

**LUANA EMILIO MACHADO**

**MALFORMAÇÃO UTERINA CONGÊNITA COMO  
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOME AGUDO**  
**relato de caso de revisão de literatura**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Florianópolis**  
**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**2024**

**LUANA EMILIO MACHADO**

**MALFORMAÇÃO UTERINA CONGÊNITA COMO  
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOME AGUDO**  
**relato de caso de revisão de literatura**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edevard José de Araujo**  
**Professor Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Sommacal**

**Florianópolis**  
**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**2024**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família pelo apoio para chegar até o final do curso.

Agradeço ao Júlio César por ser um exemplo e guia.

Agradeço aos meus amigos de curso pela companhia ao longo do caminho. Em especial ao Alex pela ajuda com correções. Sem vocês o caminho seria longo e sem luz.

Agradeço aos meus amigos da vida Laura e Giulia por sempre estarem presentes.

## RESUMO

**Introdução:** O sistema genital feminino desenvolve-se principalmente a partir dos ductos paramesonéfricos, que formam a maior parte do trato genital, incluindo tubas uterinas e primórdios uterovaginais. Na 8ª semana de gestação, interrupções no desenvolvimento dos primórdios uterovaginais resultam em malformações uterinas. Em crianças pré-púberes, essas malformações são geralmente achados incidentais devido a sua natureza assintomática, mas também podem cursar com menorragia ou dismenorréia intensa. A prevalência na população geral é cerca de 5,5%, variando entre 5% e 10% em mulheres investigadas por infertilidade.

**Objetivos:** A presente pesquisa tem por objetivo principal descrever um caso clínico de uma adolescente com malformações mullerianas que se apresentou inicialmente com sintomas de abdome agudo na emergência e enfermaria pediátrica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago de Florianópolis-SC, sendo incomum tal diagnóstico.

**Métodos:** O estudo se utilizará do acesso ao prontuário do paciente como metodologia, a fim de realizar análise retrospectiva do caso. A revisão do tema para confecção da pesquisa será feita a partir de publicações disponíveis em bases de dados como PubMed, Scielo, Cochrane, Portal de Periódicos Capes, Lilacs entre outros, além de livros físicos disponíveis na biblioteca do hospital em questão.

**Conclusões:** As malformações mullerianas podem causar dor abdominal intensa e menstruação prolongada em adolescentes, sendo fundamental o diagnóstico e caracterização por ressonância magnética e um manejo multidisciplinar, podendo-se utilizar ultrassonografia transabdominal/transvaginal inicialmente. A medroxiprogesterona se mostrou eficaz na indução de amenorreia e alívio dos sintomas até um planejamento cirúrgico adequado.

**Palavras-chaves:** Malformações Mullerianas; Abdome agudo; Pediatria;

## ABSTRACT

**Introduction:** The female genital system primarily develops from the paramesonephric ducts, which form most of the genital tract, including the uterine tubes and uterovaginal primordia. In the 8th week of gestation, interruptions in the development of the uterovaginal primordia result in uterine malformations. In prepubescent children, these malformations are usually incidental findings due to their asymptomatic nature but may also present with menorrhagia or severe dysmenorrhea. The prevalence in the general population is about 5.5%, ranging from 5% to 10% in women investigated for infertility.

**Objectives:** The main objective of this research is to describe a clinical case of an adolescent with mullerian malformations who initially presented with symptoms of acute abdomen in the emergency room and pediatric ward of the Professor Polydoro Ernani de São Tiago University Hospital in Florianópolis, SC, making such a diagnosis uncommon.

**Methods:** The study will use access to the patient's medical records as a methodology to conduct a retrospective analysis of the case. The review of the topic for the research will be based on publications available in databases such as PubMed, Scielo, Cochrane, the Capes Journal Portal, Lilacs, among others, as well as physical books available in the hospital library in question.

**Conclusions:** Mullerian malformations can cause severe abdominal pain and prolonged menstruation in adolescents, making diagnosis and characterization using magnetic resonance imaging and multidisciplinary management essential, with transabdominal/transvaginal ultrasound being possible initially. Medroxyprogesterone was effective in inducing amenorrhea and relieving symptoms until adequate surgical planning was achieved.

**Keywords:** Mullerian Malformations; Acute Abdomen; Pediatrics

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| FIGURA 1 - exame de USG realizado durante a internação.....   | 15 |
| FIGURA 2 - Classificação proposta pela Sociedade Americana de Fertilidade - AFS (1988).....                         | 17 |
| FIGURA 3 - Agenesia mulleriana e cervical, útero unicorno e didelfo pela ASRM...                                    | 18 |
| FIGURA 4 - Útero bicorno pela ASRM.....   | 18 |
| FIGURA 5 - Útero septado e septo vaginal transversal pela ASRM.....   | 19 |
| Figura 6 - Septo vaginal longitudinal e anomalias complexas pela ASRM.....  | 19 |
| Figura 7 - Página com elementos educacionais da ferramenta .....  | 20 |
| FIGURA 8 - VCUAM Classificação 2005.....  | 21 |
| FIGURA 9 - ESHRE e ESGE Classificação.....  | 22 |
| FIGURA 10 - Esquema da Classificação ESHRE e ESGE.....  | 22 |
| FIGURA 11 - útero unicorno com corno esquerdo rudimentar e cavidade endometrial distendida devido a obstrução ..... | 24 |
| FIGURA 12 - Útero didelfo com dois cornos divergentes divididos por uma protusão da parede e duplo cervix.....      | 25 |
| FIGURA 13 - Útero bicorno com fusão parcial dos cornos e comunicação entre as cavidades endometriais.....           | 25 |
| FIGURA 14 - Útero arqueado com protrusão de parede endometrial.....   | 26 |

## **LISTA DE SIGLAS**

AFS Sociedade Americana de Fertilidade

ASRM Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva

CUME Malformações Uterinas Congenitas por Experts

DES dietilestilbestrol

ESGE Sociedade Europeia de Ginecologia e Endoscopia

ESHRE Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia

FID Fossa Ilíaca Direita

HAM Hormônio Anti Mulerriano

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TALE Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

USG Ultrassonografia

VCUMA vagina, cérvix, útero, anexos e malformações associadas

## **LISTA DE ANEXOS**

|  |    |
|--|----|
| ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..                         | 31 |
| ANEXO 2: TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE).....                       | 33 |
| ANEXO 3: FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIOS PARA<br>CONSULTAS E PESQUISAS..... | 35 |
| ANEXO 4: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....   | 36 |
| ANEXO 5: CARTA DE ANUÊNCIA GEP.....  | 37 |

## SUMÁRIO

|   |      |
|---|------|
| <b>AGRADECIMENTOS</b> .....                   | iii  |
| <b>RESUMO</b> .....                           | iv   |
| <b>ABSTRACT</b> .....                         | v    |
| <b>LISTA DE FIGURAS</b> .....                 | vi   |
| <b>LISTA DE SIGLAS</b> .....                  | vii  |
| <b>LISTA DE ANEXOS</b> .....                  | viii |
| <br>  |      |
| 1. INTRODUÇÃO.....                            | 10   |
| 2. OBJETIVOS.....                             | 11   |
| 2.1 Objetivo Principal.....                   | 11   |
| 2.2 Objetivos Secundários.....                | 12   |
| 3. METODOLOGIA.....                           | 12   |
| 4. RELATO DE CASO.....                        | 13   |
| 5. REVISÃO DE LITERATURA.....                 | 15   |
| 5.1 Malformações uterinas: como ocorrem?..... | 15   |
| 5.2 Classificando malformações.....           | 16   |
| 5.3 Sintomas e apresentações clínicas.....    | 23   |
| 5.4 Diagnóstico e tratamento.....             | 23   |
| 6. CONCLUSÃO.....                             | 27   |
| <br>  |      |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....                      | 26   |
| <b>NORMAS ADOTADAS</b> .....                  | 28   |
| <b>ANEXO</b> .....                            | 29   |

## 1. INTRODUÇÃO

O sistema genital feminino desenvolve-se a partir da fusão dos ductos paramesonéfricos, responsáveis pela formação da maior parte do trato genital feminino, sendo as tubas uterinas formadas a partir das partes craniais não fundidas desses ductos e os primórdios uterovaginais formados a partir das partes caudais fusionadas. Os ductos mesonéfricos que contribuem para a formação do sistema genital masculino regridem no embrião feminino devido a ausência de testosterona. (1)

Durante a 8ª semana de gestação, a parada do desenvolvimento do primórdio uterovaginal traz como consequências a formação de malformações uterinas congênitas. (2) Entre eles podemos citar defeitos de fusão incompleta dos ductos paramesonéfricos, desenvolvimento incompleto de um ou ambos ductos, desenvolvimento incompleto de algumas partes. (2) Classificar as malformações uterinas é um trabalho árduo devido ao grande leque de variações existentes. (3) Devido a esse fato, diferentes classificações foram propostas na tentativa de englobar os diversos aspectos envolvidos, sendo a mais utilizada a classificação da Sociedade Americana de Fertilidade (AFS). (4)

A prevalência das malformações uterinas apresenta difícil avaliação devido a ausência de uniformidade diagnóstica e pelo quadro assintomático de muitas anomalias. (5) Uma revisão sistemática de 94 estudos observacionais, que englobou 89.861 mulheres, revelou que a prevalência de malformações uterinas na população não selecionada - isto é, mulheres não submetidas a investigações de infertilidade ou aborto recorrente - é de 5,5%.<sup>3</sup> No entanto, estudos demonstram que essa taxa pode variar entre 5% a 10% entre mulheres em investigação para infertilidade, ou equivaler a 13,3% em mulheres com histórico de aborto ou ainda 24,5% em mulheres que apresentam tanto infertilidade quanto histórico de aborto. Entre as mulheres não selecionadas, as malformações mais comuns incluem útero arqueado (3,9%), defeitos de canalização (2,3%) e útero bicornio (0,4%). (6) (7)

Na população pediátrica pré-puberal, devido ao seu caráter assintomático, a maior parte das malformações uterinas congênitas são achados incidentais encontrados em investigações por outros motivos. (8) Quando sintomáticos se manifestam clinicamente com amenorreia ou dismenorreia. (9). É importante a adequada caracterização das malformações uterinas para evitar comprometer o desenvolvimento ginecológico e de fertilidade. (8)

Para melhor avaliação e classificação das malformações uterinas na população pediátrica a ressonância magnética é o melhor exame de imagem a ser utilizado.(10) Além de ser menos invasivo e evitar radiação ionizante, é mais tolerável do que histerossalpingografia ou a ultrassonografia (USG) pélvica transvaginal em crianças. (8) Além disso, a ressonância magnética é o método mais indicado para a distinção entre casos cirúrgicos e não cirúrgicos.(11)

Apesar de relativamente rara, essa condição pode apresentar desfechos desfavoráveis em termos reprodutivos e obstétricos. (9) (12) Uma revisão sistemática e metanálise a respeito do desempenho reprodutivo das mulheres com malformações uterinas congênicas, mostrou que mulheres com maior deformidade da cavidade uterina, como útero septado e bicorno, apresentam maior probabilidade de aborto espontâneo durante o primeiro e segundo trimestre.(13) Além disso, estudos mostram que as malformações uterinas congênicas podem cursar com piores desfechos obstétricos, como risco aumentado de parto prematuro, baixo peso e extremo baixo peso ao nascer e apresentações desfavoráveis durante o trabalho de parto.(12) (13) (14)

O manejo das malformações uterinas congênicas tem como objetivo melhorar o resultado reprodutivo, reduzir os abortamentos e partos prematuros, reduzir sintomas como dor pélvica e melhorar a qualidade de vida, sendo que as opções de tratamento variam, podendo incluir abordagens expectantes e cirúrgicas, dependendo da natureza exata da anomalia e dos planos reprodutivos da paciente.(15)(16) As técnicas histeroscópicas possibilitam correção relativamente fácil para alguns casos, como de septação, útero arqueado e em alguns casos de útero bicorno parcial.(17) Contudo, a decisão de tratar essas malformações está sujeita à análise do prognóstico e à eficácia do tratamento em restabelecer não apenas a anatomia, mas também a função normal do útero.(17)

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Principal**

O objetivo principal deste estudo é descrever um caso clínico de uma adolescente com malformações mullerianas que se apresentou inicialmente com sintomas de abdome agudo em uma emergência e enfermaria pediátrica.

## **2.2 Objetivos Secundários**

Os objetivos secundários deste estudo incluem revisar a apresentação clínica, os métodos diagnósticos, a classificação das diferentes malformações mullerianas, as opções terapêuticas disponíveis, bem como o prognóstico e as implicações clínicas futuras. Além disso, destaca-se a importância de considerar diagnósticos diferenciais que englobam malformações do trato genital feminino em pacientes do sexo feminino no início da puberdade.

## **3. METODOLOGIA**

Este estudo consistirá em uma análise retrospectiva de um caso clínico de uma adolescente que apresentou inicialmente sintomas de abdome agudo e posteriormente foi diagnosticada com malformações mullerianas, por meio da consulta de prontuário.

Os dados serão coletados por meio da revisão do prontuário médico, incluindo informações sobre a história clínica, exames físicos realizados, resultados de exames laboratoriais e de imagem, intervenções terapêuticas adotadas e evolução clínica durante a hospitalização na emergência e enfermaria pediátrica.

Os dados coletados serão analisados de forma descritiva, destacando os principais achados clínicos, diagnósticos, tratamentos realizados e desfechos clínicos da adolescente com malformações mullerianas que apresentou sintomas de abdome agudo. Os resultados serão interpretados à luz da literatura médica existente sobre o tema.

Será realizada uma revisão bibliográfica abrangente sobre o tema. As fontes de informação incluirão bases de dados eletrônicas, como PubMed, Scielo, Cochrane, Portal de Periódicos Capes e Lilacs, além de livros físicos e digitais disponíveis sobre o tema.

O estudo será conduzido de acordo com os princípios éticos da pesquisa médica, assegurando a proteção dos direitos e da privacidade da paciente envolvida. Para tanto, será obtido o consentimento informado dos responsáveis legais da paciente para a utilização de seus dados clínicos no relato de caso. Este consentimento será obtido mediante a realização de uma reunião explicativa, na qual os objetivos do estudo serão apresentados e eventuais dúvidas sanadas. Posteriormente, será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que formaliza a autorização para participação no estudo (anexo X).

Devido à participante ser uma adolescente, será preparado um Termo de Assentimento

Livre e Esclarecido (TALE) redigido de maneira apropriada à faixa etária, utilizando linguagem acessível e compreensível para facilitar a apresentação do estudo, em conformidade com os padrões éticos da pesquisa clínica. O TALE tem como objetivo garantir que a adolescente esteja plenamente informada sobre sua participação no estudo e compreenda os objetivos e as informações relevantes antes de consentir em participar. O TALE será lido em voz alta para a paciente e para os responsáveis legais para que ambos estejam cientes do documento.

Os dados coletados serão armazenados de forma segura em um computador dos pesquisadores, com acesso restrito por senha apenas aos membros da equipe envolvidos no estudo. Após um período de 5 anos, os dados serão adequadamente eliminados para garantir a privacidade e confidencialidade das informações.

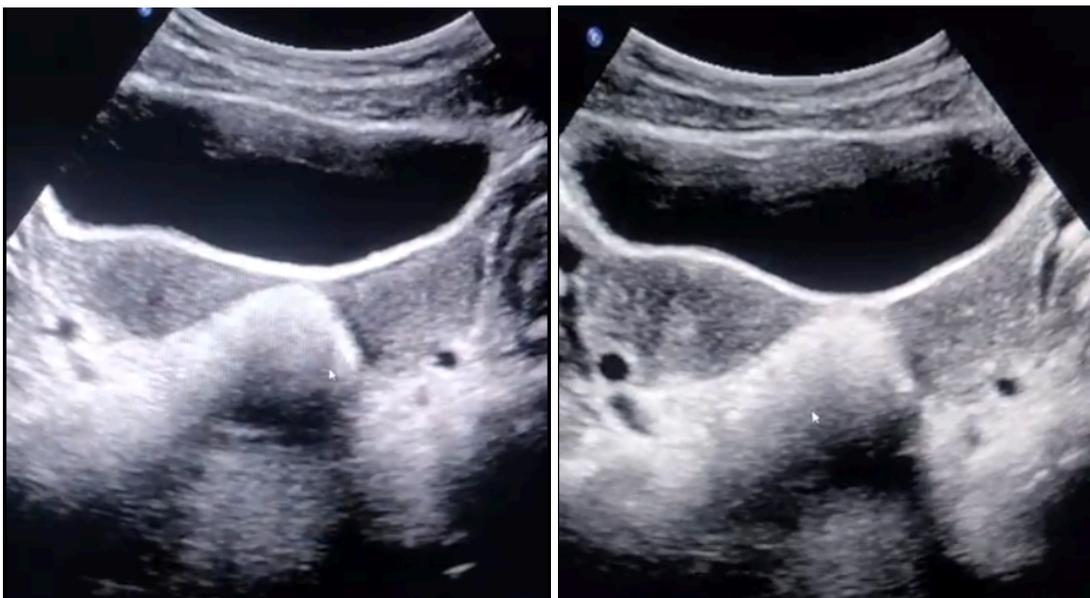
Esta metodologia garantirá a precisão e a confiabilidade do relato de caso, contribuindo para o conhecimento e compreensão das malformações uterinas congênitas em pacientes pediátricos com apresentação de abdome agudo na prática clínica.

#### **4. RELATO DE CASO**

Paciente feminina, 13 anos, gesta zero, telarca aos 10 anos, menarca aos 13 anos, nega sexarca, data da última menstruação 14/11/23 (15 dias antes da consulta em emergência hospitalar, sem comorbidades prévias relevantes, vem encaminhada de hospital secundário para avaliação devido a quadro de dor abdominal intensa em cólica, localizada na fossa ilíaca direita (FID), de forte intensidade associada a menstruação prolongada de 16 dias, mas sem metrorragia. Relata piora progressiva da dor há 4 dias, com episódios de vômito, o que a levou a buscar atendimento médico. Em emergência pediátrica, foi administrado Tramadol e morfina para controle da dor e solicitado USG de abdome inferior levando em consideração a hipótese diagnóstica de dor abdominal a esclarecer/dismenorreia. De história mórbida pregressa foi relatado que a paciente apresenta menstruação prolongada com duração de 16 dias, associada a episódios de dor cíclica intensa após a menstruação, iniciada após a menarca, porém com bom controle algico até então. A USG abdominal revelou a presença de um cisto hemorrágico íntegro no ovário direito, achado que já havia sido detectado em USG anterior. Ao exame físico se encontrava em bom estado geral, ativa, reativa, contactante, anictérica, acianótica, eupneica. Aparelho respiratório e cardíaco sem alterações. Ao exame o abdome se

encontrava plano, com ruídos hidroaéreos presentes, flácido, doloroso à palpação em FID, sem sinais de defesa ou irritação peritoneal. Pulsos presentes simétricos e rítmicos. Extremidades aquecidas e perfundidas. Paciente foi internada devido a manutenção da dor, mesmo com medicação sintomática e exames para investigação de abdome agudo (laboratório, raio X rotina de abdome agudo) foram solicitados que apresentaram resultado normal. Além disso, foi solicitado parecer da equipe de Ginecologia e Obstetrícia do hospital que informou que não havia condutas ginecológicas no momento. Durante sua primeira internação apresentou bom controle algico com escopolamina + dipirona e compressa quente e manteve boa ingesta alimentar e hídrica. Paciente recebeu alta com hipótese diagnóstica de cisto ovariano íntegro, medicações sintomáticas e orientações de sinais de alarme. Entretanto, a paciente retorna para emergência queixando-se de dor abdominal intensa. Na admissão, a paciente estava agitada, chorando e gritando e referindo dor abdominal significativa, especialmente localizada na FID. Informou ter recebido alta do serviço no mesmo dia, quando apresentava dor leve, mas relatou que a dor havia retornado com maior intensidade à noite. Também mencionou estar com leve sangramento vaginal, porém sem piora durante o período em que esteve fora do hospital. No exame físico, se encontrava em regular estado geral pela dor, agitada, chorosa, corada, hidratada. Ao exame, o abdome se encontrava plano, com ruídos hidroaéreos presentes, com dor e defesa em FID, porém sem conseguir definir se era de maneira involuntária ou voluntária. Não apresentava descompressão brusca dolorosa. Apresentava pulsos presentes e simétricos com tempo de enchimento capilar menor que 2 segundos. Pressão arterial de 132x80mmHg. Foi levantada a hipótese diagnóstica novamente de abdome agudo, solicitado exames laboratoriais e uma tomografia de abdome e pelve, além de realizada a internação. Os exames laboratoriais não apresentaram alterações e a tomografia apresentou em seu laudo: achados de formação cística com paredes espessas na região anexial direita, medindo 2,2 cm no maior eixo que deveriam ser melhor caracterizados por estudo dirigido, demais órgãos abdominais avaliados não apresentaram alterações relevantes no contexto de emergência. Novamente a equipe médica não conseguiu encontrar alterações que justificassem o quadro clínico de dor abdominal e começaram a pensar em causas psicológicas para o caso. Durante a internação manteve quadro de dor controlado após administração de sintomáticos. Manteve-se afebril durante toda a internação. No período, foi acompanhada por equipe de psiquiatria, psicologia, gastroenterologia e ginecologia. Em novo USG pélvico realizado foi constatada os seguintes achados: útero em AFV, de contornos regulares, medindo

aproximadamente 6,8x2,5x3,2cm, volume de 33,9cm<sup>3</sup>, nota-se cavidade uterina extranumerária à direita da cavidade principal, repleta de conteúdo denso em seu interior, medindo aproximadamente 3,3x2,5x3,2cm com volume de 14cm<sup>3</sup>, impressão diagnóstica de achados sugestivos de malformação mulleriana uterina com hematometra na cavidade direita (Figura 1). Ou seja, a paciente apresentava um útero com 2 cornos uterinos sendo que dos um cornos era rudimentar ou não apresentava comunicação externa e por isso a cada ciclo menstrual parte do conteúdo produzido permanecia retido dentro da cavidade ocasionando extrema dor pélvica, o que no princípio foi investigado para possíveis causas de abdome agudo e/ou psicológicas. Frente a isso, a conduta inicial da ginecologia e obstetrícia foi conservadora, com acompanhamento ambulatorial e programação de realização de ressonância magnética para melhor avaliação do tipo de malformação uterina e da necessidade de abordagem cirúrgica. Por fim, para controle de sintomas e indução da amenorreia foi prescrito medroxiprogesterona.



**Figura 1** - exame de USG realizado durante a internação. Pode-se observar a divisão dos dois cornos uterinos.

## **5. REVISÃO DE LITERATURA**

### **5.1 Malformações uterinas: como ocorrem?**

Os ductos de Müller (paramesonéfricos) e os ductos de Wolff (mesonéfricos) são estruturas embriológicas que contribuem para a formação do sistema reprodutor feminino e masculino que são desenvolvidos durante a 6<sup>a</sup> semana de gestação.(8) Os ductos de Wolff

agem como elementos guias para a correta fusão, reorganização e reabsorção dos ductos de Müller. (5) Com a ausência do hormônio anti-mulleriano os ductos de Müller se desenvolvem plenamente dando origem ao útero e parte da vagina do sistema reprodutor feminino, enquanto os ductos de Wolff regridem. Já no sexo masculino a testosterona produzida pelo testículo fetal estimula o desenvolvimento dos ductos de Wolff enquanto o hormônio anti-mulleriano (HAM) produzido pelas células de Sertoli inibem o desenvolvimento dos ductos de Müller. (1)

Em relação ao desenvolvimento dos ductos de Müller, as partes craniais que não se fundem formam as tubas uterinas, já as partes caudais fusionadas dos ductos dão origem ao primórdio uterovaginal, que futuramente irá formar o útero e a parte superior da vagina. (1) Interferências na diferenciação inicial desses ductos resultam em aplasia uterina, cervical e da parte superior da vagina. (8) Falha no processo de fusão das partes caudais dos ductos, o primórdio uterovaginal, dão origens a útero didelfo, útero bicorno e unicorno. (8) Falhas na canalização final do desenvolvimento uterino dão origem a úteros septados e arqueados. (8). Em relação a parte inferior da vagina, sua formação embriológica ocorre a partir do contato do primórdio uterovaginal com o seio urogenital que induz a formação da vagina, e a falha nesse contato entre as duas estruturas resulta em agenesia da vagina. (8) (1)

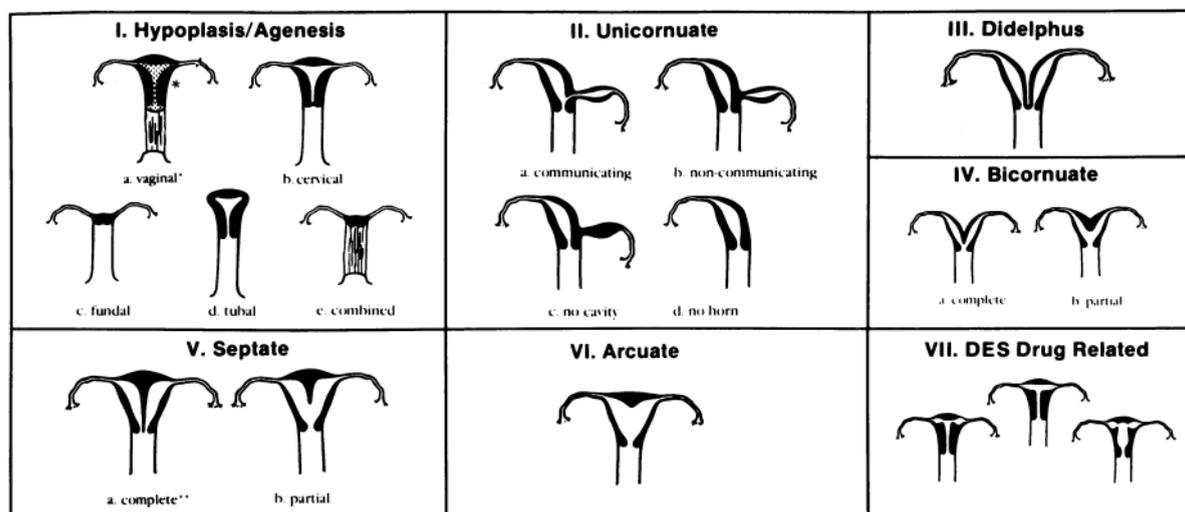
Existe uma associação entre malformações mullerianas e malformações do sistema urinário devido a sua relação e origem embriológica. (1) Os botões ureterais, responsáveis pela formação dos ureteres, cálices renais e sistema coletor, surgem dos ductos Wolffianos. Como os ductos de Wolff guiam o desenvolvimento dos ductos mullerianos, a ausência ou lesão de um ducto de Wolff afeta tanto o desenvolvimento renal quanto o dos ductos mullerianos. (8)

## **5.2 Classificando malformações**

Muitos modelos de classificação foram propostos ao longo dos anos para identificar e agrupar as malformações uterinas, sendo o modelo mais utilizado feito pela Sociedade Americana de Fertilidade AFS de 1988 (atualmente denominada Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva - ASRM), devido a sua simplicidade de facilidade de entendimento. (18) (5).

Esse modelo classifica as malformações de acordo com o tipo de falha dos ductos mullerianos para se desenvolver. Nesta classificação as malformações são divididas em 7 grupos, sendo elas: (i) agenesia e hipoplasias, (ii) útero unicorno, (iii) útero didelfo, (iv)

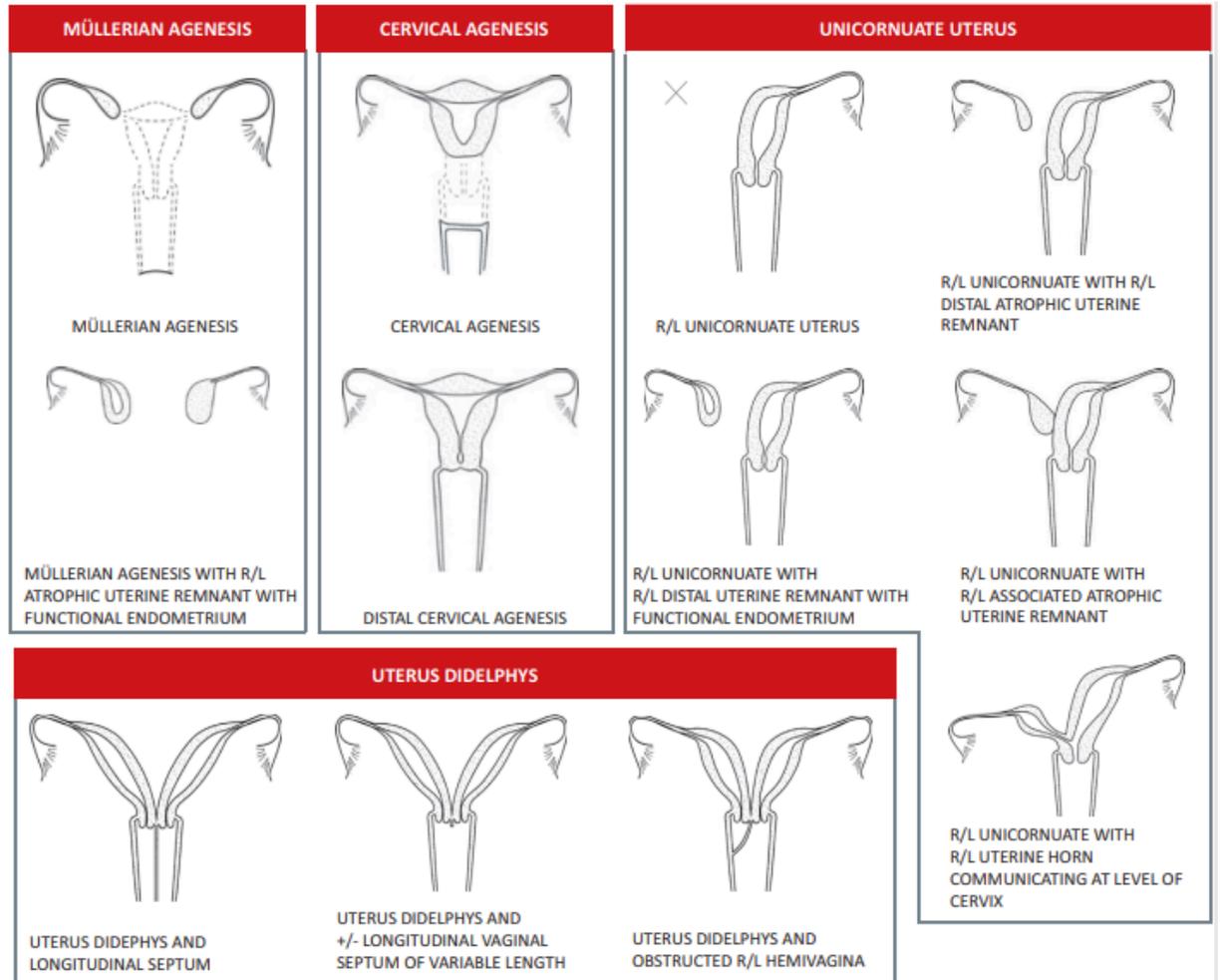
útero bicornio, (v) útero septado, (vi) útero arqueado e (vii) anomalias relacionadas à síndrome por exposição ao dietilestilbestrol (DES).(4) Contudo, essa classificação apresenta críticas por não incluir malformações envolvendo cérvix e vagina e não ser capaz de classificar malformações complexas. (18) (5)



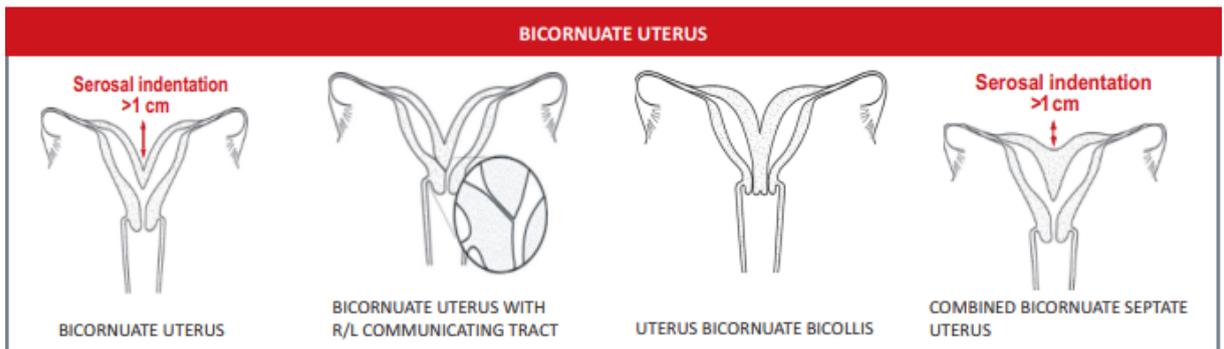
\* Uterus may be normal or take a variety of abnormal forms.  
 \*\* May have two distinct cervixes

**Figura 2** - Classificação proposta pela Sociedade Americana de Fertilidade - AFS (1988).

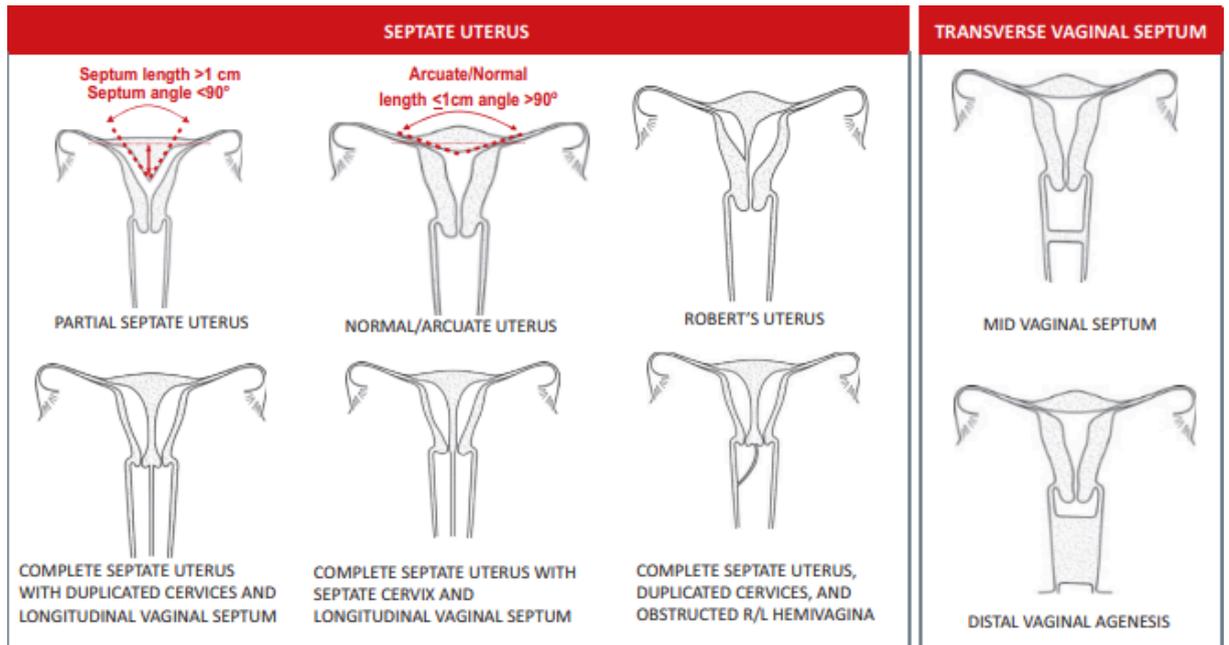
A ASRM publicou em 2021 uma atualização da classificação da AFS de 1988, na tentativa de superar as desvantagens apresentadas anteriormente. (18). Nesta atualização, no lugar de 7 grupos de malformações são apresentados 9 grupos, sendo eles agenesia mulleriana, agenesia cervical, útero unicorno, útero didelfo, útero bicornio, útero septado, septo vaginal longitudinal, septo vaginal transverso, e malformações complexas. (3) (19)



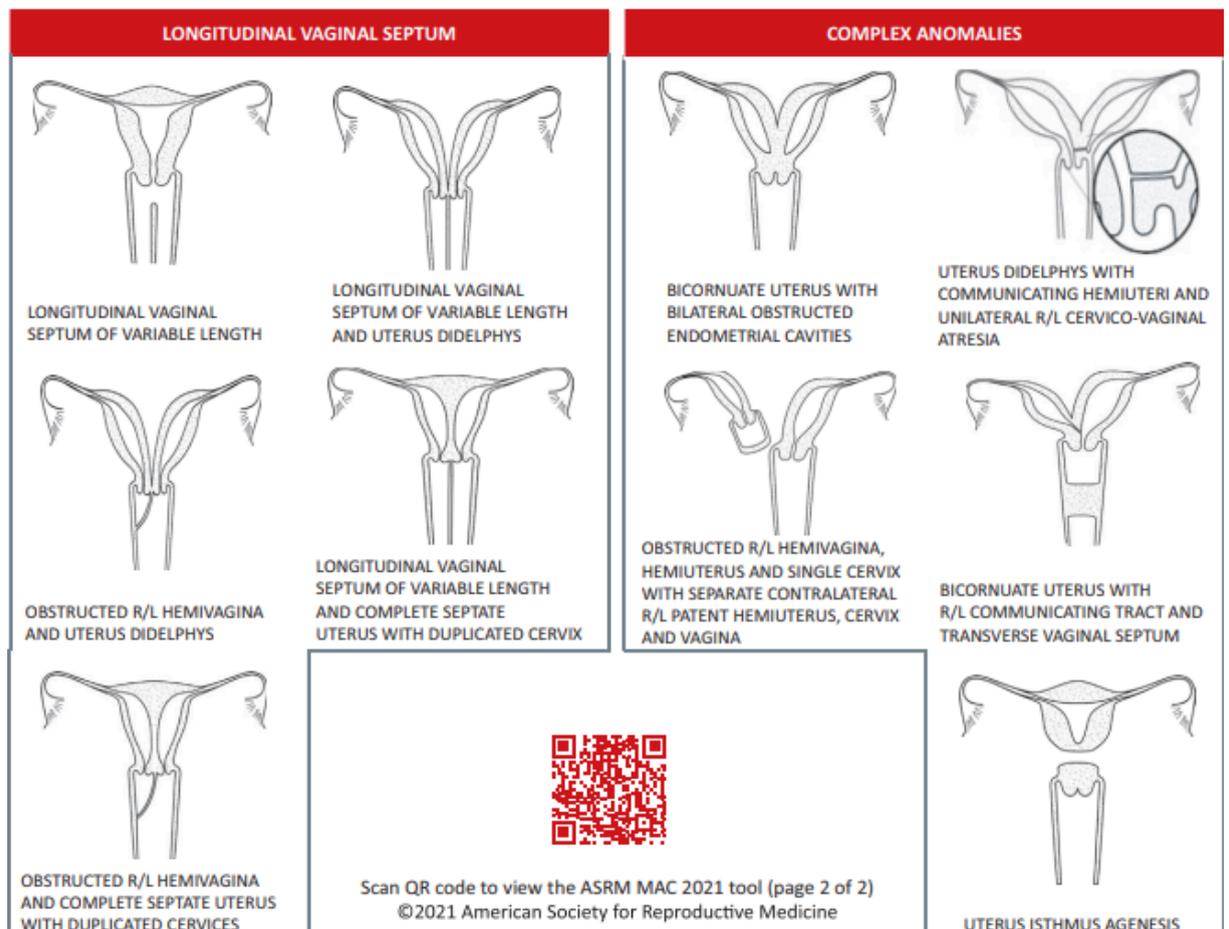
**Figura 3** - agenesia mulleriana e cervical, útero unicorno e didelfo pela ASRM.



**Figura 4** - Útero bicorno pela ASRM



**Figura 5** - Útero septado e septo vaginal transversal pela ASRM



**Figura 6** - Septo vaginal longitudinal e anomalias complexas pela ASRM

Entre as vantagens dessa nova classificação, além da adição de 3 novas categorias ,

encontra-se a denominação de cada categoria com uma simples descrição da anomalia, substituindo a denominação por algarismos romanos. Além disso, juntamente com o desenvolvimento dessa classificação foi criado também um instrumento interativo, com informações extras sobre diagnóstico, exames de imagens como exemplo e condutas possíveis para cada categoria, servindo para auxiliar profissionais da saúde e também como instrumento educativo. Um exemplo desta ferramenta pode ser observado na figura 6. (20)



**Figura 7** - Página com elementos educacionais da ferramenta. Cada ícone leva a uma página própria.

A classificação VCUMA (vagina, cérvix, útero, anexos e malformações associadas) foi criada em 2005 com o objetivo de descrever as malformações de uma maneira precisa usando um sistema de letras similar ao usado na classificação TNM para casos oncológicos. (21) Nesta classificação são criados grupos de acordo com a anatomia que recebem uma letra de identificação (e cada malformação recebe uma associação de letra e número. (21) Apesar desta classificação descrever diversas malformações precisamente ela se mostra complexa e de difícil usabilidade na prática clínica sem o auxílio de

imagens complementares.(5) (22)

| Description of the individual malformations relative to the organ. |         |  |
|--|---------|--|
| <b>Vagina (V)</b>  | 0       | Normal   |
|  | 1a      | Partial hymenal atresia  |
|  | 1b      | Complete hymenal atresia   |
|  | 2a      | Incomplete septate vagina <50%   |
|  | 2b      | Complete septate vagina  |
|  | 3       | Stenosis of the introitus  |
|  | 4       | Hypoplasia   |
|  | 5a      | Unilateral atresia   |
|  | 5b      | Complete atresia   |
|  | S1      | Sinus urogenitalis (deep confluence)   |
|  | S2      | Sinus urogenitalis (middle confluence)   |
|  | S3      | Sinus urogenitalis (high confluence)   |
|  | C       | Cloacae  |
|  | +       | Other  |
| #  | Unknown |  |
| <b>Cervix (C)</b>  | 0       | Normal   |
|  | 1       | Duplex cervix  |
|  | 2a      | Unilateral atresia/aplasia   |
|  | 2b      | Bilateral atresia/aplasia  |
|  | +       | Other  |
|  | #       | Unknown  |
| <b>Uterus (U)</b>  | 0       | Normal   |
|  | 1a      | Arcuate  |
|  | 1b      | Septate <50% of the uterine cavity   |
|  | 1c      | Septate >50% of the uterine cavity   |
|  | 2       | Bicornate  |
|  | 3       | Hypoplastic uterus   |
|  | 4a      | Unilaterally rudimentary or aplastic   |
|  | 4b      | Bilaterally rudimentary or aplastic  |
|  | +       | Other  |
|  | #       | Unknown  |
| <b>Adnexa (A)</b>  | 0       | Normal   |
|  | 1a      | Unilateral tubal malformation, ovaries normal                                      |
|  | 1b      | Bilateral tubal malformation, ovaries normal                                       |
|  | 2a      | Unilateral hypoplasia/gonadal streak (including tubal malformation if appropriate) |
|  | 2b      | Bilateral hypoplasia/gonadal streak (including tubal malformation if appropriate)  |
|  | 3a      | Unilateral aplasia   |
|  | 3b      | Bilateral aplasia  |
|  | +       | Other  |
| #  | Unknown |  |
| <b>associated Malformation (M)</b>                                 | 0       | None   |
|  | R       | Renal system   |
|  | S       | Skeleton   |
|  | C       | Cardiac  |
|  | N       | Neurologic   |
|  | +       | Other  |
|  | #       | Unknown  |

**Figura 8 - VCUAM classificação 2005.**

A sociedade europeia de reprodução humana e embriologia (ESHRE) e a sociedade europeia de ginecologia e endoscopia (ESGE) em 2013 desenvolveram uma classificação baseada na anatomia uterina. (23) Nessa classificação as malformações são divididas em grupos principais que apresentam a mesma origem embrionária e posteriormente divididos em subclasses que representam variações anatômicas com relevância clínica. Os defeitos vaginais e cervicais são classificados separadamente. (23) Estudos mostram que essa classificação apresenta até 3 vezes mais diagnósticos de útero septado quando comparada com a classificação da ASRM de 1988, sendo que esses casos seriam classificados apenas como útero arqueado ou normal pela classificação da ASRM. (24)

Além do sobrediagnóstico essa classificação pode levar ao sobretratamento, com indicações cirúrgicas desnecessárias.

|           | <b>Main class</b><br><b>Uterine anomaly</b>    | <b>Main sub-class</b>   | <b>Co-existent sub-class</b><br><b>Cervical/vaginal anomaly</b>  |
|-----------|--|---|--|
| Class 0   | Normal uterus                                  |   | <i>Cervix</i><br>C0: Normal  |
| Class I   | Dysmorphic uterus                              | a. T-shaped<br>b. Infantilis  | C1: Septate<br>C2: Double 'normal'<br>C3: Unilateral aplasia/dysplasia   |
| Class II  | Septate uterus                                 | a. Partial<br>b. Complete   | C4: Aplasia/dysplasia  |
| Class III | Dysfused uterus (including dysfused 'septate') | a. Partial<br>b. Complete   | <i>Vagina</i><br>V0: Normal vagina   |
| Class IV  | Unilaterally formed uterus                     | a. Rudimentary horn with cavity (communicating or not)<br>b. Rudimentary horn without cavity/aplasia (no horn)        | V1: Longitudinal non-obstructing vaginal septum<br>V2: Longitudinal obstructing vaginal septum<br>V3: Transverse vaginal septum/imperforate hymen<br>V4: Vaginal aplasia |
| Class V   | Aplastic/dysplastic                            | a. Rudimentary horn with cavity (bi- or unilateral)<br>b. Rudimentary horn without cavity (bi- or unilateral)/aplasia |  |
| Class VI  | Unclassified malformations                     |   |  |

Figura 9 - ESHRE e ESGE classificação

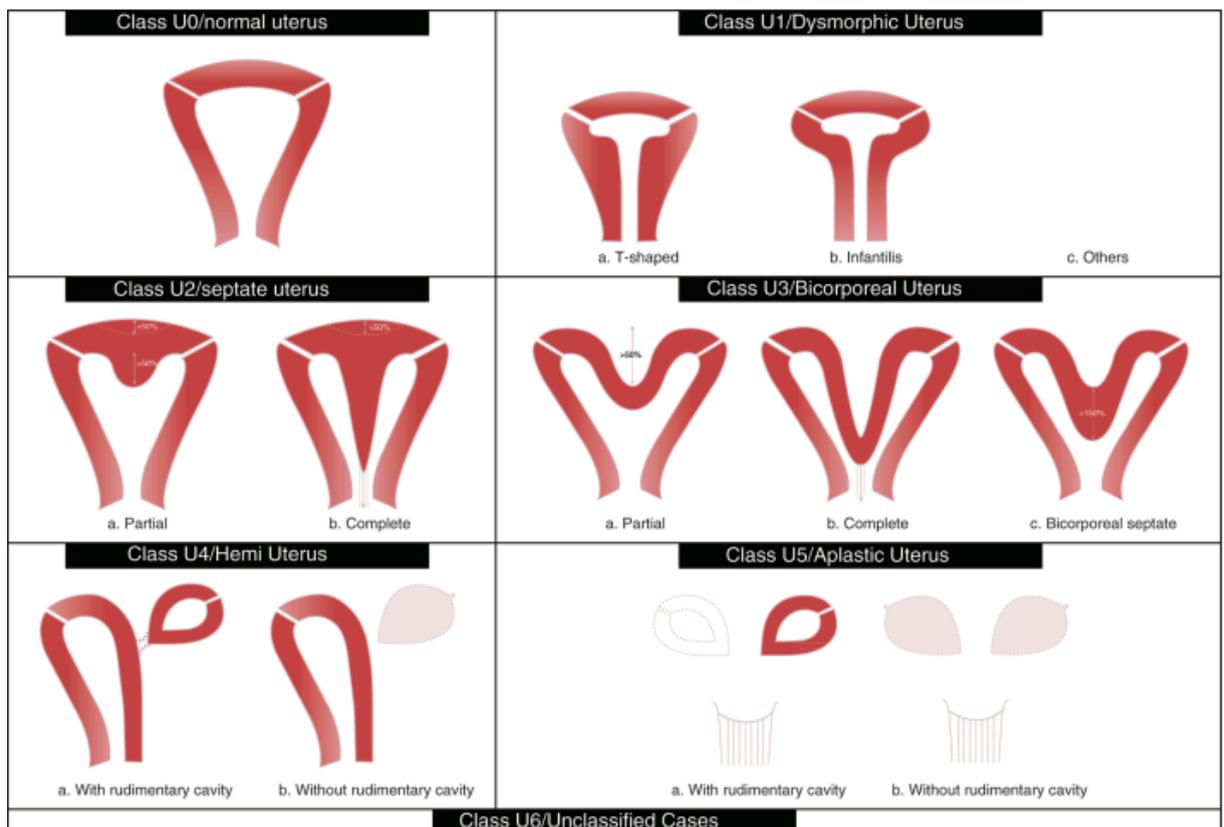


Figura 10 - Esquema da classificação ESHRE e ESGE.

Outros estudos como o *CUME - Congenital Uterine Malformations by Experts*, buscaram definir critérios mensuráveis para identificar propriamente úteros septados, úteros arqueados e normais, fazendo um contraponto às classificações da ESHRE-ESGE que superestimam quantidade de úteros septados. (25) (26)

### **5.3 Sintomas e apresentações clínicas**

As malformações uterinas em crianças e adolescentes são majoritariamente assintomáticas sendo seu diagnóstico realizado apenas na fase adulta durante investigação de infertilidade ou outras causas. (8) Entretanto, quando se trata de malformações obstrutivas, seu quadro clínico é mais florido, podendo se apresentar como uma amenorreia primária com dor abdominal associada ou com ciclos menstruais presentes e dismenorreia progressiva. (27)

Casos de aplasia uterovaginal geralmente se manifestam logo na puberdade com amenorreia primária. Malformações relacionadas à fusão uterina tendem a se apresentar na idade adulta, frequentemente associadas a complicações de fertilidade ou problemas obstétricos. (28) Malformações obstrutivas tendem a se manifestar com amenorreia ou após a menarca com dismenorreia progressiva sem resposta a tratamento clínico causado por hematometra ou endometriose. (29) Entre as malformações que se apresentam na puberdade com retenção menstrual e dor pélvica cíclica podemos citar: útero septado, didelfo, bicorno com obstrução por septo ou um corno rudimentar contendo tecido endometrial sem conexão com demais estruturas. (28)

No exame físico e ginecológico encontramos poucos achados e a genitália externa pode se mostrar normal em casos de malformações uterinas como útero bicorno ou unicorno. Quando presentes podemos encontrar uma massa abdominal palpável em casos de obstrução do fluxo crônica sendo um achado pouco comum. (27)

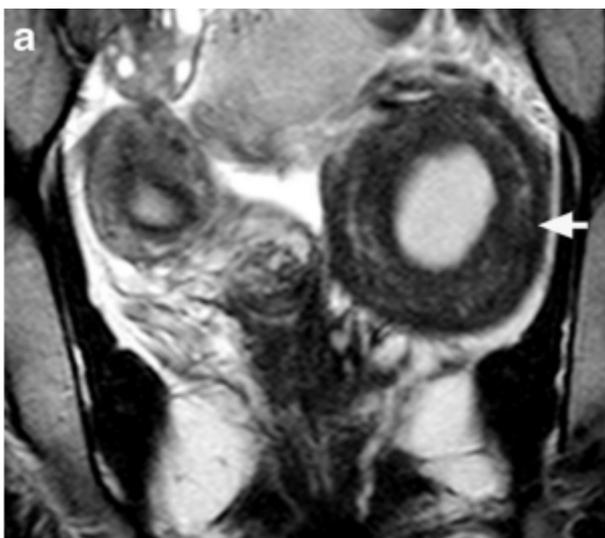
### **5.4 Diagnóstico e tratamento**

O diagnóstico preciso da presença e do tipo da malformação é essencial para definir a conduta a ser tomada que depende primordialmente do tipo de malformação apresentada. Além disso, o diagnóstico precoce é importante para evitar quadros de obstrução aguda e crônica, endometriose e infertilidade. (10) Nos quadros de malformações mullerianas, é necessário realizar uma história detalhada e exame físico completos e, principalmente, é fundamental realizar um exame de imagem complementar. (27) Erros de diagnóstico ou

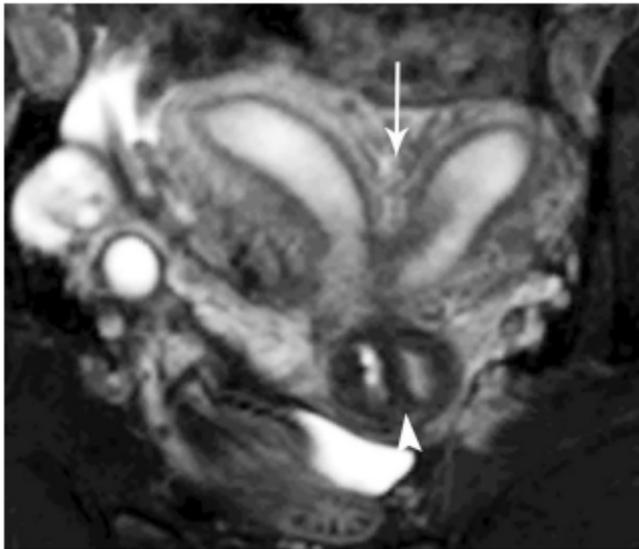
malformações não identificadas adequadamente são comuns e podem levar a repetidas idas ao pronto-socorro ou até mesmo a cirurgias desnecessárias. (28)

Comumente o primeiro exame realizado em casos de dor abdominal pediátrica é o ultrassom por ser acessível e não expor o paciente a radiação. Porém o ultrassom transvaginal é limitado para adolescentes que já apresentam vida sexual, restando para a faixa etária pediátrica o USG abdominal. Além disso, a USG pode apresentar como fatores limitantes a presença de bolhas de gás obstruindo estruturas da pelve em caso de USG abdominal e, principalmente, sua principal desvantagem é ser operador dependente. (10)

A ressonância magnética é considerada o exame de imagem padrão ouro para diagnóstico e correta caracterização das malformações mullerianas e deve ser utilizada em conjunto com a USG. (10) A ressonância magnética apresenta maior precisão que outros métodos, como USG e tomografia, não depende de preparo intestinal, é menos invasiva e não necessita de exame vaginal que pode não ser aplicável para todas as crianças como o USG transvaginal, sendo portanto o exame de escolha. (8) Enquanto a USG apresenta tipicamente a descrição de massas, a ressonância magnética pode descrever precisamente as formas das cavidades, a existência ou não de comunicação entre cavidades e pontos de obstrução entre os cornos uterinos. (29)



**Figura 11** - útero unicorno com corno esquerdo rudimentar e cavidade endometrial distendida devido a obstrução (indicado pela seta). Apresentação clínica: mulher de 20 anos com dor pélvica.



**Figura 12** - útero didelfo com dois cornos divergentes divididos por uma protusão da parede e duplo cervix (indicado pela seta).



**Figura 13** - útero bicorno com fusão parcial dos cornos e comunicação entre as cavidades endometriais.



**Figura 14** - útero arqueado com protrusão de parede endometrial (indicado pela seta)

## **6. CONCLUSÃO**

As malformações mullerianas, embora geralmente assintomáticas, podem causar sintomas graves, como dor abdominal intensa e menstruação prolongada, especialmente na adolescência, como visto no caso relatado. Devido a sua sintomática inespecífica pode ser inicialmente confundido com um quadro de abdome agudo e seu manejo clínico atrasado. O diagnóstico inicial através de USG foi importante, porém não foi suficiente para um diagnóstico preciso, o que demonstra a importância da realização de exames mais precisos como a ressonância magnética, que é considerado padrão ouro para diagnóstico, caracterização e guia para decisões terapêuticas de malformações uterinas. O manejo multidisciplinar foi essencial para controlar os sintomas e fornecer suporte integral. O uso de medroxiprogesterona para indução de amenorreia demonstrou ser uma abordagem conservadora eficaz enquanto se aguardava uma avaliação mais detalhada.

## 10. Referências

1. Keith L. Moore, T.V.N. (Vid) Persaud, Mark G. Torchia. Embriologia Clínica. 10ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
2. Moore KL, Persaud TVN (Vid), G. Torchia M. Before We Are Born: Essential of Embryology and Birth Defects. 9ª edição. Filadélfia: Saunders/Elsevier; 2016.
3. Pfeifer SM, Attaran M, Goldstein J, Lindheim SR, Petrozza JC, Rackow BW, et al. ASRM müllerian anomalies classification 2021. Fertil Steril. 1º de novembro de 2021;116(5):1238–52.
4. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. Fertil Steril. 1º de junho de 1988;49(6):944–55.
5. Acien P, Acien MI. The history of female genital tract malformation classifications and proposal of an updated system†. Hum Reprod Update. 1º de setembro de 2011;17(5):693–705.
6. Joshi B, Kaushal A, Suri V, Gainer S, Choudhary N, Jamwal S, et al. Prevalence and Pregnancy Outcome of Mullerian Anomalies in Infertile Women: A Retrospective Study. J Hum Reprod Sci. 2021;14(4):431–5.
7. Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton JG, Raine-Fenning N, Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. Hum Reprod Update. novembro de 2011;17(6):761–71.
8. Li Y, Phelps A, Zapala MA, MacKenzie JD, MacKenzie TC, Courtier J. Magnetic resonance imaging of Müllerian duct anomalies in children. Pediatr Radiol. maio de 2016;46(6):796–805.
9. Kaur P, Panneerselvam D. Bicornuate Uterus. Em: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560859/>
10. Santos XM, Krishnamurthy R, Bercaw-Pratt JL, Dietrich JE. The Utility of Ultrasound and Magnetic Resonance Imaging versus Surgery for the Characterization of Müllerian Anomalies in the Pediatric and Adolescent Population. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1º de junho de 2012;25(3):181–4.
11. Pellerito JS, McCarthy SM, Doyle MB, Glickman MG, DeCherney AH. Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography, and hysterosalpingography. Radiology. junho de 1992;183(3):795–800.
12. Naeh A, Sigal E, Barda S, Hallak M, Gabbay-Benziv R. The association between congenital uterine anomalies and perinatal outcomes - does type of defect matters? J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. dezembro de 2022;35(25):7406–11.
13. Venetis CA, Papadopoulos SP, Campo R, Gordts S, Tarlatzis BC, Grimbizis GF. Clinical implications of congenital uterine anomalies: a meta-analysis of comparative studies. Reprod Biomed Online. 1º de dezembro de 2014;29(6):665–83.
14. Cahen-Peretz A, Sheiner E, Friger M, Walfisch A. The association between Müllerian anomalies and perinatal outcome. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. janeiro de 2019;32(1):51–7.
15. Akhtar M, Saravelos S, Li T, Jayaprakasan K, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reproductive Implications and Management of Congenital Uterine Anomalies. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2020;127(5):e1–13.
16. Letterie GS. Management of congenital uterine abnormalities. Reprod Biomed Online. 1º de julho de 2011;23(1):40–52.
17. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. Hum Reprod Update. 1º de

- março de 2001;7(2):161–74.
18. Acién M, Acién P. Classification of Müllerian anomalies: Is a consensus possible? *Case Rep Womens Health*. abril de 2022;34:e00413.
  19. Ludwin A, Tudorache S, Martins WP. ASRM Müllerian Anomalies Classification 2021: a critical review. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. julho de 2022;60(1):7–21.
  20. Romanski PA, Bortoletto P, Pfeifer SM, Lindheim SR. AN INTRODUCTION AND VIDEO TUTORIAL TO THE NEW AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE MÜLLERIAN ANOMALIES CLASSIFICATION 2021 INTERACTIVE WEBSITE. *Fertil Steril*. 1º de outubro de 2022;118(4):e297.
  21. Oppelt P, Renner SP, Brucker S, Strissel PL, Strick R, Oppelt PG, et al. The VCUAM (Vagina Cervix Uterus Adnex-associated Malformation) classification: a new classification for genital malformations. *Fertil Steril*. novembro de 2005;84(5):1493–7.
  22. Grimbizis GF, Campo R. Congenital malformations of the female genital tract: the need for a new classification system. *Fertil Steril*. 1º de julho de 2010;94(2):401–7.
  23. Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod Oxf Engl*. agosto de 2013;28(8):2032–44.
  24. Ludwin A, Ludwin I. Comparison of the ESHRE-ESGE and ASRM classifications of Müllerian duct anomalies in everyday practice. *Hum Reprod Oxf Engl*. março de 2015;30(3):569–80.
  25. Ludwin A, Martins WP, Nastri CO, Ludwin I, Coelho Neto MA, Leitão VM, et al. Congenital Uterine Malformation by Experts (CUME): better criteria for distinguishing between normal/arcuate and septate uterus? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018;51(1):101–9.
  26. Congenital Uterine Malformation by Experts (CUME): diagnostic criteria for T-shaped uterus - Ludwin - 2020 - *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* - Wiley Online Library [Internet]. [citado 31 de maio de 2024]. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.20845>
  27. Dietrich JE, Millar DM, Quint EH. Obstructive reproductive tract anomalies. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. dezembro de 2014;27(6):396–402.
  28. Mentessidou A, Mirilas P. Surgical disorders in pediatric and adolescent gynecology: Vaginal and uterine anomalies. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. março de 2023;160(3):762–70.
  29. Jayasinghe Y, Rane A, Stalewski H, Grover S. The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obstet Gynecol*. junho de 2005;105(6):1456–67.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de junho de 2011.

## 11. Anexos

### **ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Gostaríamos de convidar seu filho para colaborar com a descrição de um relato de caso intitulado “anomalia uterina congênita como diagnóstico diferencial de abdome agudo em pediatria”. Como se trata de um menor, precisamos da autorização do responsável antes de convidá-lo.

Este documento tem a finalidade de prestar esclarecimentos sobre o que será realizado, de forma que você, responsável pelo menor, possa decidir se autoriza ou não a participação de seu filho.

O estudo pretende analisar a importância do diagnóstico precoce de malformações uterinas. Para isso, durante a fase de campo da pesquisa o prontuário do seu filho será acessado e serão coletadas as seguintes informações: descrição do quadro clínico (quais os sintomas que ele apresentou e como era o exame físico dele), exames de imagem (raio-x tórax e tomografia computadorizada de tórax) e laboratoriais (hemograma, proteína C reativa e RT-PCR Sars-COV-2) e conduta adotada pela equipe médica assistente (como as medicações que ele fez uso”).

A pesquisa será realizada no serviço de Pediatria do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

O objetivo do estudo é ressaltar a importância do diagnóstico precoce de malformações uterinas como causa de abdome agudo.

Lembramos que durante a pesquisa serão acessados os dados clínicos apresentados pelo seu filho durante o período em que esteve internado no hospital. Nesse sentido, o pesquisador realizará a pesquisa visando minimizar as consequências e preservando sua integridade.

Ressaltamos que os pesquisadores serão os únicos a ter acesso às informações do prontuário e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, todavia há o risco de quebra do sigilo involuntário e/ou não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Informamos também que os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros e/ou publicados em revistas científicas, entretanto mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição, imagem do paciente ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

A sua autorização (responsável pelo menor) para participação do seu filho nesta pesquisa contribuirá para que o campo científico e a sociedade em geral tenham conhecimento da importância do diagnóstico precoce da doença. Não há benefício direto ao participante da pesquisa (seu filho) e nem ao responsável pelo menor (você).

A sua autorização para que seu filho participe é voluntária (não é obrigatória). Além disso, seu filho poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Caso seu filho opte por deixar de participar da pesquisa, o mesmo não terá qualquer prejuízo.

Informamos que a legislação brasileira não permite que o participante tenha qualquer compensação financeira por participação em pesquisa. Ressaltamos que o seu filho não terá nenhuma despesa advinda da participação na pesquisa, mas, em caso de despesas com transporte e/ou alimentação, decorrentes da participação da pesquisa, ele será ressarcido integralmente pelos pesquisadores. Caso seu filho tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Em caso de necessidade, a qualquer momento que julgar necessário, você poderá contatar o responsável pela pesquisa, Luana Emilio Machado, através do e mail: luanamachadoufsc@gmail.com e pelo telefone (43) 99855-9289. Solicitamos a sua autorização para a coleta dos dados por meio do prontuário do seu filho. Os pesquisadores estabelecem o compromisso em garantir o sigilo quanto à identificação em qualquer forma de divulgação dos resultados da pesquisa. Duas vias deste documento, que possui duas páginas devem ser rubricadas e assinadas por responsável pelo menor) e pelo pesquisador responsável.

Eu, \_\_\_\_\_, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) responsável legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável (Luana Emilio Machado)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador (Mariana fabrini Gomes)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador (Fabio Herminio Correa Fernandes)

## **ANEXO 2: TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)**

Sou acadêmica do sexto ano da graduação de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Estou te convidando para participar da minha pesquisa. Você esteve internado no hospital devido uma doença grave e recebeu a notícia dessa doença no início do quadro. Agora estou te convidando para me permitir a ter acesso ao seu prontuário e ler sobre a sua internação. Na pesquisa, o objetivo é investigar algo para descobrir algumas informações novas ou reforçar a importância de algo. Nosso objetivo é mostrar a importância de descobrir a doença que você teve no momento de início dela. Quero informar que, caso você não queira participar ou decida desistir de participar da pesquisa, ninguém ficará chateado com você. O importante é respeitar sua vontade. Então, é importante você conversar com seu responsável e escolher se vai participar da pesquisa ou não. Seu responsável já autorizou sua participação nessa pesquisa, mas você tem o direito de não querer participar mesmo que seu responsável já tenha autorizado a sua participação. Eu e meus colegas de pesquisa vamos cuidar muito das suas informações para garantir que elas não sejam invadidas ou que alguém identifique que é sobre o seu caso em particular. Isso se chama sigilo. Há coisas boas que podem acontecer com a sua participação: você nos ajudará a mostrar a importância de descobrir a doença que você teve de maneira precoce e ajudar no tratamento de outras pessoas. Então, sua participação é importante para ajudar na recuperação de várias outras crianças. Caso você não queira mais participar, poderemos interromper a pesquisa a qualquer momento, sem que isso implique em prejuízo para você ou sua família. Além disso, conversarei com você sobre o que está sentindo a fim de ajudar você a se sentir mais confortável. Contudo, apesar do conhecimento da possibilidade destes riscos existirem, esta pesquisa buscará ser conduzida com vistas a evitar a ocorrência dos possíveis danos, bem como buscará respeitar você e suas escolhas. Caso você ou seus responsáveis considerem que tenham que gastar algum dinheiro para participar da pesquisa, vocês poderão nos comunicar e nós assumiremos os gastos que forem necessários e será garantida a assistência de forma integral, imediata e gratuita. Se você ou seus responsáveis considerarem que houve algum dano durante a pesquisa, vocês poderão requerer indenização pelo mesmo. Eu e meus colegas de pesquisa garantimos que ninguém saberá que você está participando da pesquisa. Não falaremos a outras pessoas que não estiverem envolvidas na pesquisa. Os resultados da pesquisa poderão ser publicados, mas sem identificar o participante. O meu nome, telefone e e-mail são: Luana Emilio Machado tel: (43) 99855-9289, e-mail: luanamachadoufsc@gmail.com. Existe uma instituição que protege os participantes de pesquisas, como você: ela se chama Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, com a qual você pode entrar em contato pelo telefone (48) 3721-6094 ou pelo e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

2

Esse documento tem duas páginas e duas vias originais, todas as páginas precisam estar rubricadas por você e pelo pesquisador responsável. Garanto que você também receberá uma via desse documento.

### **ASSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu aceito participar da pesquisa “Anomalia uterina congênita como diagnóstico diferencial de abdome agudo em pediatria”. Entendi as explicações fornecidas pelos pesquisadores, tendo compreendido que, tanto coisas ruins quanto coisas boas podem acontecer, que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir, e que não preciso me preocupar. Afirmando que os pesquisadores conversaram com meu responsável e estão disponíveis para tirarem minhas dúvidas.

Marque com um X na carinha feliz se você concordar em participar; se não quiser participar, marque a carinha triste (para nós é importante saber que você concorda com o que você leu. Não vamos falar para outras pessoas que você participou da nossa pesquisa):



**ANEXO 3: FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIOS PARA CONSULTAS E PESQUISAS**

Data da solicitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data da consulta (agendada no SPP) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pesquisa retirada por: \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NÚMERO DOS PRONTUÁRIOS (máximo de 10 prontuários)

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

Obs:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TERMO DE COMPROMISSO PARA CONSULTA AO PRONTUÁRIO Nós, abaixo assinados, solicitamos os prontuários sinalizados neste documento para utilização em atividades de ensino e/ou pesquisa, comprometemo-nos pelo sigilo e pela confidencialidade dos dados coletados nos termos do Artigo 34 da Lei 12.527/2012 e, respeitando ainda as demais legislações vigentes e resoluções éticas dos respectivos conselhos de classe.

( ) Atividades de ensino, sessões clínicas ou discussão de caso (não publicáveis):

Nome do Aluno/Residente: \_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_

Nome Docente: \_\_\_\_\_

Contato do Docente: \_\_\_\_\_

OBS: Obter ciência da GEP/HU-UFSC

( ) Pesquisas (passíveis de publicação) :

Nome do Aluno/Residente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Nome Docente: \_\_\_\_\_

No do Protocolo de aprovação da pesquisa GEP/HU-UFSC: \_\_\_ / \_\_\_

( ) Consulta Simples:

Nome / Classe do Profissional: \_\_\_\_\_

No Conselho Classe \_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_

#### **ANEXO 4: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**Título da Pesquisa:** Útero didelfo: anomalia uterina congênita como diagnóstico diferencial de abdome agudo em pediatria - relato de caso e revisão de literatura.

**Pesquisadoras:** Luana Emilio Machado, Mariana Fabrini Gomes, Fabio Herminio Correa Fernandes;

|  |   |
|--|---|
| Identificação/prontuário:  | Idade:  |
| Gênero:  | Raça/etnia:   |
| Naturalidade:  | Procedência   |
| Pré-natal materno (caderneta da gestante, exames laboratoriais e de imagem)  | Data de nascimento, admissão e alta:  |
| Motivo de internação:  | Dados clínicos (história pré natal, sinais e sintomas, evolução clínica):   |
| Dados laboratoriais (hemograma, Proteína C Reativa, Creatinina, Uréia, enzimas hepáticas, exame genético, tipagem sanguínea, coombs direto e outros que venham a ser feitos) | Dados exames de imagem: Ecocardiograma, radiografias, ultrassom de abdome, tórax e transfontanelar, angiotomografia e outros que venham a ser feitos) |
| Data de início do tratamento:  | Diagnóstico etiológico:   |
| Tipo de tratamento:  | Evolução do paciente/encaminhamentos:   |
| Data de alta hospitalar:   | Acompanhamento ambulatorial:  |

## ANEXO 5: CARTA DE ANUÊNCIA GEP



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Rua Profa. Maria Flora Pausewang, s/nº - Bairro Trindade  
Florianópolis-SC, CEP 88036-800  
- <http://hu-ufsc.ebserh.gov.br>

**Carta - SEI nº 72/2024/UGPESQ/SGPITS/GEP/HU-UFSC-EBSEH**

Florianópolis, data da assinatura eletrônica.

### CARTA DE ANUÊNCIA

Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "ÚTERO DIDELFO: ANOMALIA UTERINA CONGÊNITA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOME AGUDO EM PEDIATRIA - RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.", sob a responsabilidade dos Pesquisadores LUIZ FERNANDO SOMMACAL e LUANA EMILIO MACHADO.

Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.

No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinado eletronicamente)

Douglas Francisco Kovaleski

Gerente de Ensino e Pesquisa

Portaria-SEI nº 241, de 29 de novembro de 2022



Documento assinado eletronicamente por **Douglas Francisco Kovaleski, Gerente**, em 03/07/2024, às 10:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador 40340969 e o código CRC 963B39FA.