o fato de que mesmo em endométrios tão finos quanto dois milímetros a presença de produtos da concepção não pode ser descartada. Já Atri (2011), afirma que é improvável que produtos da concepção clinicamente significativos estejam retidos quando a espessura endometrial é menor que 10mm.

De fato, existem controvérsias na literatura. Alguns autores sugerem que a chance de retenção dos produtos da concepção é diretamente proporcional à espessura endometrial. Outros, afirmam que não há correlação entre este achado e o resultado do exame histopatológico (tabela 03).

**Tabela 03** Comparação entre trabalhos disponíveis na literatura que correlacionam a espessura endometrial com o achado histopatológico de vilosidades coriônicas e decídua

Autores	Espessura endometrial (mm)		p
	Vilosidades coriônicas	Decídua	
<b>Este trabalho</b>	22,22	18,08	0,19
<b>Sawyer (2007)</b>	16,2	15,1	>0,05
<b>Abbasi (2008)</b>	16,3	17,2	0,540
<b>Ustunyurt (2008)</b>	16,2	12,7	<0,0001
<b>Zare; Zijerdi (2010)</b>	16,3	12,7	<0,001
<b>Atri (2011)</b>	21,0	18,0	>0,05

De acordo com Sawyer (2007) não há ponto de corte de espessura endometrial nem volume de tecido que possa ser utilizado para diferenciar produtos da concepção retidos de decídua e, na opinião deste autor, a avaliação subjetiva da imagem ultrassonográfica possui mais valor que medidas em si.

Além disso, Luise (2007) afirma que a espessura endometrial não é parâmetro clinicamente útil para prever o desfecho da conduta conservadora. Neste trabalho, 91% das pacientes completaram o seguimento sem necessidade de esvaziamento cirúrgico da cavidade uterina.

Quanto ao uso da dopplerfluxometria colorida a literatura é limitada e conflitante. Acredita-se que seus achados possam, em alguns casos, ajudar na distinção entre aborto

incompleto e presença apenas de coágulos intrauterinos. (ALCÁZAR, 2002; DIGHE, 2007; TULANDI, 2012).

Matijevic (2009) e Atri (2011) demonstraram tendência ao aumento na sensibilidade do diagnóstico de aborto incompleto quando junto à área endometrial focal ecogênica foi demonstrada a presença de vascularização. No entanto, é importante lembrar que a ausência de fluxo não exclui o diagnóstico de aborto incompleto. (DURFEE, 2005; ABBASI, 2008; BOTTOMLEY; BOURNE, 2009; TULANDI, 2012).

Para Casikar (2011), a importância da dopplerfluxometria colorida está na seleção das pacientes que serão submetidas à conduta expectante, afirmando que aquelas com fluxo sanguíneo ausente possuem maiores taxa de sucesso (89% versus 60,9%; p 0,001).

Apesar de, neste estudo, a média do tempo decorrido entre o exame ultrassonográfico e a realização da curetagem uterina não ter sido significativa entre as pacientes com e sem vilosidades coriônicas, a ausência destas, como já relatado por Sawyer (2007), pode ser explicada pela eliminação do material ovular enquanto a paciente aguardava o procedimento. Além disso, manda-se para análise histopatológica apenas uma amostra do material, a qual pode não conter restos ovulares.

O presente trabalho possui algumas limitações. É retrospectivo e a avaliação ultrassonográfica foi realizada por diversos examinadores, fato que pode influenciar os resultados porém, reflete a realidade da prática diária nas emergências obstétricas.

Na ausência de diretrizes claras e consenso na literatura atual, o manejo do aborto muitas vezes envolve a curetagem uterina, procedimento relativamente simples porém não isento de complicações como perfuração uterina, sangramento excessivo, sinéquias uterinas e infecção. Por outro lado, a retenção dos produtos da concepção pode causar sangramento prolongado, endometrite e aderências intra-uterinas que comprometem a fertilidade. (DEBBY, 2006; ABBASI, 2008; ATRI, 2011).

A seleção das pacientes com indicação para esvaziamento cirúrgico da cavidade uterina ou tratamento conservador, seja este medicamentoso ou expectante, é desejável e ao mesmo tempo difícil e esbarra em questões como condições clínicas, possibilidade de retorno ao serviço para acompanhamento e outras questões sócio-econômicas que devem ser discutidas entre médico assistente e paciente para que seja adotada a conduta mais segura e adequada para cada caso. (DEBBY, 2006; ABBASI, 2008).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de aborto incompleto é difícil uma vez que o quadro clínico é inespecífico e não há imagem ultrassonográfica padrão que defina a presença de retenção dos produtos da concepção.

Este estudo não tem pretensão e nem metodologia adequada para determinar a acurácia do exame ultrassonográfico no diagnóstico de aborto incompleto porém, chama atenção para o alto número de diagnósticos equivocados da patologia.

A prática atual que utiliza a espessura endometrial para este diagnóstico precisa ser revista na tentativa de reduzir o número de intervenções cirúrgicas desnecessárias que se traduzem em aumento dos custos para o sistema público e danos tanto físicos quanto psicológicos para as pacientes.

Por fim, é importante que sejam realizados novos estudos, prospectivos e com número significativo de pacientes, associando-se os achados clínicos aos exames complementares (ultrassonografia, dopplerfluxometria colorida e, talvez, novos marcadores bioquímicos) na tentativa de melhorar o diagnóstico desta condição tão importante e prevalente na Obstetrícia.

## **7 CONCLUSÃO**

Neste trabalho houve confirmação histopatológica do aborto incompleto em 62,07% dos casos com suspeita ultrassonográfica e a presença de cólicas foi a única variável associada à este diagnóstico.

Com relação à espessura endometrial, não foi encontrado ponto de corte que determine a presença de vilosidades coriônicas no exame histopatológico.

Não houve diferença significativa no tempo decorrido entre o exame ultrassonográfico e a realização da curetagem uterina entre pacientes que apresentaram vilosidades coriônicas e decídua no exame histopatológico.

## REFERÊNCIAS

1. ABBASI, S. et al. Role of clinical and ultrasound findings in the diagnosis of retained products of conception. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v.32, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18792059>. Acesso em: 25 jun. 2012.
2. ALCÁZAR, J.L.; ORTIZ, C.A. Transvaginal color Doppler ultrasonography in the management of first-trimester spontaneous abortion. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, vol. 102, 2002. Disponível em: <http://www.ejog.org>. Acesso em: 03 out. 2012.
3. ATRI, M. et al. Best Predictors of Grayscale Ultrasound Combined with Color Doppler in the Diagnosis of Retained Products of Conception. **J Clin Ultrasound**, v. 39, n.3, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21387325>. Acesso em: 25 jun. 2012.
4. BOTTOMLEY, C.; BOURNE, T. Diagnosing miscarriage. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v.23, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19502113>. Acesso em: 25 jun. 2012.
5. CASIKAR, I. et al. The use of power Doppler colour scoring to predict successful expectant management in women with an incomplete miscarriage. **Human Reproduction**, v.27, n.3, 2011. Disponível em: <http://humrep.oxfordjournals.org>. Acesso em: 05 nov. 2012.
6. CARUSI, D.A et al. Retained products of conception. **UpToDate**, 2012. Disponível em: [www.uptodate.com/online](http://www.uptodate.com/online). Acesso em: 24 set. 2012
7. DIGHE, M. et al. Sonography in First Trimester Bleeding. **Journal of Clinical Ultrasound**, v. 36, n.6, jul./ago. 2008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com>. Acesso em: 25 jun. 2012.
8. DEBBY, A. et al. Transvaginal ultrasound after first-trimester uterine evacuation reduces the incidence of retained products of conception. **Ultrasound Obstet Gynecol.**, v.27, 2006. Disponível em: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com). Acesso em: 25 jun. 2012.
9. DURFEE, S.M. et al. The Sonographic and Color Doppler Features of Retained Products of Conception. **J Ultrasound Med.**, v. 24, 2005. Disponível em: <http://www.jultrasoundmed.org>. Acesso em: 25 jun. 2012.

10. FEBRASGO. **Manual de orientação**. Assistência ao abortamento, parto e puerpério, 2010, 181p. Disponível em: [www.febRASGO.org.br](http://www.febRASGO.org.br). Acesso em 20 de fev. 2012.
11. GIACOBBE, M.; PASTORE, A.R. Hemorragias no 1º Trimestre de Gestação – Abortamento. In: PASTORE, A.R. **Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. p. 114-133.
12. KURTZ, A.B. et al. Detection of retained products of conception following spontaneous abortion in the first trimester. **J Ultrasound Med.**, v. 10, n.7, 1991. Disponível em: <http://www.jultrasoundmed.org>. Acesso em: 23 set. 2012
13. LUISE, C. et al. Expectant management of incomplete, spontaneous first-trimester miscarriage: outcome according to initial ultrasound criteria and value of follow-up visits. **Ultrasound Obstet Gynecol.**, v. 19, 2002; 19. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12099260>. Acesso em: 25 jun. 2012
14. MARTINS, I.R. et al. Aborto Induzido em Mulheres de Baixa Renda —*Dimensão de um Problema*. **Cadernos de saúde pública**, v. 6, n.2, abr./jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 01 nov. 2012.
15. MATIJEVIC, R. et al. Diagnostic accuracy of sonographic and clinical parameters in the prediction of retained products of conception. **J Ultrasound Med.**, v. 28, n. 3, mar. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: 23 set. 2012.
16. MCEWING, R.L. et al. Sonographic Appearances of the Endometrium After Termination of Pregnancy in Asymptomatic Versus Symptomatic Women. **J Ultrasound Med.**, n. 28, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 23 set. 2012.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma técnica**. Atenção humanizada ao abortamento. Brasília, 2005, 36p. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 25 jun. 2012
18. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). **Green-top guideline**. The management of early pregnancy loss, 2006. Available in: <http://www.rcog.org.uk>
19. SADAN, O. et al. Role of sonography in the diagnosis of retained products of conception. **J Ultrasound Med.**, v.23, n. 3, 2004. Disponível em: [HTTP://www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov). Acesso em: 25 jun. 2012.

20. SAWYER, E. et al. The value of measuring endometrial thickness and volume on transvaginal ultrasound scan for the diagnosis of incomplete miscarriage. **Ultrasound Obstet Gynecol.**, v. 29, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 25 jun. 2012.
21. SILVA, E.P. Abortamento. In: NETTO, H.C.; SÁ, R.A.M. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Atheneu, 2007. p.183-190
22. TULANDI, T. et al. Spontaneous abortion: risk factors, etiology, clinical manifestations and diagnostic evaluation. **UpToDate**, 2012. Disponível em: [www.uptodate.com/online](http://www.uptodate.com/online). Acesso em: 24 set. 2012
23. USTUNYURT, E. et al. Role of transvaginal sonography in the diagnosis of retained products of conception. **Arch Gynecol Obstet.**, v. 277, n.2, fev. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17710427>. Acesso em: 25 jun. 2012
24. ZARE, Z.; ZIJERDI M.S. Can Ultrasound Predict the Presence of Retained Products of Conception Following First-Trimester Spontaneous Abortion? **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 12, n.2, 2010. Disponível em: [www.irmj.ir](http://www.irmj.ir). Acesso em: 23 jun. 2012.