



BIOPSIA DE VILO CORIAL

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

INDICAÇÕES

- Estudo citogenético.
- Estudo bioquímico.
- Estudo molecular.

CUIDADOS & CONDUTAS

- Deve ser praticada entre 11 e 13 semanas de gestação, pela via transabdominal.
- O risco de perda fetal associada ao procedimento, segundo a literatura varia de 0,5% a 1%.
- É indispensável exame ultrassonográfico prévio para avaliar a vitalidade fetal e a idade da gestação, além de localizar o sítio de implantação da placenta.
- Quando da inserção posterior da placenta solicita-se à paciente que esvazie a bexiga, medida que anterioriza o útero e expõe a sua parede posterior.
- Não há necessidade de ambiente cirúrgico para sua execução, podendo ser praticada em regime ambulatorial.
- É indispensável que a paciente apresente tipagem sanguínea, VDRL e teste de HIV (Elisa) antes do procedimento.
- A paciente deverá receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preferencialmente com antecedência de pelo menos 24 horas antes do procedimento, entregue por médico habilitado, dirimindo dúvidas e informando sobre as complicações mais frequentemente associadas: perda sanguínea transvaginal, contrações, febre e dor no baixo ventre.
- Pacientes Rh negativo e Coombs indireto negativo e parceiros Rh positivo ou indeterminados, devem ser medicadas com Imunoglobulina anti-Rh para prevenção de possível aloimunização.
- Após o procedimento e inexistindo complicações, a gestante deve guardar repouso relativo por 48 horas e abstinência sexual por 7 dias. Nas primeiras 24 horas, se necessário, poderá fazer uso de antiespasmódico oral.

TÉCNICA

- Inicialmente, realizar varredura ultrassonográfica do abdome materno, com transdutor convexo, buscando o sítio de implantação placentário.
- Cuidados de antisepsia e assepsia abdominal interessando a área da punção deverão ser realizados com álcool a 70% e campos estéreis.
- Anestesia local, sem vasoconstrictor, limitada à pele e tecido celular subcutâneo.
- Introdução da agulha de raquianestesia com mandril, calibre 18 a 20 G e comprimento de 3½ a 7 polegadas, sob guia ultrassônica, inserida paralelamente ao maior eixo da placenta.
- Atingida a área desejada retira-se o mandril e adapta-se seringa de 10 a 20 ml, contendo 3 ml de meio de transporte.
- Sob pressão negativa movimenta-se a agulha no sentido longitudinal da placenta de forma a obter material de mais de uma região.
- Ainda sob pressão negativa retira-se a agulha e a seringa e analisa-se o material obtido (*mínimo de 10 mg*). Caso a amostra seja declarada insuficiente, repete-se o procedimento para nova coleta.
- Os batimentos cardíacos do feto deverão ser registrados antes e após o término da coleta.

- A seringa com o vilo e o meio de transporte deverá ser identificada com nome da paciente, registro e data da coleta.
- Todas as informações acima descritas serão registradas em ficha específica em 2 vias, ficando a primeira via no prontuário da gestante e a segunda acompanhando a seringa até seu destino.

LEITURA SUGERIDA

1. GOLOMBECK, K., et al. Maternal morbidity after materno-fetal surgery. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.194, n.3, p.834-839, 2006.
2. HOWE, E.G. Ethical issues in fetal surgery. **Semin. Perinatol.**, v.27, n.6, p.446-457, 2003.
3. SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A.; PEDREIRA, D.A.L. Procedimentos invasivos em medicina fetal. In: MELO, V.R.; FONSECA, E.B. **Medicina fetal**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 335-342.