



XIII

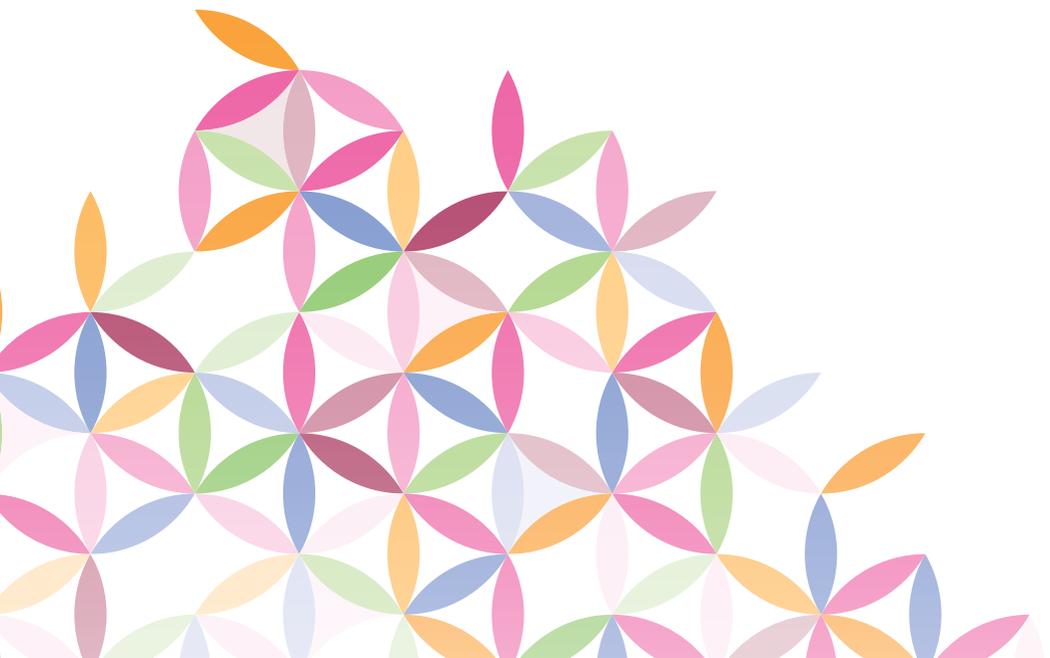
**Congresso Português
Ginecologia**

04-06 junho 2015

**Hotel Solverde
Espinho**

**Programa
Científico**





Caros Colegas e Amigos,

O Hotel Solverde acolheu, em 1990, o V Congresso Português de Ginecologia. Nesse cenário, realizaram-se ainda o VII e o VIII Congressos, respetivamente, em 1996 e 1999.

Esses eventos foram relevantes no percurso da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e deixaram marcas em todos os que tiveram a oportunidade de neles participar.

É no mesmo cenário que decorrerá, nos dias 4 a 6 de Junho de 2015, ano em que a Sociedade Portuguesa de Ginecologia comemora 40 anos de existência, o XIII Congresso Português de Ginecologia.

Para assinalar o quadragésimo aniversário da nossa Sociedade considerámos importante dar a conhecer aos mais jovens e reavivar aos restantes colegas, a história da sua criação e os acontecimentos mais notáveis do seu percurso.

A organização está empenhada em que esta jornada científica constitua uma mais valia na atualização de conhecimentos e contribua para a abertura de novos horizontes na prática da Ginecologia. Esperamos igualmente que, do encontro dos participantes no XIII Congresso, saiam reforçados os laços profissionais e de amizade entre os ginecologistas.

A qualidade dos resumos dos trabalhos aceites para comunicações livres auguram sessões muito animadas com divulgação de trabalhos de investigação clínica que refletem a atividade dos Serviços representados e promovem uma profícua troca de experiências.

Apelamos ainda à participação dos associados na Assembleia Geral Eleitoral na qual serão eleitos os corpos sociais que conduzirão os destinos da nossa Sociedade durante o próximo triénio.

Só a participação ativa de todos na discussão e no debate de ideias redundará num enriquecimento global correspondente aos anseios que presidiram à organização deste XIII Congresso.

A Comissão Organizadora saúda-vos e dá-vos as boas vindas.

Dear Colleagues and Friends,

Dear colleagues and friends,

The Hotel Solverde welcomed in 1990 the V Portuguese Gynecology Congress. In this Hotel, the VII and VIII Congresses, in 1996 and 1999, respectively, took place also.

These events were both relevant to the course of the Portuguese Gynecology Society and left their mark on all of those who had the opportunity to participate.

In this same scenario, in the year the Portuguese Gynecology Society celebrates 40 years of existence, it will be held next 4 to 6 June 2015, the XIII Portuguese Gynecology Congress.

To mark the fortieth anniversary of our Society, we considered important to make known to younger colleagues and to remind the older colleagues, of the history of its creation and the most notable events of its journey.

The organization aims that this scientific journey will not only contribute to update knowledge, but also to open new horizons in the practice of Gynecology. We also hope from this XIII Congress, professional and friendship ties among gynecologists to become strengthened.

The quality of accepted papers for free communications, augur very lively sessions, with disclosure of clinical research, that reflect the activity of the represented Departments and promote a fruitful exchange of experiences.

We also call for the participation of SPG members in the Electoral General Assembly, in which the Board, that will lead the destiny of our Society over the next three years, will be elected.

Only the active participation of you all, in the discussion and in the debate of ideas, will result in a global enrichment, corresponding to the aims of the organization of this XIII Congress.

On behalf of the Organizing Committee, I would like to give you a warm welcome!



Fernanda Águas

Presidente da SPG e do XIII Congresso Português de Ginecologia

President of the SPG and the XIII Portuguese Gynecology Congress



Presidente de Honra do Congresso Honorary President of the Congress

Dr. Daniel Pereira da Silva



Presidente do Congresso President of the Congress

Dr.^a Fernanda Águas



Comissão Executiva Executive Committee

Presidente / President

Dr.^a Fernanda Águas

Secretário-Geral / Secretary-General

Dr. Carlos Marques

Tesoureira / Treasurer

Dr.^a Margarida Barros

Membros / Members

Prof.^a Doutora Isabel Torgal

Prof.^a Doutora Teresa Mascarenhas

Dr. Alberto Fradique

Dr.^a Cristina Frutuoso

Dr. Pedro Vieira Baptista

Dr.^a Eunice Capela



Comissão Científica Scientific Committee

Dr. Alexandre Morgado

Dr.^a Almerinda Petiz

Dr.^a Amália Martins

Dr.^a Ana Aroso

Dr.^a Ana Francisca Jorge

Dr. Daniel Pereira da Silva

Dr.^a Élia Santiago

Dr.^a Fátima Faustino

Prof. Doutor Fernando Mota

Dr. José Cardoso Moutinho

Dr. José Damasceno e Costa

Prof. Doutor José Fonseca Moutinho

Dr.^a Liana Negrão

Dr. Luís Ferreira Vicente

Dr.^a Margarida Martinho

Dr.^a Maria José Janeiro

Dr. Paulo Aldinhas

Dr.^a Teresa Rebelo

Dr.^a Virgínia Monteiro





13.00h **Abertura do Secretariado**
Secretariat Opening

14.30-16.00h **MESA-REDONDA 1: Uroginecologia – Actualidades**
ROUND-TABLE 1: Urogynecology – News

Moderadoras / Moderators: Liana Negrão & Teresa Mascarenhas

Bases genéticas das disfunções do pavimento pélvico

Genetic basis of pelvic floor dysfunctions

Maria Augusta Bortolini

Novos conceitos no tratamento da bexiga hiperactiva

New concepts on the treatment of overactive bladder

Ash Monga

**Cirurgia de IU concomitantemente com cirurgia reconstrutiva pélvica:
Prós e contras**

UI Surgery and concomitant pelvic reconstructive surgery: Pros and cons

Alexandre Lourenço

16.00-16.30h **Intervalo e visita aos E-Posters / Break and visit to E-Posters**

16.30-17.30h **SIMPÓSIO SATÉLITE 1: Nova abordagem de tratamento da anemia e da deficiência de ferro na mulher**  **OM Pharma**

SATELLITE SYMPOSIUM 1: New approach to anemia and iron deficiency treatment in women

Moderadora / Moderator: Fernanda Águas

Anemia na mulher, uma epidemia oculta

Anemia in women health, a hidden epidemic

António Robalo Nunes

Anemia e carência de ferro em Ginecologia

Anemia and iron deficiency in Gynecology

Carlota Basíl

Suplementação com ferro na gravidez e no pós-parto:

Libertar a mãe para cuidar do que mais importa

Supplementation with iron in pregnancy and postpartum:

Release the mother to take care of what matters

Elsa Nunes

Perguntas e respostas

Questions and answers

17.30-18.00h **CONFERÊNCIA 1: Uroginecologia – Estado da arte em cirurgia reconstrutiva pélvica**

CONFERENCE 1: Urogynecology – State-of-the-art in pelvic reconstructive surgery

Presidente / President: Amália Martins

Palestrante / Speaker: Ash Monga

18.00-19.00h **Assembleia Geral da SPG**
SPG General Assembly



08.00h **Abertura do Secretariado**
Secretariat Opening

09.00-10.30h **COMUNICAÇÕES ORAIS: Sala Roma**
ORAL COMMUNICATIONS: Roma Room
CO 01 a CO 11a
Moderadoras / Moderators: Élia Santiago & Maria José Janeiro

09.00-10.30h **MESA-REDONDA 2: Ginecologia oncológica – Lesões ginecológicas pré-malignas**
ROUND-TABLE 2: Gynecologic oncology – Premalignant gynecologic lesions
Moderadores / Moderators: Ana Francisca Jorge & Fernando Mota
Tumores borderline do ovário
Borderline ovarian tumours
Ana Félix
Hiperplasias endometriais
Endometrial Hyperplasias
Paulo Correia
Neoplasias intraepiteliais da vulva
Vulvar intraepithelial neoplasia
Pedro Vieira Baptista

10.30-11.30h **SIMPÓSIO SATÉLITE 2: Tratamento médico de longo prazo com Acetato de Ulipristal dos miomas uterinos**  **GEDEON RICHTER**
Since 1901
SATELLITE SYMPOSIUM 2: Long term medical treatment with UPA of leiomyomas
Chairwoman: Fernanda Águas Chairman: António Setúbal
Etiopatogenia e avaliação ecográfica dos miomas uterinos
Biology of myomas and ultrasound myoma measurement
Santiago Palácios
Segurança com Esmya: Experiência dos ensaios clínicos
Cumulative safety of Esmya: Experience from clinical trials
Elke Bestel
PEARL IV, gravidez após o uso de Esmya e novos algoritmos
PEARL IV part I & pregnancy after Esmya and the new guidelines (algorithm)
Jacques Donnez
Discussão e conclusões
Questions/Discussion
António Setúbal

11.30-12.00h Intervalo e visita aos E-Posters / *Break and visit to E-Posters*

12.00-13.00h **Cerimónia de Abertura e Saudação ao Presidente de Honra: Daniel Pereira da Silva**
Opening Ceremony and Salute to the Honorary President: Daniel Pereira da Silva
CONFERÊNCIA: 40 anos SPG
CONFERENCE: 40 years of the SPG
Palestrante / Speaker: Maria Teresa Osório

13.00-14.00h Almoço / *Lunch*

14.00-14.30h **CONFERÊNCIA 2: Ginecologia oncológica – Rastreo de mutações BCRA: O efeito “angelina”**

CONFERENCE 2: **Gynecologic Oncology – BRCA mutation screening: The “angelina” effect**

Presidente / President: Carlos Oliveira

Palestrante / Speaker: Gabriela Sousa

14.30-15.30h **SIMPÓSIO SATÉLITE 3: Contraceção intrauterina na mulher jovem**



SATELLITE SYMPOSIUM 3: **Intrauterine contraception in young woman**

Moderadora / Moderator: Teresa Bombas

Barreiras na contraceção intrauterina

Barriers in intrauterine contraception

Ana Rosa Costa

Jaydess® na Mulher Jovem

Jaydess® in young woman

Joaquim Neves

15.30-16.00h **CONFERÊNCIA 3: Adenomyose: Um desafio para o ginecologista**

CONFERENCE 3: **Adenomyosis: A challenge to the gynecologist**

Presidente / President: Luís Vicente

Palestrante / Speaker: Stephan Gordts

16.00-17.00h **MESA-REDONDA 3: Endoscopia ginecológica – Novos paradigmas**

ROUND-TABLE 3: **Gynecological endoscopy – New paradigms**

Moderadores / Moderators: Alberto Fradique & António Alves

Abordagem laparoscópica de patologia anexial na gravidez

Laparoscopic approach of adnexal pathology in pregnancy

Fátima Faustino

Remoção de peças cirúrgicas em laparoscopia

Laparoscopic removal of surgical parts

Margarida Martinho

15.30-17.00h **COMUNICAÇÕES ORAIS: Sala Roma**

ORAL COMMUNICATIONS: Roma Room

CO 12 a CO 20

Moderadores / Moderators: Alexandre Morgado & Almerinda Petiz

17.00-17.30h Intervalo e visita aos E-Posters / Break and visit to E-Posters

17.30-18.00h **CONFERÊNCIA 4: A cirurgia reprodutiva em tempo de PMA**

CONFERENCE 3: **Reproductive surgery in times of ART**

Presidente / President: António Setúbal

Palestrante / Speaker: João Luís Silva Carvalho

17.30-19.00h **COMUNICAÇÕES ORAIS: Sala Roma**

ORAL COMMUNICATIONS: Roma Room

CO 21 a CO 31

Moderadores / Moderators: Virgínia Monteiro & José Damasceno

18.00-19.00h **MESA-REDONDA 4: Endometriose: Reunião de consenso**
ROUND-TABLE 4: Endometriosis: Consensus meeting
Moderadores / Moderators: Calhaz Jorge, Fátima Faustino & Fernanda Águas
Clínica e diagnóstico
Clinical Practice and diagnosis
Ana Aguiar
Terapêutica médica
Medical therapy
Maria João Carvalho
Terapêutica cirúrgica
Surgical therapy
Margarida Martinho

20.30h **Jantar Comemorativo 40 anos SPG**
Celebratory dinner 40 years of SPG

Sábado | 06 de junho 2015 Saturday | June 6, 2015



08.00h **Abertura do Secretariado**
Secretariat Opening

09.00-10.30h **COMUNICAÇÕES ORAIS E VÍDEOS: Sala Roma**
ORAL COMMUNICATIONS AND VIDEO: Roma Room
CO 32 a CO 37 & V 01 a 04
Moderadores / Moderators: Paulo Aldinhas & Teresa Rebelo

09.00-10.30h **MESA-REDONDA 5: O microambiente vaginal: Saúde e doença**
ROUND-TABLE 5: Vaginal microenvironment: Health and illness
Moderadoras / Moderators: Ana Aroso & Eunice Capela
Perspectiva clínica da ecologia vaginal
Clinical perspective on the vaginal ecology
José Martinez de Oliveira
A microscopia no diagnóstico das infecções vaginais
Microscopy in the diagnosis of vaginal infections
José Fonseca Moutinho
Vaginite aeróbia: Raridade ou sub-diagnóstico
Aerobic vaginitis: Rare or underdiagnosed
Gilbert Donders

10.30-11.30h **SIMPÓSIO SATÉLITE 4: O que sabem as mulheres portuguesas sobre infecções vaginais?**
SATELLITE SYMPOSIUM 4: What portuguese women know about vaginal infections?
Moderadora / Moderator: Fernanda Águas
Sessão de Abertura
Opening Session
Sessão Clínica 1: Sessão Interativa – Quiz com iPresenter. O que pensam os Ginecologistas que as suas pacientes sabem sobre infecções vaginais (IV)?
Session 1: Interactive Session - Quiz with iPresenter. What Gynecologists think their patients knows about vaginal infections?
Gilbert Donders

 **tecnimede**

Sessão Clínica 2: Apresentação de resultados de Quiz efetuado a 2.500 mulheres portuguesas. O que sabem sobre IV e o que podemos fazer para melhorar os seus conhecimentos?

Survey results presentation. 2.500 portuguese women surveyed. What do they know about vaginal infections and what can we do to improve their knowledge?

Joaquim Neves

Espaço para discussão

Discussion of lectures

Conclusões

Closure

11.30-12.00h Intervalo e visita aos E-Posters / Break and visit to E-Posters

12.00-13.00h MESA-REDONDA 6: **Cirurgia íntima: Há consenso?**

ROUND-TABLE 6: **Intimate surgery: Is there consensus?**

Moderadores / Moderators: Carlos Marques & Cristina Frutuoso

Ginecologia

Gynecology

Pedro Vieira Baptista

Cirurgia plástica

Plastic surgery

Carla Diogo

Sexologia

Sexology

Manuel Esteves

13.00-14.00h Almoço / Lunch

14.00-15.00h SIMPÓSIO SATÉLITE 5: **Simpósio MSD**

SATELLITE SYMPOSIUM 5: **MSD Symposium**

Presidente / Chairman: Fernanda Águas

Aconselhamento num “mundo” virtual. Que desafios?

The medical advice in a virtual “world”. What challenges?

Teresa Bombas

Projecto NEXT

Project NEXT

Francisca Lopes



15.00-15.30h CONFERÊNCIA 5: **Ecografia peri-operatória para cirurgia segura**

CONFERENCE 4: **Perioperative ultrasound for safe surgery**

Presidente / President: Isabel Torgal

Palestrante / Speaker: Nazar Amso

15.30-17.00h MESA-REDONDA 7: **Cancro da mama – Avanços no diagnóstico e tratamento**

ROUND-TABLE 7: **Breast cancer – Advances in diagnosis and treatment**

Moderadores / Moderators: José Luís Sá & Margarida Barros

Tomossíntese ou mamografia 3D: Há vantagens?

Tomosynthesis or 3D mammography: Are there advantages?

José Carlos Marques

Hormonoterapia no cancro da mama: Há novas perspectivas?

Hormone therapy in breast cancer: New perspectives?

Noémia Afonso

Cirurgia reconstrutiva: Quando e como?

Reconstructive surgery: When and how?

Paula Messias

17.00-17.30h Intervalo e visita aos E-Posters / Break and visit to E-Posters

17.30-18.00h **CONFERÊNCIA 6: Inquérito nacional sobre as práticas contraceptivas em Portugal – 2015**

CONFERENCE 5: National survey on contraceptive practices in Portugal – 2015

Presidentes / Presidents: Daniel Pereira da Silva & Fernanda Águas

Palestrante / Speaker: Teresa Bombas

18.00h **Encerramento do Congresso e entrega de Prémios**

Congress closing and awards delivery



40 ANOS

XIII

**Congresso Português
Ginecologia**

Cursos
Pós-Congresso
Post-Congress Courses





Cursos Pós-Congresso Post-Congress Courses

Patrocínio Científico Scientific Sponsorship



08.00h **Abertura do Secretariado**
Secretariat Opening

CURSO A: **Ecografia ginecológica** *Gynecological Ultrasound*

COORDENADORES / COORDINATORS:

Nazar Amso, Fernanda Águas e Maria Geraldina Castro

OBJECTIVOS GERAIS / GENERAL OBJECTIVES:

- Adquirir os conhecimentos básicos e essenciais para a utilização da ecografia na doente ginecológica, interpretar a informação e integrá-la com os restantes dados clínicos para estabelecer o diagnóstico mais correto.
- *Acquire the basic and essential knowledge for the use of ultrasound in gynecological patients, interpret information and integrate it with other clinical data to establish the most accurate diagnosis.*
- Distinguir entre normalidade e patologia.
- *Distinguish between normality and pathology.*
- Conhecer a eficácia, assumir as limitações e entender as expetativas da ecografia.
- *To know the effectiveness, take the limitations and understand the expectations of ultrasound.*

PROGRAMA / PROGRAM:

09.00-09.10h **Apresentação do curso**
Course Presentation
Fernanda Águas

09.10-10.10h **Conceitos básicos e truques de utilização**
Basic concepts and useful tricks
Nazar Amso
Ecografia 2D
2D ultrasound
Ecografia Doppler
Ultrasound Doppler
Ecografia 3D e 4D
3D and 4D ultrasound

10.10-10.30h **Anatomia dos órgãos pélvicos**
Anatomy of the pelvic organs
Ana Margarida Mações

10.30-11.00h **Anomalias uterinas congénitas**

Uterine congenital anomalies

Fernanda Águas

11.00-11.30h *Coffee-break*

11.30-12.00h **Patologia uterina benigna e maligna**

Benign and malignant uterine pathology

Maria Geraldina Castro

12.00-12.30h **Patologia endometrial benigna e maligna**

Benign and malignant endometrial pathology

Maria Geraldina Castro

12.30-13.00h **Patologia do ovário benigna e maligna**

Benign and malignant ovarian pathology

Nazar Amso

13.00-14.00h **Almoço / Lunch**

14.00-14.30h **Patologia das regiões anexiais benigna e maligna**

Benign and malignant adnexal pathology

Pedro Condeço

14.30-15.00h **Gravidez precoce e gravidez ectópica**

Early pregnancy and ectopic pregnancy

Pedro Condeço

15.00-16.00h **Casos clínicos / Treino em simulador**

Clinical cases / Simulator based training

Fernanda Águas, Nazar Amso, Maria Geraldina Castro e Pedro Condeço

CURSO B: Exame microscópico a fresco no diagnóstico das infeções vaginais

Vaginal Wet Mount Microscopy

COORDENADORES / COORDINATORS:

Gilbert Donders, Teresa Rebelo e Pedro Vieira Baptista

OBJECTIVOS GERAIS / GENERAL OBJECTIVES:

- Sessão prática, interactiva sobre o diagnóstico diferencial das vulvo-vaginites.
- *Interactive, hands-on session on the differential diagnosis of vulvo-vaginitis, with exam and handing out of certificate.*
- Quando e porquê usar o exame a fresco das secreções vaginais. Requisitos de equipamento, manipulação adequada de espécimes. Metodologia de análise sistemática das amostras de fluidos vaginais.
- *When and why to use of a microscope. Requirements of equipment, proper handling of specimens*
Methodology of systematic analysis of vaginal fresh fluid samples.

PROGRAMA / PROGRAM:

Arsenal diagnóstico das vaginites e papel de microscopia

Diagnostic armamentarium of vaginitis, and place of microscopy

Gilbert Donders

Diagrama de exame de secreções vaginais a fresco por microscopia

Diagram of examining fresh vaginal fluid by microscopy

Gilbert Donders

Discussão interactiva de diapositivos projectados em tela

Interactive discussion of slides on screen

Gilbert Donders, Teresa Rebelo e Pedro Vieira Baptista

Treino de visualização de lâmina no microscópio pelos participantes

Hands-on microscopy of slides from patients by participants

Gilbert Donders, Teresa Rebelo e Pedro Vieira Baptista

CURSO C: Endoscopia Ginecológica

Dicas e Truques em Endoscopia Ginecológica

Gynecologic Endoscopy

Tips and tricks in Gynecologic Endoscopy

COORDENADORES / COORDINATORS:

Fátima Faustino, Margarida Martinho e Luís Vicente

OBJECTIVOS GERAIS / GENERAL OBJECTIVES:

- Expor aos participantes, de uma forma interactiva, os fundamentos da laparoscopia / histeroscopia, revistos por especialistas experientes, através de apresentações PowerPoint e vídeos. No final do curso, serão transmitidas dicas e truques que poderão ajudar os participantes a utilizar as técnicas endoscópicas *state-of-the-art*.
- *To expose the audience, in an interactive way, to the fundamentals of laparoscopy by means of peer reviewed PowerPoint presentations and videos. At the end of the course, tips and tricks will be passed that will help participants to use endoscopic techniques.*

LAPAROSCOPIA / LAPAROSCOPY:

09.00-09.20h Anatomia pélvica em laparoscopia

Laparoscopic pelvic anatomy

Filipa Osório

09.20-09.40h Energias em cirurgia laparoscópica

Energy sources in laparoscopic surgery

Hélder Ferreira

09.40-10.00h Técnicas de entrada e pneumoperitoneu

Trocar introduction and pneumoperitoneum

Margarida Martinho

10.00-10.30h Suturas com nós intra e extra corporais

Intracorporeal and extracorporeal knots

Luís Vicente

10.30-11.00h Coffee-break

11.00-11.20h Histerectomia laparoscópica: Indicações e técnica

Laparoscopic Hysterectomy: indications and technique

Alberto Fradique

11.20-11.40h Miomectomia laparoscópica: Indicações, técnica e controvérsias

Laparoscopic myomectomy: indications, technique and controversial

Fátima Faustino

11.40-12.00h **Laparoscopia na cirurgia anexial**

Laparoscopy in adnexal surgery

Luís Vicente

12.00-12.20h **Complicações em laparoscopia – Como evitar e corrigir**

Complications – How to prevent and treat

Filipa Osório

12.20h **Questões**

Questions

HISTEROSCOPIA / HYSTEROSCOPY:

14.00-14.20h **Histeroscopia diagnóstica**

Diagnostic Hysteroscopy

Ana Luísa Ribeirinho

14.20-14.40h **Histeroscopia de ambulatório (Office) com energia bipolar**

Office Hysteroscopy with bipolar electrosurgery

Alberto Fradique

14.40-15.00h **Ressectoscopia – Indicações e equipamento**

Resectoscopy – Indications and equipment

Margarida Martinho

15.00-15.20h **Esterilização histeroscópica**

Hysteroscopic sterilization

João Mairós

15.20-15.40h **Complicações em histeroscopia – Prevenção e tratamento**

Complications – How to prevent and treat

Fátima Faustino

15.40-16.00h **Questões**

Questions

CURSO D: Uroginecologia

Complicações da cirurgia uroginecológica: Prevenção, diagnóstico e resolução

Urogynecology

Complications of urogynecological Surgery: Diagnosis and Prevention

COORDENADORES / COORDINATORS:

Liana Negrão, Amália Martins e José Damasceno

OBJECTIVOS GERAIS

- Expor aos participantes, de uma forma interactiva, as eventuais complicações da cirurgia uroginecológica numa perspectiva de prevenção, através de apresentações PowerPoint e vídeos.
- *To expose the participants, in an interactive way, the complications of urogynecological surgery with a perspective of prevention, through Power Point presentations and videos.*

PROGRAMA / PROGRAM:

09.00-09.10h **Introdução**

Introduction

- 09.10-09.40h **Classificação das complicações**
Classification of complications
Ana Luísa Ribeirinho
- 09.40-11.00h **Complicações da cirurgia de correcção de IUE**
Complications of SUI surgery
Retenção urinária / Disfunção miccional
Urinary retention / Voiding dysfunction
Marta Fernandes
Dor inguinal e dos membros inferiores
Inguinal and lower limb pain
Sofia Alegria
IUU de novo
Urgency urinary incontinence again
Ana Paula Pereira
Infecções urinárias
Urinary tract infections
Liana Negrão
-
- 11.00-11.30h *Coffee-break*
-
- 11.30-12.00h **Extrusão / Erosão de redes**
Mesh extrusion / erosion
Bercina Candoso
- 12.00-13.00h **Casos clínicos e discussão**
Clinical cases and discussion
-
- 13.00-14.00h *Almoço / Lunch*
-
- 14.00-15.10h **Complicações da cirurgia de correcção de POP**
Complications of POP surgery
Complicações intra-operatórias
Intraoperative complications
João Colaço
Dor vaginal / Dispareunia
Vaginal pain / Dyspareunia
Rita Lermann
Disfunção sexual
Sexual Dysfunction
Carla Rodrigues
- 15.10-16.00h **Casos clínicos e discussão**
Clinical cases and discussion



40 ANOS

XIII

**Congresso Português
Ginecologia**

Resumos

Comunicações Orais

Videos

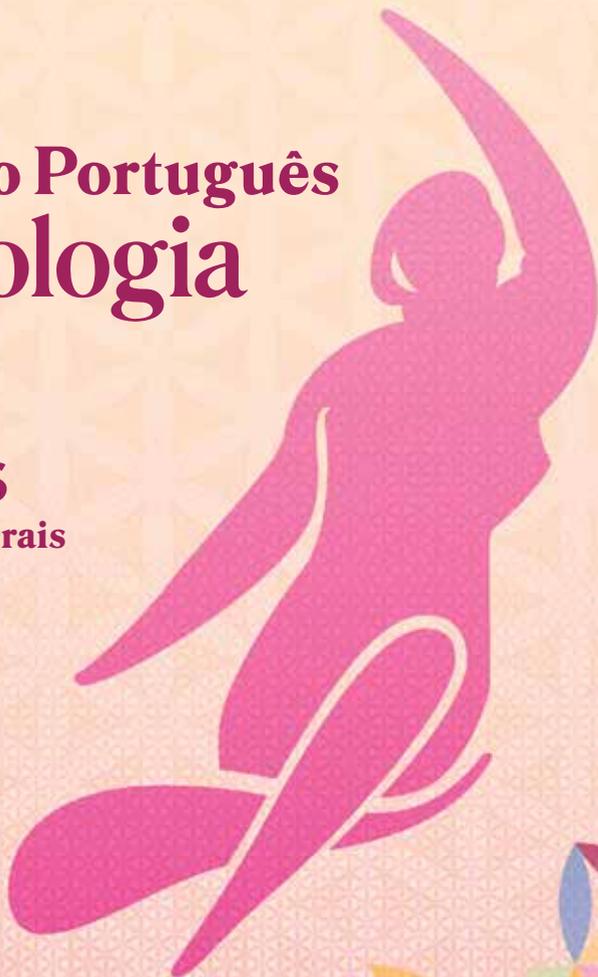
E-Posters

Abstracts

Oral Communications

Videos

E-Posters



09.00-10.30h CO 01 a CO 11a

Moderadoras / Moderators: Élia Santiago & Maria José Janeiro

CO 01

MIOMA UTERINO EM MULHERES JOVENS: EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS

Autores: Diana Vale¹; Ana Mações² e Fernanda Geraldês³

Instituições: ¹Serviço Ginecologia B, Mat. Bissaya Barreto, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC); ²Serviço Ginecologia B, Mat. Bissaya Barreto, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; ³Serviço Ginecologia B, Mat. Bissaya Barreto, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: Os miomas uterinos são os tumores pélvicos mais frequentes na mulher, afetando 30 a 60% da população feminina em geral e 20 a 40% das mulheres em idade reprodutiva. Os leiomiomas são tumores hormonodependentes, sendo o estrogénio o maior estímulo ao seu crescimento. A maioria dos miomas são assintomáticos, mas na presença de sintomas estes podem ser diversos sendo que a hemorragia uterina anómala é o mais frequente. A ecografia é o exame *gold standard* para avaliação da cavidade pélvica podendo ter que recorrer a outros exames como a RMN quando se pretende estudar a sua relação com as estruturas vizinhas. O tratamento depende das características do mioma e do desejo de preservar a fertilidade. Existem várias opções no que diz respeito ao tratamento médico mas também à abordagem cirúrgica. O tratamento médico tem interesse no controlo dos sintomas e num contexto pré operatório. A cirurgia permanece como tratamento de eleição para os miomas sintomáticos, podendo ter uma abordagem conservadora quando se pretende preservar o útero ou radical. Há ainda outros tratamentos preconizados como a embolização da artéria uterina que poderão ser uma opção em casos selecionados. **Objetivos:** Analisar a apresentação clínica, diagnóstico, tratamento e *follow-up* reprodutor das mulheres com menos de 40 anos com diagnóstico de mioma.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos casos de mioma uterino diagnosticados no Serviço de Ginecologia B do CHUC entre os períodos de 1 Janeiro de 2010 e 31 Dezembro de 2014. A análise estatística dos dados foi efetuada recorrendo aos programas EXCEL e SPSS 21.

Resultados: Foram analisados 290 processos de miomas uterinos em mulheres cuja idade média atual foi de 35,2 (Mín 17; Máx 40) e aquando do diagnóstico de 31,7 (Mín 14; Máx 39). Quanto à paridade, 80% eram nulíparas. Em 69% não apresentavam sintomas, sendo que a sintomatologia mais frequente foi as menorragias e as algias pélvicas. A infertilidade foi reportada em cerca de 1/4 dos casos. A ecografia foi efetuada em 100% das mulheres. O tipo de mioma mais frequente foi o intramural (73%). O tratamento expectante foi a opção em 40%, o tratamento médico isolado em 32% e o tratamento cirúrgico em 33%, sendo que neste grupo a cirurgia conservadora foi a principal escolha (66%). A gravidez após o diagnóstico foi documentada em 26,3% das mulheres, destas em 31,5% após cirurgia conservadora.

Conclusões: O diagnóstico de mioma uterino em mulheres com menos de 40 anos põe algumas questões sobretudo no que diz respeito à fertilidade. Numa era, em que a primeira gestação é cada vez mais adiada por motivos profissionais e também pessoais esta patologia revela-se cada vez mais como um grande desafio para o ginecologista atual. A investigação em novos fármacos cada vez mais eficazes e seguros para o tratamento médico dos miomas tem possibilitado atitudes cirúrgicas mais conservadoras associadas a uma boa taxa de êxito de gravidez bem como a satisfação que a preservação do útero poderá proporcionar a estas mulheres mais jovens.

CO 02

PATOLOGIA ENDOMETRIAL NA MENOPAUSA – QUAL O INTERESSE DA HISTEROSCOPIA NAS MULHERES ASSINTOMÁTICAS?

Autores: Inês Gante, Carla Rodrigues, Fernanda Geraldês

Instituições: Serviço de Ginecologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O carcinoma endometrial é a neoplasia ginecológica mais comum nos países desenvolvidos, sendo mais frequente na menopausa. O aumento da prevalência da obesidade e a diminuição da taxa de fertilidade antecipam um aumento da sua incidência o que implica maior acuidade dia-

gnóstica. As alterações ecográficas endometriais são relevantes nas mulheres com metrorragias na menopausa, no entanto, a importância da avaliação ecográfica da espessura endometrial em mulheres assintomáticas tem sido alvo de controvérsia. O objetivo deste estudo é determinar se os achados clínicos e ecográficos estão associados a patologia endometrial relevante: hiperplasia endometrial com atipia e carcinoma do endométrio (HEA/CE).

Material e métodos: Análise retrospectiva das mulheres menopáusicas submetidas a histeroscopia no serviço de Ginecologia-B dos CHUC no ano de 2014. A análise dos dados foi realizada com o STATA 13.1.

Resultados: Foram efetuadas 344 histeroscopias em mulheres menopáusicas, com idade média de 64,5±9,3 anos. Relativamente às comorbilidades verificou-se obesidade em 41%, hipertensão arterial em 59% e Diabetes Mellitus em 16%. Quanto à indicação, a maioria (56%) foram realizadas por achados ecográficos isolados, sem metrorragias associadas. Os achados ecográficos mais frequentes foram pólopo endometrial (49%) e espessamento endometrial (48%). O espessamento endometrial foi em média 10,7±6mm. À histeroscopia, o achado mais frequente foi a presença de pólopo endometrial (67%, n=227), seguido de atrofia (14%, n=46), hiperplasia (6%, n=22) e imagem sugestiva de carcinoma (6%, n=19). O estudo anatomopatológico revelou patologia endometrial em 81% dos casos: pólopo endometrial em 61% (n=207), hiperplasia sem atipia em 11% (n=36), hiperplasia com atipia em 3% (n=10) e carcinoma do endométrio em 6% (n=22). Nas mulheres com metrorragias, em 22,3% (n=27) foi diagnosticada HEA/CE [versus 2,8% (n=5) nas assintomáticas] ($p<0,001$) e em 17,4% (n=21) foi diagnosticado carcinoma do endométrio [versus 0,6% (n=1)] ($p<0,001$). Nas mulheres com HEA/CE, o espessamento endometrial médio foi de 16,3±9,6mm; nas restantes mulheres, este foi de 10,1±5,1mm ($p<0,001$). Através da análise por regressão logística multivariada, verificamos que estão significativamente associados a HEA/CE a presença de metrorragia (OR=215, IC95% 3,91-1123, $p=0,009$), a idade (OR=1,22, IC95% 1,01-1,48, $p=0,04$) e a idade da menopausa (OR=1,30, IC95% 1,01-1,68, $p=0,04$); no entanto, o espessamento endometrial, por si só, não está associado a HEA/CE (OR=0,90, IC95%: 0,72-1,12, $p>0,05$).

Conclusões: Na menopausa, as alterações ecográficas endometriais isoladas não estão significativamente associadas a HEA/CE. Assim, a abordagem destes achados deve ser individualizada, tendo em conta a clínica e a presença de fatores de risco para carcinoma do endométrio.

CO 03

O QUE MUDA NA QUALIDADE DE VIDA SEXUAL APÓS UMA HISTERECTOMIA?

Autores: Rui Leal, José Miguel Raimundo, Vitorino Duarte, Pinto de Almeida

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de Setúbal

Objectivo: efectuar a caracterização demográfica da população e relacionar a qualidade de vida sexual antes e depois das utentes serem submetidas a histerectomia abdominal por patologia benigna.

Material e métodos: estudo transversal baseado em entrevista telefónica estruturada, adaptada do Sexual Quality of life-female (SQOL-F) Questionnaire, a 40 utentes submetidas a histerectomia total abdominal, de Janeiro a Dezembro de 2014 no Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar de Setúbal

Resultados: da amostra inicial de 81 utentes submetidas a histerectomia total abdominal durante o ano de 2014, foram excluídas 13 utentes por patologia oncológica, 25 utentes por impossibilidade de contacto telefónico e 1 utente por falecimento. Após o contacto telefónico às restantes 42 utentes, foram excluídas do estudo uma utente por não se sentir a vontade para responder ao inquérito e outra utente por não ter vida sexual activa. Da entrevista às 40 utentes que representam a amostra do estudo verificou-se que a média de idades foi 49 anos (mín.=40; máx.=71) e que 72,5% (29) foram submetidas a anexectomia bilateral no mesmo acto cirúrgico.

No que diz respeito a sintomatologia sexual pré-cirúrgica, 70% (28) das utentes referiram “não” ter queixas, e 30% (12) descreveram queixas durante as relações sob a forma de “dor” e “desconforto”. Relativamente ao período pós operatório 62,5% (25) das utentes referiram “nada mudou”, enquanto que 37,5% (15) referiram ter sentido mudanças. Do grupo das utentes com sintomatologia pós operatória responderam afirmativamente às perguntas “senti redução do prazer?” 60% (9), “sente redução do prazer sexual?” 40% (6), “sente desconforto durante a penetração” 40% (6), sente dor durante a penetração 13% (2), sente-se menos mulher 7% (1), “sente desconforto em relação ao parceiro?” 20% (3), “deixou de ter relações sexuais 13% (2). Apesar da sintomatologia referida, 25% (10) da amostra deste estudo, considerou que sentiu “franca melhoria” em relação à sua vida sexual comparativamente com a que tinha antes da cirurgia.

Conclusão: Apesar de uma baixa incidência de sintomatologia sexual associada à histerectomia total abdominal, esta não é desprezível e apresenta um importante impacto psicológico na doente deven-

do assim ser tida em conta na decisão operatória. O sintoma que constitui mais frequentemente motivo de queixa é a diminuição do prazer sexual, e encontra-se maioritariamente presente nas utentes submetidas a anexectomia bilateral, podendo ser ultrapassável com recurso a terapêutica hormonal na ausência de contra-indicação. Paralelamente, as patologias benignas mais frequentes são miomas uterinos, adenomiose e menometrorragias, sendo este o grupo que mais frequentemente refere melhoria da qualidade de vida sexual.

CO 04

TERAPÊUTICA HORMONAL PÓS-MENOPAUSA E RISCO DE CANCRO DA MAMA

Autores: Catarina Policiano, Carla Nunes, Paulo Santos, Dora Simões, Carlos Calhaz-Jorge

Instituições: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia CHLN, Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa

Introdução: A terapêutica hormonal (TH) pós-menopausa para tratamento de sintomas vasomotores tem sido associada a alterações mamográficas e risco aumentado de cancro da mama.

Objectivo: Avaliação da frequência de alterações mamográficas, necessidade de biópsia mamária e de cancro da mama em mulheres pós-menopausa submetidas a TH.

Material e métodos: Estudo retrospectivo com base na consulta de processos da Consulta de Ginecologia de um hospital terciário. Incluíram-se mulheres pós-menopausa submetidas a TH por sintomas vasomotores de intensidade moderada a grave, entre Janeiro de 2009 e Dezembro 2013. Excluíram-se as mulheres que não tivessem completado pelo menos um ano de TH, em que não estivesse disponível um relatório de mamografia com o sistema de classificação *ACR BIRADS*, com alterações mamográficas prévias, cirurgia mamária prévia ou com antecedentes pessoais de cancro da mama. Definiram-se três grupos de TH: estrogénios isolados (E, n= 28), terapêutica combinada estrogénio e progestagénio (E+P, n=118) ou tibolona (n=98). O indicador primário foi a frequência de cancro da mama. Os indicadores secundários foram: a existência de alterações mamográficas, necessidade de biópsia e associação destes desfechos com antecedentes familiares em primeiro grau de cancro da mama.

Resultados e conclusões: Entre as 244 mulheres incluídas, em 12% (30/244) registaram-se *BIRADS* ≥ 3 , com necessidade de referenciação a consulta de Mastologia e em 7 desses casos foi realizada biópsia mamária. Verificaram-se dois casos de cancro da mama em doentes medicadas com E+P ou tibolona. Não se verificou diferença estatisticamente significativa na frequência de alterações mamográficas entre os três grupos. Nos relatórios de mamografias registou-se aumento de densidade mamária em 19% das mulheres (46/244), sem diferença estatisticamente significativa entre os três grupos. Em 20 casos existia pelo menos um familiar em primeiro grau com cancro da mama. Verificou-se que as mulheres com antecedentes familiares registaram, com significado estatístico, mais frequentemente, aumento de densidade mamária do que as que não tinham antecedentes familiares (8/20 vs. 38/224, $p = 0,03$). O aumento de densidade mamária tem sido associado a maior risco de cancro da mama. Na nossa amostra verificou-se que o seu aumento após TH foi mais significativo quando existiam antecedentes familiares de cancro da mama, reforçando a importância de ter em conta a o risco basal individual antes de iniciar TH.

CO 05

A CONTRACEPÇÃO CONTRA-INDICADA – ESTUDO OBSERVACIONAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Autores: Ana Rita Magalhães¹, Carolina Pereira¹, Joana Penetra¹, Rosa Moura Carvalho¹, Maria Glória Neto², Luiz Miguel Santiago³

Instituições: ¹Interna Medicina Geral e Familiar, USF Topázio, Coimbra; ²Médica de Família, USF Topázio, Coimbra; ³Professor Doutor e Médico de Família, USF Topázio, Coimbra

Introdução: A contracepção hormonal estroprogestativa oral (ACO) é um método eficaz, seguro e reversível quando utilizado de forma adequada. Apresenta outros efeitos benéficos além do efeito contraceptivo, mas também contra-indicações em que deve ser evitada a sua utilização. Os critérios de elegibilidade aprovados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentam quatro categorias, desde a ausência de restrição (categoria 1) à recomendação de não utilização (categoria 4). A categoria 2 indica que o método pode ser usado desde que com acompanhamento cuidadoso e, na categoria 3 o uso não é recomendado a menos que outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis. **Objectivos:** Avaliar a existência de contra-indicações à toma de ACO em amostra de mulheres dos Cuidados Saúde Primários (CSP). Caracterizar as contra-indicações e implementar medidas de melhoria da prática clínica.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo e analítico, decorrente na USF Topázio. Foi estudada amostra aleatória e representativa das mulheres entre os 18 e os 55 anos, sob ACO no período de 1/06/2013 a 31/05/2014 (nível de confiança 95%, margem de erro 5% e distribuição de resposta de 50%), com reposição e sem critérios de exclusão. Dados colhidos do processo clínico electrónico. Foram consideradas contra-indicações as categorias 3 e 4, de acordo com as indicações da OMS. Aplicada estatística descritiva.

Resultados e conclusões: A amostra de 273 mulheres apresentava uma média de idades de 34,48 anos, idade mínima 18 anos e idade máxima 55 anos. 31,14% da amostra de mulheres (n= 85) apresentava contra-indicação ao uso de ACO, sendo em 24,54% dos casos (n=67) devido à presença de uma contra-indicação, em 5,13% (n=14) de duas e em 1,47% (n=4) de três contra-indicações. As contra-indicações mais frequentes tratavam-se em 10,99% dos casos de hiperlipidemias (formas severas ou associadas a outros factores de risco cardiovascular), em 6,22% de hipertensão arterial ou tensão arterial elevada (TA sistólica ≥ 140 -159 mmHg ou diastólica ≥ 90 -99 mmHg), em igual número de tabagismo em mulheres de idade superior a 35 anos e consumo inferior a 15 cigarros/dia e em 5,13% de enxaqueca com aura ou enxaqueca sem aura e idade igual ou superior a 35 anos. Pretende-se intervir junto dos profissionais de saúde no sentido de corrigir as prescrições erróneas, divulgar as contra-indicações aos ACO e possíveis alternativas para em estudos futuros reduzir em 20% as contra-indicações.

CO 06

ENDOMETRIOSE INGUINAL – UMA SÉRIE DE 5 CASOS CLÍNICOS E REVISÃO DA LITERATURA

Autores: Joana Lopes Pereira Cátia Jorge Moreira Ana Rosa Costa Jorge Beires

Instituições: Centro Hospitalar São João

Introdução: A endometriose é uma patologia ginecológica benigna e relativamente comum, com uma prevalência estimada de 8-15% em mulheres em idade fértil.

Define-se como o aparecimento de tecido endometrial ectópico que prolifera em resposta ao estímulo hormonal. Embora as localizações mais comuns sejam na cavidade pélvica, as lesões de endometriose podem ser extrapélvicas.

A endometriose do canal inguinal é muito rara, atingindo apenas 0,3% a 0,6% das mulheres com endometriose e o primeiro caso descrito na literatura data de 1896. Uma história de tumefacção inguinal dolorosa, sobretudo à direita, com agravamento dos sintomas associado ao cataménio, é o mais característico desta patologia. No entanto, raramente a apresentação clínica é típica e sua abordagem inicial pode ser feita por outras especialidades que não a Ginecologia.

Objectivos: Este trabalho pretende apresentar os casos clínicos de mulheres com o diagnóstico de endometriose inguinal seguidas na consulta Externa de Ginecologia da nossa instituição e fazer uma revisão da literatura existente sobre o tema.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão da literatura publicada sobre o tema através da pesquisa nas bases *PubMed* e *MedScap*e. Para a descrição dos casos clínicos foram consultados os registos clínicos.

Resultados: Descrevem-se 5 casos clínicos de mulheres referenciadas por tumefacção inguinal dolorosa. Três casos foram inicialmente abordados como hérnias inguinais pela Cirurgia Geral, só se estabelecendo o diagnóstico definitivo posteriormente. Nas outras duas doentes, o diagnóstico histológico foi pré-operatório, após a realização de biópsia aspirativa das lesões. O tratamento foi a exérese cirúrgica da lesão em todos os casos, excepto um. Dos dados disponíveis, não existiram complicações a longo prazo ou recidiva local das lesões.

Conclusão: A endometriose inguinal é uma condição muito rara. Para a identificação destes casos é necessário não só um alto índice de suspeição – baseado numa anamnese cuidada – mas também o recurso a exames subsidiários, como ecografia dos tecidos moles ou ressonância magnética. O diagnóstico definitivo é histológico, sendo por isso importante a realização de biópsia aspirativa.

Em suma, quando uma mulher em idade reprodutiva refere história de tumefacção inguinal dolorosa, a hipótese de endometriose inguinal como um diagnóstico possível deve ser sempre considerada.

CO 07

GRAVIDEZ ECTÓPICA – CASUÍSTICA DE 2012-2014

Autores: Bruna Vieira, Manuela Leal, Alexandre Morgado

Instituições: Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: A gravidez ectópica (GE) tem uma incidência compreendida entre 11 a 20 casos por cada 1000 nados-vivos. O doseamento sérico de Beta-HCB associado à utilização de ecografia transvaginal de alta resolução é de extrema importância no seu diagnóstico precoce, permitindo uma diminuição

da morbidade e mortalidade associada a esta entidade clínica. A possibilidade de um diagnóstico precoce permite que terapêuticas menos invasivas e mais conservadoras sejam aplicadas no tratamento da GE.

Objectivos: Este trabalho tem como objetivo descrever a casuística do Serviço de Ginecologia do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), nos últimos 3 anos.

Material e métodos: Análise retrospectiva individualizada dos processos clínicos com codificação ICD-9 referente a gravidez ectópica, com tratamento no CMIN, de 1 de Janeiro de 2012 a 31 de Dezembro de 2014.

Resultados e conclusões: Foram diagnosticados e tratados 93 casos de GE no período de estudo, sendo que em 91,4% dos casos a localização foi tubar. A idade média das doentes foi de 31,9 anos, observando-se história de GE progressiva em 9,7% das doentes e historial de infertilidade em 19,4% das doentes (destas, em 55,6% a gravidez foi espontânea).

Amenorreia associada a dor (77,4%) e/ou a metrorragia (64,5%) foram, conforme esperado, as formas de apresentação mais frequentes. Foi constatada instabilidade hemodinâmica em 7,5% das doentes.

O valor médio de Beta-HCB sérica foi de 5264 UI/L. Foi observada ecograficamente a presença de massa heterogénea anexial em 64,5% das doentes, e saco gestacional com estruturas embrionárias, com embriocárdio positivo em 17,2% dos casos.

O tratamento realizado foi cirúrgico em 62,4% dos casos – por via laparoscópica em 44,8% – médico, com metotrexato, em 24,7%, e em 12,9% dos casos optou-se por uma atitude expectante. Em 7 casos (7,5%) houve necessidade de alterar a conduta terapêutica inicialmente proposta.

O tratamento médico com metotrexato foi eficaz na resolução da GE em 91,3% das doentes inicialmente seleccionadas para esta conduta terapêutica.

O número de mulheres nas quais se alterou a conduta foi baixo. A utilização do tratamento médico e da atitude expectante baseada em critérios de seleção mais restritos poderá diminuir ainda mais esta taxa.

CO 08

PARCERIA CMIN-PIAM: VIGILÂNCIA GINECOLÓGICA EM MULHERES TOXICODEPENDENTES

Autores: Bruna Vieira¹, Tânia Lima¹, Patrícia Carvalho², Sílvia Teixeira², Hélio Correia², Irene Flores², Manuela Montalvão¹, José Manuel Cabral¹, Alexandre Morgado¹

Instituições: ¹Centro Materno Infantil do Norte; ²Projeto Integrado de Atendimento Materno

Introdução: A prevalência de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), displasia e lesões malignas do trato genital em mulheres com história de abuso de substâncias merecem uma intervenção diferenciada. Neste âmbito surgiu a parceria Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) – Projeto Integrado de Atendimento Materno (PIAM), que através de uma equipa multidisciplinar, fornece acompanhamento a esta população desde Maio de 1991. Nesta equipa estão envolvidas as valências de Ginecologia/Obstetria, Pediatria, Psiquiatria, Pedopsiquiatria, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. Nos objetivos do acompanhamento incluem-se a diminuição da morbi/mortalidade da mulher toxicod dependente, com a prestação de cuidados adequados e facilitar a adesão às consultas.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo a caracterização sociodemográfica da população, motivo de consulta, diagnóstico, tratamento e vigilância.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de uma amostra de 213 mulheres acompanhadas entre 2010-2013 no âmbito do projeto integrado CMIN-PIAM, através da recolha de informação dos processos clínicos do CMIN e PIAM. Entre outras, as variáveis analisadas foram: idade; escolaridade; estado civil; motivo da 1ª consulta; idade da menarca e da coitarca; antecedentes de prostituição; história obstétrica; método contraceutivo; historial de abuso de substâncias e de tratamento; presença de ISTs; alterações citológicas; resultado da colposcopia e da biópsia do colo; tratamento e consulta de *follow up*.

Resultados e conclusões: A faixa etária mais prevalente foi dos 40-49 anos. Constatou-se que o principal motivo de consulta foi a vigilância de rotina e o planeamento familiar. Foi observada nesta população uma elevada prevalência de antecedentes de prostituição. Observou-se ainda uma elevada prevalência de abuso de substâncias, sendo que as mais frequentes foram opiáceos e cocaína. As patologias observadas com mais frequência foram infeção por HIV, hepatite C e HPV. Como esperado, também se observou uma elevada incidência de alterações nas citologias cérvico vaginais realizadas. Este trabalho permitiu um melhor conhecimento da população em causa e das suas necessidades assistenciais. Desta forma será possível a adequação da resposta, com melhoria da articulação entre as várias valências, com o objetivo de diminuir a morbi/mortalidade nesta população, melhorar a adesão aos tratamentos, otimizar os recursos e diminuir custos.

CO 09

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES INFETADAS POR VIH

Autores: Ana Catarina Massa, Tereza Paula, Cristina Guerreiro, Ricardo Mira

Instituições: Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A incidência de cancro do colo do útero em mulheres infetadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é superior à da população geral. A infeção VIH e a baixa contagem de linfócitos T CD4 mostrou uma associação consistente com a infeção pelo Vírus do Papiloma Humano e com lesões cervicais precursoras de cancro invasivo. Estudos prévios mostraram uma mais rápida progressão das alterações colpocitológicas pelo que a sua deteção e tratamento precoces são essenciais.

Objetivos: Avaliar os resultados colpocitológicos de uma amostra de mulheres infetadas por VIH e identificar fatores de risco.

Material e métodos: Estudo prospetivo em mulheres infetadas por VIH seguidas na Consulta de Ginecologia de um Hospital Terciário durante um período de 11 meses. Em todas as mulheres fez-se história clínica com avaliação de características demográficas, antecedentes obstétricos, hábitos tabágicos, coitarca e número de parceiros sexuais, uso anterior ou atual de contraceção hormonal oral (CHO), via de transmissão e tipo de VIH, terapêutica antiretroviral (TARV) e registada a contagem mais recente da carga viral e de linfócitos T CD4. Formaram-se dois grupos: A – colpocitologia negativa e B – colpocitologia alterada, e posteriormente fez-se uma análise comparativa dos fatores de risco.

Resultados e conclusões: Foram incluídas no estudo 46 mulheres: 34 mulheres no grupo A e 12 mulheres no grupo B.

- Grupo A: idade média da mulher 42 anos, 20 (59%) leucodérmicas, 16 (47%) múltiparas, 12 (35%) fumadoras, idade média da coitarca 17 anos, 10 (29%) com ≥ 5 parceiros sexuais, 2 (5.8%) usaram sempre preservativo antes do diagnóstico, 21 (62%) com CHO, todas com VIH tipo 1, 29 (85%) transmissão sexual, 28 (82%) sob TARV, 23 (67%) com carga viral indetetável e apenas 1 (2.9%) com contagem de linfócitos T CD4 \leq 200.

- Grupo B: idade média da mulher 41 anos, 7 (58%) leucodérmicas, 6 (50%) múltiparas, 4 (33%) eram fumadoras, idade média da coitarca 17 anos, 5 (42%) com ≥ 5 parceiros sexuais, todas com uso esporádico do preservativo antes do diagnóstico, 4 (33%) com CHO, todas com VIH tipo 1, 10 (83%) transmissão sexual, 10 (83%) sob TARV, 8 (67%) com carga viral indetetável e 2 (17%) com contagem de linfócitos T CD4 \leq 200. As alterações colpocitológicas foram: ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL e AGC.

Apesar da reduzida dimensão da amostra verifica-se uma tendência para colpocitologias alteradas em mulheres com múltiplos parceiros sexuais e baixa contagem de linfócitos T CD4.

CO 10

SONOVAGINOGRÁFIA NA AVALIAÇÃO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA – CORRELAÇÃO COM A CIRURGIA LAPAROSCÓPICA

Autores: Joana Cruz^{1,2}, Cátia Moreira¹, Ana Rosa Costa¹, José Ferreira¹, Margarida Martinho^{1,2}

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João; ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A endometriose pélvica profunda (EPP) define-se pela presença de implantes tecido endometrial que infiltra em ≥ 5 mm o espaço retroperitoneal ou a parede dos órgãos pélvicos. O diagnóstico definitivo implica a biópsia excisional destas lesões. A sonovaginografia (SVG) permite uma melhor caracterização da localização, extensão e infiltração das lesões de EPP, fundamental para a programação cirúrgica.

Objetivo: Avaliar a eficácia da SVG na avaliação da EPP.

Material e métodos: Avaliação consecutiva por SVG de todas as mulheres com suspeita clínica de EPP, num Hospital terciário, entre Janeiro/2014 e Fevereiro/2015. Exclusão dos casos não operados. Correlação dos achados ecográficos pré-operatórios com os laparoscópicos.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 8 mulheres com idade média de 35 anos. As lesões de EPP foram classificadas como nódulo, espessamento ou lesões *indian head-like*. Foram mapeadas lesões sugestivas de EPP em 7 mulheres, envolvendo o fundo de saco de Douglas (5 casos), septo recto-vaginal (3 casos), recto-sigmóide (2 casos), espaço vesico-uterino (2 casos), paredes vaginais (2 casos), ligamento uterossagrado (1 caso) e o sinal de sliding foi negativo em 1 caso. Duas mulheres apresentavam neoformação anexial sugestiva de endometrioma. A biópsia excisional por laparoscopia confirmou EPP em todos os casos. A SVG permitiu identificar todas as lesões envolvendo o septo recto-vaginal, fundo de saco de Douglas e espaço vesico-uterino. A sua precisão foi menor na identificação de lesões ao nível do recto-sigmóide (1 em 4 casos) e ligamentos uterossagrados (0 em 5 casos). A SVG é um método simples, pouco invasivo e apesar das limitações de interpretação devidas ao tamanho da

amostra, os resultados sugerem tratar-se de um método fiável na caracterização de lesões de EPP envolvendo o septo recto-vaginal e fundo de saco de Douglas. Estes resultados preliminares levaram a uma alteração na técnica de SVG, no sentido de melhorar a acuidade na identificação de lesões ao nível dos ligamentos uterossagrados e recto-sigmóide.

CO 11

AGENTES HEMOSTÁTICOS TÓPICOS E SEU USO EM CIRURGIA GINECOLÓGICA – UMA REVISÃO

Autores: Joana Pereira¹, Raquel Mota¹, Antónia Costa², Vera Paiva¹

Instituições: ¹Centro Hospitalar de São João, ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: Apesar de presenciarmos um crescente aperfeiçoamento técnico-cirúrgico associado a técnicas cirúrgicas de última geração que permitem uma maior eficácia no controlo da hemorragia intraoperatória, a hemostase cirúrgica permanece um ponto fulcral na morbimortalidade operatória. A utilização de agentes hemostáticos tópicos intraoperatoriamente cresceu cerca de 10-20% nos últimos 15 anos e têm sido considerados adjuvantes de relevo na hemostase cirúrgica.

Objetivos: Efetuar uma revisão sobre os principais agentes hemostáticos tópicos de uso intraoperatório existentes no mercado, com especial destaque para os produtos disponíveis na farmácia hospitalar da nossa instituição, no que respeita a composição, formas de apresentação, propriedades, indicações, contraindicações, manuseamento e custos.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa da literatura publicada sobre o tema através das bases *PubMed* e *MedScape*. Foram incluídos artigos publicados até março de 2015, escritos em língua inglesa e portuguesa e de todos os níveis de evidência. Foi também revista a informação publicada por cada um dos fabricantes dos diferentes produtos hospitalares da nossa instituição e os folhetos informativos disponibilizados pelo *Infarmed*.

Resultados: Os agentes hemostáticos tópicos de utilização cirúrgica subdividem-se em agentes físicos (promovem a hemostase por fornecerem um substrato passivo para deposição da fibrina, bem como aumentarem a ativação plaquetária e a via extrínseca da coagulação) e agentes biologicamente ativos (cuja composição inclui trombina, fibrina e seus similares). Estes agentes estão indicados no controlo de hemorragia em locais cirúrgicos de risco – peri-nervos, superfícies ósseas, superfícies cruentas – bem como na presença de diátese hemorrágica. Contraindicações incluem aplicação endovascular, pelo risco de trombose, e aplicação em espaços confinados, pelo risco de expansão e compressão de estruturas adjacentes. Os efeitos laterais incluem infeção, compressão de estruturas adjacentes, atraso na cicatrização, trombose vascular e anafilaxia.

Conclusões: Os novos agentes hemostáticos tópicos têm-se revelado uma mais-valia em cirurgias onde uma hemostase eficaz é difícil de obter com uso dos métodos tradicionais. A literatura disponível é escassa e de escassa robustez científica pelo que não permite a elaboração de normas orientadoras para a escolha dos agentes a utilizar. Na área da ginecologia essa informação é ainda mais escassa. A seleção do agente hemostático vai depender do volume e local da hemorragia, do custo, das características do doente e da experiência do cirurgião. No entanto, o agente hemostático ideal ainda não existe. É, por isso, importante que o cirurgião esteja familiarizado com estes produtos para que consiga otimizar os seus resultados cirúrgicos.

CO 11a (CO 33)

FASCEÍTE NECROTIZANTE COMO COMPLICAÇÃO EM CIRURGIA GINECOLÓGICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Joana Pereira, Raquel Mota, Antónia Costa*, Vera Paiva

Instituições: Centro Hospitalar de São João, * Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A fascíte necrotizante é uma infeção fulminante da pele e tecido celular subcutâneo com rápida disseminação, provocando uma destruição tecidular extensa. Pode ter subjacente uma infeção mono ou polimicrobiana. É uma entidade rara mas grave, com uma mortalidade associada a rondar os 25%. Os principais fatores de risco são a imunodepressão, diabetes, alcoolismo, obesidade ou desnutrição, doença oncológica ou debilitante, doença vascular e história de cirurgia/trauma recentes.

O tratamento obriga a um desbridamento cirúrgico precoce e agressivo, aliado à terapêutica médica e cirurgias de encerramento diferidas para 2º tempo. A recuperação é longa, muitas vezes com necessidade de tratamentos adjuvantes para o encerramento da ferida, tais como o uso de penso de pressão negativa ou enxertos cutâneos.

Caso clínico: Mulher de 56 anos, com obesidade mórbida, diabética tipo 2 e hipertensa, com DPCO e grande fumadora, foi submetida a histerectomia com anexectomia bilateral por patologia uterina benigna. No 4º dia pós-operatório desenvolveu um quadro súbito de síndrome de resposta inflamatória

sistêmica sugestivo de sépsis associado a região cutânea justaincisional com coloração avermelhada/petequial. O rastreio séptico excluiu infecção intra-abdominal, urinária ou respiratória. No entanto, devido ao agravamento clínico, apesar de não ter sido identificado foco infeccioso, iniciou antibioterapia empírica de largo espectro. No 5º dia pós-operatório o estudo imagiológico, através de TAC, revelou área localizada no reto abdominal de densidade heterogênea, não sugestiva de líquido, mas com bolhas gasosas, com cerca de 8 cm. O quadro clínico evoluiu rapidamente para choque séptico associado a área cutânea justaincisional com necrose, de coloração azul/acinzentada com cerca de 20 cm, com bolhas. Foi submetida de imediato a desbridamento cirúrgico com remoção da totalidade das áreas de necrose que atingiam a pele, tecido celular subcutâneo, aponeurose dos retos abdominais, obrigando a uma excisão de tecidos numa área de aproximadamente 40x20 cm. Não foi efetuado encerramento da loca cirúrgica. No dia seguinte iniciou tratamento com penso de pressão negativa com evolução favorável. Em colheita intraoperatória foi isolada *Morganella morganii*.

Conclusões: A fascíte necrotizante é uma complicação cirúrgica rara, mas com uma evolução muito rápida e potencialmente letal. O ponto de partida uroginecológico é o segundo mais frequente a seguir ao gastrointestinal. O diagnóstico precoce, fundamental ao desfecho favorável, obriga a um alto índice de suspeição, pois uma intervenção cirúrgica imediata e agressiva é a chave do sucesso nestas situações. A presença de gás nos tecidos moles identificada em exames de imagem é um achado muito sugestivo, mas a realização destes exames não deve protelar o tratamento cirúrgico, quando os restantes achados clínicos são compatíveis com o diagnóstico.

Sexta-feira | 05 de junho 2015 Friday | June 5, 2015

15.30-17.00h **CO 12 a CO 20**

Moderadores / Moderators: Alexandre Morgado & Almerinda Petiz

CO 12

CANCRO DA MAMA ACIMA DOS 70 ANOS – CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS E CLÍNICAS

Autores: Maria João Fonseca, Sílvia Fernandes, Inês Gante, Joana Belo

Instituições: Serviço de Ginecologia-B CHUC

Introdução: A idade avançada é um dos principais fatores de risco para o carcinoma da mama. O rastreio do cancro da mama, abrangendo mulheres entre os 45-69 anos, veio permitir o seu diagnóstico precoce com repercussões favoráveis na evolução da doença nesta faixa etária. Porém, estima-se que cerca de 30% dos casos ocorra acima dos 70 anos. Nos países desenvolvidos, verifica-se um aumento significativo da população idosa, com aumento da prevalência de mulheres com cancro da mama acima de 70 anos.

Objetivo: Comparar as características e evolução clínica dos carcinomas da mama em mulheres pertencentes a 2 grupos etários distintos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo comparativo através da análise dos processos clínicos das mulheres com carcinoma da mama entre os anos 2010 e 2014, no serviço de Ginecologia-B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Foram constituídos 2 grupos: mulheres com idades entre 40 e 69 anos (grupo 1) e idade igual ou superior a 70 anos (grupo 2). Os dados foram analisados com o programa SPSS versão 21.

Resultados: Foram analisados 603 casos de mulheres diagnosticadas com cancro da mama. O grupo 1 correspondia a 84% dos casos (n=507) com uma idade média de diagnóstico de 57±8 anos. O grupo 2 correspondia a 12% dos casos (n=70) com uma idade média de diagnóstico de 77±5 anos. Quanto ao tipo histológico, o carcinoma de nenhum tipo especial foi o mais frequente em ambos os grupos [87% (n=321) no grupo 1 versus (vs.) 74% (n=52) no grupo 2]. Aquando do diagnóstico, o diâmetro médio da lesão era inferior a 2 cm em 79% (n=296) no grupo 1 vs. 57% (n=40) no grupo 2. No grupo 1 e 2, respetivamente: 71 vs 72% expressavam recetores hormonais; em ambos os grupos, 11% eram HER2 positivos; 64% vs. 58% apresentavam Ki67 inferior a 20%; 58% vs. 65% eram grau 2/3. Relativamente ao tratamento cirúrgico, foi realizada cirurgia conservadora em 65% no grupo 1 vs. 39% no grupo 2. No grupo 1, em 27% (n=136) foi realizada quimioterapia enquanto no grupo 2, foram apenas 17% (n=12).

Conclusões: Verificou-se que as mulheres com mais de 70 anos apresentavam tumores maiores no momento do diagnóstico e um grau de diferenciação celular mais elevado, com as condicionantes na opção terapêutica para cirurgia conservadora e/ou quimioterapia.

A decisão do tratamento na mulher idosa com cancro de mama é um desafio pelo maior risco de toxicidade, no entanto, deve ser feita com base na idade biológica da mulher e não na sua idade cronológica.



CO 13

AVALIAÇÃO DE FACTORES PREDITIVOS DE INVASÃO GANGLIONAR NO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO

Autores: Iolanda Ferreira, Eduardo Baptista, Filipa Ferreira, Maria João Carvalho, Francisco Falcão, Cristina Frutuoso, Isabel Torgal

Instituições: Serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A linfadenectomia é considerada uma parte essencial do estadiamento cirúrgico do carcinoma do endométrio, apesar de não estar validado o seu efeito terapêutico. No entanto, a confirmação de metastização ganglionar pode alterar o tratamento adjuvante.

Objetivos: Avaliação dos factores patológicos preditivos de metastização ganglionar em doentes com carcinoma do endométrio submetidas a linfadenectomia pélvica e/ou para-aórtica e o impacto da metastização ganglionar no tratamento destas doentes.

Material e métodos: Foi efectuado um estudo retrospectivo avaliando 225 doentes com diagnóstico de carcinoma do endométrio efectuado entre 2008 a 2012, sendo seleccionadas desta amostra as doentes submetidas a linfadenectomia. O estudo estatístico foi realizado com recurso aos testes de Qui-quadrado e Kaplan-Meyer, usando o programa SPSS versão 20.

Resultados: Foi efectuada linfadenectomia pélvica associada ou não a linfadenectomia para-aórtica em 32, 2 % (n= 65) das mulheres, A idade média das doentes foi 65,9 anos \pm 7,7 [46 – 79]. O estudo histológico revelou adenocarcinoma endometriode em 78,5% (n= 51) dos casos, com 23,4% (n=15) pouco diferenciados e sub-tipos histológicos de alto risco nos restantes. Encontrou-se invasão ganglionar em 16,9% (n=11). Os factores preditivos de invasão ganglionar foram a invasão miometrial $p < 0,001$) e a embolização linfática ($p < 0,001$). Nesta amostra, 18,5% (n=12) mulheres realizaram quimioterapia adjuvante (QTA). Destas, 6 foram submetidas a QTA pelo tipo histológico do seu tumor e as restantes por invasão ganglionar no estudo histológico de peça cirúrgica. A linfadenectomia modificou a orientação terapêutica em 10 % das doentes (6/659).

Conclusões Os factores preditivos de invasão ganglionar no carcinoma do endométrio foram a embolização linfática e a invasão miometrial. O diagnóstico da metastização ganglionar modificou a orientação terapêutica em 10% das doentes.

CO 14

QUALIDADE DE VIDA E AJUSTAMENTO EMOCIONAL EM DOENTES COM CANCRO GINECOLÓGICO E DA MAMA

Autores: Elizabeth Ordens Castelo-Branco

Instituições: Serviço Ginecologia – IPO Coimbra

Introdução: No mundo e na região da Europa, o cancro da mama e cancro do colo do útero são os cancros mais frequentes nas mulheres jovens, 15-39 anos, o que significa que tragicamente muitas mulheres diagnosticadas estão em idade fértil. Os cancros ginecológicos e da mama atingiram taxas de incidência mundial de 71,7/100.000 mulheres/ano. Com o aumento do número de sobreviventes de doenças oncológicas veio o registo de aumento de sinais, sintomas e sequelas provocados pelos tratamentos. Assim e pela sua pertinência, as investigações na área do cancro ginecológico tem vindo a incidir nas alterações dos sintomas, quer físicos quer psicológicos e da sexualidade da mulher.

Objectivo: Identificar o impacto da qualidade de vida e ajustamento emocional aquando o diagnóstico e tratamento de sobreviventes de cancro ginecológico e da mama. Pretendeu-se avaliar a relação entre a qualidade de vida e o ajustamento emocional à doença. A avaliação destes parâmetros só é possível com o uso de questionários para poderem ser quantificados.

Material e métodos: A amostra incluiu doentes diagnosticadas com cancro ginecológico ou cancro da mama que frequentavam as Consultas Externas do Serviço de Ginecologia do IPOC e que responderam aos questionários. O número total de mulheres entrevistadas foram 100, período 8 meses-2014, N=75, 25 missing. Estudo do tipo quantitativo- natureza transversal aplicando-se questionários de auto-resposta utilizou-se pacote estatístico-SPSS, coeficiente de Pearson & Spearman ($p < 0,001, p < 0,005$). Os instrumentos utilizados foram: 1. – Questionários Socio-Demográficos, 2. – Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (HADS), 3. – EORTC QLQ-C30 com as subescalas -QLQ-CX/24, -QLQ-OV/28, -QLQ-BR23; 4. – Índice de Funcionamento Sexual (IFS1).

Conclusões: 54.3% referiu a necessidade de apoio adicional, e personalizado, pelos técnicos de saúde e de educação. A depressão teve um impacto negativo na Qualidade Vida global, capacidade física, capacidade funcional e ajustamento emocional das doentes; ansiedade também teve impacto negativo nos níveis de Qvd e ajustamento emocional. Quanto mais deprimidas e ansiosas se encontravam,

menos qualidade de vida e ajustamento emocional apresentaram. Os dados revelaram que não existiu uma relação significativa entre a ansiedade e a sintomatologia; a queda de cabelo só teve impacto inicial não tendo valores estatisticamente significativos e curiosamente as mulheres com mais idade apresentaram melhor capacidade social; o que vem de acordo com Hewitt, que conclui que a maioria das mulheres é resiliente e se consegue adaptar às exigências psicológicas e físicas. Os dados revelaram mais informações muito interessantes.

CO 15

ESTADIAMENTO AXILAR NO CANCRO MAMA: *STATE OF THE ART*

Autores: Sílvia Fernandes; Elizabeth Castelo Branco; Luís Sá

Instituições: Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Colaboração dos Serviços de Radiologia e Anatomia Patológica

Introdução: Estudos recentes acerca do estadiamento do cancro da mama incidem sobre o status axilar_ um dos principais fatores de prognóstico. Vários trabalhos comprovam que a avaliação clínica axilar não é um método sensível nem fiável, estando potencialmente associados a erros de estadiamento.

Objetivos: Avaliar os resultados de doentes com cancro da mama submetidas citologia/biopsia axilar ecoguiada e correlacionar esses resultados com o estadiamento clínico e os achados anatomopatológicos.

Material e Métodos: Revisão retrospectiva de 94 casos de doentes do Grupo de Mama-IPO-Coimbra-2013, submetidas a citologia aspirativa/biopsia ecoguiada de gânglio axilar “suspeito”. Avaliados: dados demográficos, exames imagiológicos, estadiamento clínico, características do tumor e resultados cito/anatomo-patológicos.

Resultados: Das 94 doentes submetidas a citologia ganglionar axilar foram excluídas 8 por ausência de patologia oncológica e 4 por serem recidivas. Incluídas no estudo 82 doentes, com 59 anos de idade média. Caracterização do tumor: tipo histológico ductal invasor-SOE (93%), grau 1 (45%), recetores hormonais positivos (84%) e Herb-2 negativo (82%).

35 doentes consideradas inicialmente cN0, 37 cN1 e 10 cN2. Das 35 doentes cN0, 17 tiveram citologia axilar negativa para células tumorais, 9 citologia positiva e 9 inconclusiva. Em consulta de decisão terapêutica (DT), após avaliação clínica e resultados citológicos: 23 mantiveram classificação cN0 e 12 foram reclassificadas cN1. Das 37 doentes cN1, 20 tiveram citologia axilar positiva para células tumorais, 11 citologia negativa e 6 inconclusiva. Em consulta de DT (avaliação clínica e citológica): 28 mantiveram classificação cN1 e 9 foram reclassificadas para cN0.

As autoras examinaram seguidamente os resultados do estudo anatomopatológico axilar das 32 doentes cN0 final comparando com o estadio clínico inicial e citologia axilar: 23 tinham sido inicialmente cN0 e 9 cN1.

Das 32 doentes cN0 final, 23 tinham citologia axilar negativa e dessas apenas 20 tinham estudo anatomo-patológico definitivo, tendo esse confirmado o resultado em 15 doentes (3 pN1mic e 2 pN1), tendo a citologia axilar tido um valor preditivo negativo de 75%.

Das 9 doentes cN1inicial apenas 2 apresentavam metastização ganglionar no estudo anatomopatológico (1-pN1mic), tendo portanto o estudo citológico evitado 7 doentes overtreated.

Discussão e conclusões: Os resultados encontrados estão de acordo com o *state of the art* referente ao estadiamento axilar que deve ser clínico, imagiológico e citológico para melhor programação da estratégia terapêutica. A avaliação clínica é um método pouco preciso, com risco de não serem palpáveis gânglios metastáticos ou de o serem gânglios não metastizados. A ecografia axilar deve ser rotina e a biopsia/citologia ecoguiada dos gânglios suspeitos é um procedimento eficaz, que deve ser realizado sistematicamente.

CO 16

TUMOR BORDERLINE DO OVÁRIO EM MULHERES JOVENS – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Autores: Catarina Maia; Evelin Pinto; João Gonçalves; Graça Ramalho

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Os tumores *borderline* do ovário constituem um grupo heterogéneo que se caracteriza por uma proliferação epitelial atípica sem invasão do estroma, e correspondem entre 10 a 20% de todos os tumores epiteliais do ovário. Apresentam uma frequência relativa aumentada no grupo etário entre os 15 e os 29 anos.

Objetivos: Discussão da problemática da conduta em tumores *borderline* do ovário, quando diagnosticados em mulheres em idade fértil.

Material e Métodos: Revisão da literatura existente sobre tumor *borderline* do ovário em mulheres jovens.

Resultados e Conclusões: Caso clínico 1: Mulher de 21 anos, nuligesta, submetida a laparoscopia cirúrgica por neoformação complexa do ovário direito. Realizada anexectomia direita com exame extemporâneo – tumor seroso *borderline*. Prosseguiu-se com estadiamento cirúrgico (biópsia em cunha do ovário contralateral, omentectomia infracólica e biópsias das goteiras parieto-cólicas) que revelou tumor seroso *borderline* bilateral, estadio IC2 da FIGO. Após informação do diagnóstico, a doente decidiu pela preservação de ovócitos seguida de anexectomia contralateral.

Caso clínico 2: Mulher de 28 anos, nuligesta, submetida a laparoscopia cirúrgica por neoformações anaxiais complexas bilaterais. Realizada ooforectomia esquerda e quistectomia à direita com exame extemporâneo – tumor seroso *borderline* bilateral. Prosseguiu-se com estadiamento cirúrgico (omentectomia infracólica e biópsias das goteiras parieto-cólicas) que revelou tratar-se de estadio IC3 da FIGO. Mantém vigilância na consulta externa.

O diagnóstico de tumores *borderline* do ovário em mulheres jovens, que pretendem manter a fertilidade, coloca questões quanto à conduta a seguir, mas podem ser abordados de forma conservadora, através da realização de anexectomia unilateral com estadiamento completo. A decisão de completar a cirurgia após planeamento familiar cumprido não é consensual. O risco de recorrência está aumentado nas situações em que se realizou cistectomia, presença de implantes peritoneais invasivos, Ca125 aumentado e na variante micropapilar.

CO 17

HISTERECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCÓPICA: CASUÍSTICA DE 5 ANOS DO IPO – FG, PORTO

Autores: Luís Braga, Mónica Cruz-Pires, Vanda Patrício, Boaventura Alves, Carlos Lopes

Instituições: IPO – FG, Porto

Introdução: A cirurgia minimamente invasiva tem vindo a implementar-se como abordagem cirúrgica preferencial na Ginecologia. A histerectomia total laparoscópica permite uma abordagem menos invasiva e consequentemente uma recuperação pós-operatória mais rápida, o que pode adquirir particular interesse no âmbito de algumas indicações para histerectomia no IPO, FG -PORTO.

Objetivo: Análise das histerectomias realizadas totalmente por via laparoscópica no serviço de Ginecologia do Instituto de Oncologia do Porto no período 2010-2014. Foram analisados as características das pacientes, as indicações para histerectomia, tempo médio de internamento, resultado anátomo-patológico e complicações intra- e pós-operatórias.

Resultados: No período em estudo foram realizadas 133 histerectomias por via laparoscópica. A idade média de idade foi de cerca de 49 anos. Ocorreram 2 casos deiscência da cúpula vaginal, 1 caso de abscesso pélvico e 1 caso de fistula véscico-vaginal.

Conclusão: A presente casuística revela que houve uma baixa taxa de complicações na histerectomia por via laparoscópica, o que comprova a sua segurança. As potenciais vantagens da via laparoscópica são particularmente evidentes na cirurgia profilática, o que a torna a via preferencial nesta indicação cirúrgica.

CO 18

INTERAÇÕES ENTRE O KI-67 E OUTROS MARCADORES DE PROGNÓSTICO EM PACIENTES COM CANCRO DA MAMA

Autores: Vera Silva, Cláudia Andrade, Renata Veríssimo, Salette Espírito Santo, Amélia Monteiro, Francisco Cortez Vaz

Instituições: Departamento de Obstetria e Ginecologia Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: O marcador Ki-67 é uma proteína nuclear associada à proliferação celular e é um dos parâmetros mais controversos na avaliação de pacientes com cancro da mama, pela heterogeneidade dos ensaios clínicos e pelas questões metodológicas laboratoriais. No entanto, vários estudos são consistentes com o seu valor prognóstico independente, associado-se a elevado risco de recorrência e taxas de sobrevida inferiores, pelo que é usado na prática clínica de muitos centros como fator adicional para decisão de terapêutica adjuvante.

Objetivo: Avaliação da interação do marcador Ki-67 com outros parâmetros histopatológicos habitualmente avaliados nos carcinomas invasivos da mama para efeitos de prognóstico e decisão terapêutica.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo. Análise dos registos clínicos dos pacientes com cancro da mama avaliados na Unidade Funcional da Mama (UFM) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV) entre 2010 e 2014. Avaliação da relação do marcador Ki67 com outros marcadores histopatológicos (tamanho do tumor, grau celular, metastização ganglionar, expressão de recetores hormonais e de HER-2) nos casos de cancro da mama invasivo tratados cirurgicamente no CHTV. Critérios de inclusão: patologia maligna invasiva; ausência de QT neoadjuvante; cirurgia realizada no CHTV; determinação do marcador Ki-67; registo de dados clínicos completo.

Resultados: Dos 590 pacientes avaliados na UFM do CHTV entre 2010 e 2014, por patologia maligna da mama, 318 preencheram os critérios de inclusão no estudo. A idade média foi de 63 anos. Valores mais elevados de Ki-67 associaram-se a graus histológicos superiores ($p < 0,001$), a ausência de recetores de estrogénio ($p < 0,001$) ou de progesterona ($p < 0,001$) e positividade para HER-2 ($p < 0,05$). Não se verificou relação com a idade da paciente, o tamanho do tumor ou o grau de metastização ganglionar.

Discussão e conclusão: O cancro da mama é uma doença heterogénea com diferentes subtipos, e é conhecida que a proliferação celular é um fator com impacto significativo na predição do risco de recorrência. A determinação do Ki67 avalia a fração proliferativa de uma determinada população neoplásica.

A semelhança de outras publicações, também neste estudo os valores de Ki-67 relacionaram-se com outros fatores de mau prognóstico, que, segundo a literatura, estão associados a tumores com índices proliferativos superiores, como o alto grau histológico, a ausência de expressão de recetores hormonais ou a positividade para HER2.

CO 19

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOLÓGICAS E MOLECULARES DO CARCINOMA DA MAMA TRIPLIO NEGATIVO

Autores: Joana Santos, Renata Veríssimo, Vera Silva, Cláudia Andrade, Teresa Carvalho, Francisco Cortez Vaz

Instituições: Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: Os carcinomas da mama triplos negativos (TN) caracterizam-se pela ausência de recetores de estrogénios (RE-), progesterona (RP-) e de expressão da proteína do recetor de tipo 2 do factor de crescimento epidermoide humano (HER2-). Este subtipo de cancro da mama corresponde a cerca de 15% dos casos, representando um desafio a nível do seu tratamento adjuvante, por não poder ser alvo de terapêutica hormonal ou terapêutica dirigida a HER2.

Objetivos: Análise e comparação das características clínicas, histológicas e moleculares dos carcinomas TN relativamente aos restantes carcinomas.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de 666 doentes com diagnóstico de carcinoma invasivo da mama submetidas a cirurgia entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2014 no Departamento de Obstetrícia/Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

A amostra foi subdividida em dois grupos: um deles incluindo os carcinomas TN e outro compreendendo os restantes casos.

Os grupos foram analisados e comparados quanto aos seguintes parâmetros: idade, estado hormonal (relativo à menopausa), diâmetro tumoral, tipo histológico, grau de diferenciação e índice proliferativo Ki67.

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa informático SPSS 20^o.

Resultados: De entre os 666 doentes incluídas, 74 (11,1%) apresentaram carcinomas TN. A idade das mulheres com carcinoma TN foi, em média, 65 anos (16,2% pré-menopausa). No grupo restante, a idade média observada foi 62 anos (23,1% pré-menopausa). O tipo histológico mais frequente em ambos os grupos foi o carcinoma ductal invasivo. Quando avaliado o grau de diferenciação tumoral, observou-se que 75,7% dos carcinomas TN eram G2/G3, sendo que apenas 44,9% dos restantes apresentaram este grau de diferenciação ($p < 0,05$). Quanto à expressão de Ki67, verificou-se que esta foi significativamente mais elevada nos carcinomas TN (média 35,6%) que nos restantes (média 23,6%) – $p < 0,01$. Também quanto à dimensão tumoral média foi constatada diferença estatisticamente significativa entre os grupos (26,5 mm no grupo TN e 21,6 mm nos restantes).

Conclusão: Os carcinomas TN associam-se a parâmetros de pior prognóstico, como menor diferenciação histológica e maior dimensão tumoral, assim como a valores significativamente mais elevados do índice proliferativo.

Estes resultados são concordantes com a relatada associação destes tumores a maiores taxas de metastização e de recorrência local, assim como a uma sobrevida global mais baixa.

CO 20

FATORES ASSOCIADOS A METASTIZAÇÃO GANGLIONAR EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA SUBMETIDAS A BIÓPSIA DE GÂNGLIO SENTINELA

Autores: Joana Santos, Renata Verissimo, Vera Silva, Elda Oliveira, Amélia Monteiro, Francisco Cortez Vaz

Instituição: Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: A axila é o local preferencial de disseminação do cancro da mama. Define-se como gânglio sentinela (GS) o primeiro gânglio a receber drenagem linfática e, consequentemente, células metastáticas. Se o seu estudo for negativo para células tumorais, a possibilidade de existirem metástases nos restantes gânglios é mínima, pelo que a linfadenectomia axilar é dispensável, evitando a morbidade associada.

A biópsia de gânglio sentinela (BGS) pode ser considerada em doentes com axilas clínica e ecograficamente negativas. No entanto, outros factores relacionados com a presença de metástases ganglionares têm sido estudados, podendo contribuir para uma melhor seleção destas doentes.

Objetivo: Avaliar factores clínicos, patológicos e moleculares preditivos de presença de metástases axilares de cancro da mama.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de 276 doentes com diagnóstico de carcinoma invasivo da mama submetidas a BGS no Departamento de Obstetrícia/Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2014.

A amostra foi subdividida em dois grupos: GS positivo (GS+) e GS negativo (GS-), que foram analisados e comparados quanto aos seguintes parâmetros: idade, estado hormonal (relativo à menopausa), diâmetro tumoral, tipo histológico, grau de diferenciação e expressão de receptores hormonais, HER2 e Ki67. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa informático SPSS 20®.

Resultados: No período estudado, 276 doentes foram submetidas a BGS. Evidenciou-se metastização ganglionar (GS+) em 44 doentes (15,9%). Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a positividade do GS e a dimensão tumoral (p > 2 cm em 63,4% das doentes com GS+). Para as restantes variáveis analisadas não foi encontrada diferença com significado estatístico.

Conclusões: Na ausência de um método clínico ou imagiológico capaz de identificar de forma fidedigna a presença de metástases ganglionares, a definição de factores preditivos de metastização poderá desempenhar um importante papel na melhor seleção de doentes para BGS.

Vários factores têm vindo a ser relacionados com a metastização ganglionar, tais como: tamanho do tumor, indiferenciação histológica, idade jovem e negatividade de receptores hormonais.

O presente estudo sugere que a dimensão tumoral é o fator mais importante para a positividade do GS. Este factor deverá ser considerado aquando do planeamento da BGS.

Sexta-feira | 05 de junho 2015 Friday | June 5, 2015

17.30-19.00h **CO 21 a CO 31**

Moderadores / Moderators: Virginia Monteiro & José Damasceno

CO 21

PRÓTESE SUBURETRAL TENSION-FREE VAGINAL TAPE (TVT) POR VIA RETROPÚBICA NA CORREÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO RECORRENTE APÓS CIRURGIA

Autores: Dânia Ferreira, Cátia Ferreira, Carla Duarte, Hermínia Afonso, Sofia Costa, Horácio Azevedo, Manuela Mesquita, José Vivas

Instituições: Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) feminina é uma patologia muito frequente, com interferência significativa na qualidade de vida. Quando as alterações do estilo de vida, fisioterapia ou tratamento farmacológico não proporcionam um alívio sintomático adequado, a cirurgia é frequentemente a única opção terapêutica disponível. Em cerca de 5 a 20% dos casos o insucesso do tratamento cirúrgico também ocorre, o que representa uma situação complexa e de difícil resolução. Desde 2008, a técnica TVT retropúbico tem sido utilizada no Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA) para tratamento das recorrências de IUE após correção cirúrgica.

Objetivos: Avaliar os resultados obtidos utilizando a técnica TVT retropúbico na recorrência de IUE após correção cirúrgica.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de todas as doentes submetidas a



colocação de prótese suburetral TVT por via retropúbica entre 1 de Janeiro de 2008 e 31 de Dezembro de 2014 por IUE recorrente após correção cirúrgica.

Resultados: Entre 2008 e 2014 foram reintervencionadas com colocação de prótese suburetral TVT por via retropúbica 32 pacientes por IUE recorrente após cirurgia prévia. A idade mediana foi de 57 anos (75% pós-menopáusicas), e 96,9% das pacientes eram multiparas, sendo a paridade mediana de dois. 84,4% das doentes apresentavam outras comorbilidades associadas, sendo a depressão a patologia mais frequente, presente em 40,6% das pacientes. 59,4% (n=19) das pacientes tinham excesso de peso e 53,1% (n=17) apresentavam cirurgias pélvicas anteriores, sendo a mais frequente a histerectomia. O diagnóstico mais frequente para a realização da primeira cirurgia foi a IUE, presente em 56,3% das pacientes, e a técnica cirúrgica mais utilizada foi a Transobturador tape – TOT, em 78,1% dos casos. O tempo médio para reaparecimento da sintomatologia foi de 25,4 meses. Não se registaram quaisquer complicações intra-operatórias aquando da cirurgia TVT retropúbica, havendo necessidade de secção da primeira prótese TOT em apenas 1 caso. No pós-operatório imediato, 46,9% (n=15) das pacientes desenvolveram retenção urinária, com necessidade de cistostomia suprapúbica em 7 pacientes. No pós-operatório tardio a maioria das utentes referiu melhoria de acordo com o índice *Patient Global Impression of Improvement (PGI-I)*, apresentando-se sem queixas de IUE no momento da alta. **Conclusões:** A abordagem da IUE recorrente após falha de terapêutica cirúrgica é um desafio. A colocação de prótese suburetral TVT por via retropúbica é uma técnica eficaz no tratamento da IUE recorrente após cirurgia, com poucas complicações e bons resultados a médio prazo.

CO 22

SACROCOLPO(HISTERO)PEXIA LAPAROSCÓPICA – A EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Autores: Joana Pereira¹, Anabela Rocha¹, Margarida Martinho^{1,2}, Teresa Mascarenhas^{1,2}, Jorge Beires¹

Instituições: ¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João; ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: O prolapso genital feminino é uma patologia com uma prevalência elevada particularmente em mulheres na pós-menopausa. Estima-se que cerca de 11,1% destas mulheres serão submetidas a pelo menos uma intervenção cirúrgica para correção de prolapso dos órgãos pélvicos (POP) durante a sua vida. Associa-se a incontinência urinária em aproximadamente 38% dos casos.

São várias abordagens que podem ser usadas para tratar o POP, no entanto nas últimas décadas a via laparoscópica tem assumido uma importância crescente, sendo presentemente considerada como o tratamento de eleição para a correção dos defeitos apicais.

Objectivos: Apresentar a experiência da nossa instituição, um hospital terciário, com a utilização da laparoscopia no tratamento do POP realçando os resultados e as complicações.

Material e métodos: De Março de 2012 a Fevereiro de 2015, 18 mulheres com POP e com comprometimento sobretudo do compartimento apical foram submetidas a tratamento laparoscópico com utilização de uma rede de polipropileno. Todos os procedimentos foram realizados pelo mesmo cirurgião e o seguimento incluiu uma avaliação da sintomatologia e exame objectivo aos 1, 6 e 12 meses.

Resultados: As idades das mulheres incluídas variaram entre os 37 e 72 anos. Em 15 casos a indicação cirúrgica foi prolapso da cúpula vaginal (5 dos quais por recidiva do prolapso) e em 3 histerocelo grau II/III, nestes foi realizada correção cirúrgica com preservação do útero. Em 2 foi corrigida em simultâneo incontinência urinária de esforço, por colocação de sling sub-uretral.

O tempo operatório variou de 210 -300 minutos e o tempo de internamento de 2 e 7 dias.

Ocorreram 3 complicações intra-operatórias: 1 lesão rectal e 2 lacerações da bexiga, todas corrigidas no mesmo tempo cirúrgico. No pós-operatório precoce houve um caso de retenção urinária com necessidade de treinos vesicais. Não ocorreram complicações major e não se registaram conversões para laparotomia.

Nas consultas de seguimento todas as doentes referiram franca melhoria da sensação de corpo estranho vulvar e negaram queixas de dor pelvi-perineal ou dispareunia. A paciente em que ocorreu a retenção urinária no pós-operatório imediato não registou outros episódios de retenção nas referências, na avaliação ao mês, micção espontânea mas com esforço e dificuldade na defecação espontânea. Efectua reabilitação dos músculos do pavimento pélvico registando-se uma melhoria aos 6 meses. Não ocorreram complicações relacionadas com a prótese ou sintomas de incontinência urinária “de novo”.

Conclusão: Apesar da experiência com a realização de sacrocolpo/histeropexia laparoscópica ser ainda limitada na nossa instituição, os resultados apresentados são encorajadores, demonstrando que esta técnica tem uma baixa taxa de complicações e bons resultados globais a médio prazo.

CO 23

COLPOPEXIA SACROESPINHOSA POR SLING APICAL: EXPERIÊNCIA INICIAL

Autores: Inês Pereira Alexandriah Alas Hemikaa Devakumar Luis Espailat Eric Hurtado Guillermo Willy Davila

Instituições: CHLN, Hospital de Santa Maria Cleveland Clinic Florida

Introdução: O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma condição de elevada prevalência na população feminina, afectando negativamente a qualidade de vida e função sexual. Os defeitos anatómicos do compartimento apical, envolvendo útero ou cúpula vaginal, estão presentes em muitas formas combinadas de POP. Em alternativa ao uso de redes vaginais, foi desenvolvida por este grupo de trabalho uma técnica de suspensão apical, capaz de aumentar a durabilidade das correções vaginais do compartimento médio, com morbidade mínima. Esta baseia-se na colpopexia sacroespinhosa bilateral com interposição de uma fita de polipropileno, habitualmente utilizada para o tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço. Reportamos os resultados a curto-prazo dos primeiros casos em que foi realizada esta técnica cirúrgica.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional incluindo todas as mulheres submetidas a colpopexia sacroespinhosa bilateral com *sling apical (I-STOP sling, CL Medical)* na mesma Unidade de Uroginecologia. Todas as pacientes apresentavam POP sintomático, grau 2 ou superior, envolvendo o útero ou cúpula vaginal pós-histerectomia. Procedimentos vaginais concomitantes, como colporrafia anterior e/ou posterior, perineoplastia ou sling sub-uretral, foram incluídos na análise. Da análise realizada fizeram parte: avaliação pré-operatória, cirurgia e consultas de *follow-up* aos 2 e 6 meses de pós-operatório. Foi estabelecido como desfecho primário a cura anatómica, definida como prolapso apical grau 1 ou menor, de acordo com o Sistema Quantitativo do Prolapso dos Órgãos Pélvicos (POP-Q). A avaliação subjetiva de sintomas e a morbidade peri-operatória foram analisadas secundariamente.

Resultados: 67 mulheres realizaram a cirurgia índex entre Julho de 2013 e Novembro de 2014. Destas, 63 (94%) completaram o primeiro *follow-up* e 28 (41.8%) completaram ambas as avaliações pós-operatórias. O ponto C médio no POP-Q pré-operatório foi de -3.26 (± 3.51). A cura anatómica aos 2 meses foi de 100% (63/63), com um ponto C médio de -7.3 (± 0.86). No primeiro *follow-up* 73% (46/63) das mulheres considerou sentir-se “curada ou muito melhorada” e 23% (15/63) “algo melhorada”. Aos 6 meses a cura anatómica foi de 96.4% (27/28), com um ponto C médio de -7.4 (± 0.78). 78.6% (22/28) das mulheres considerou sentir-se “curada ou muito melhorada” e 14.3% (4/28) “algo melhorada”. Não existiram complicações intraoperatórias. No pós-operatório, registaram-se 8 casos de sintomas urinários de novo (3 de incontinência de esforço e 5 de urgência miccional). Aos 6 meses 10.7% (3/28) das mulheres apresentava sintomas de dor pélvica ou dispareunia. Complicações como abcesso ou hematoma perineal, retenção urinária ou complicações relacionadas com a fita vaginal, como erosão, extrusão ou contração, não se registaram nesta série de casos.

Conclusão: A colpopexia sacroespinhosa com *sling apical* utilizando a fita I-STOP é um procedimento eficaz e seguro para a correção transvaginal do prolapso apical.

CO 24

CONTRIBUTOS PARA A CRIAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE NA PRÁTICA DE COLPOSCOPIA

Autores: Tânia Lima, Teresa Teixeira-Silva, Bruna Vieira, Isabel Rodrigues, Manuela Montalvão, Concepcion Arantes, Susana Marta, Cláudia Marques, Maria João Carinhas, José Manuel Cabral

Instituições: Centro Materno-Fetal do Norte

Introdução: Em 2012, a *European Federation for Colposcopy and Pathology of the Lower Genital Tract (EFC)* desenvolveu um estudo cuja finalidade foi a de encontrar indicadores que avaliassem a qualidade da prática de colposcopia, de forma a serem implementados em toda a Europa.

Objectivos: Apresentar os indicadores da Unidade de Patologia do Colo da nossa instituição tendo como ponto de partida os critérios de qualidade desenvolvidos pela EFC.

Material e métodos: Auditoria aos critérios de qualidade na prática de colposcopia da EFC na Unidade de Patologia do Colo do nosso hospital referente ao ano de 2014. Foram revistas as citologias, colposcopias e histologias de baixo e alto grau realizadas na nossa consulta ou referenciadas à Unidade. A Unidade de Patologia do Colo integra uma equipa de 8 médicos estando organizada da seguinte forma: dois médicos realizam três períodos de consulta semanal, três têm um período semanal e os restantes fazem em média um período de consulta quinzenal.

Resultados: Todas mulheres com alterações citológicas submetidas a tratamento excisional fizeram colposcopia prévia. Em todos os relatórios de colposcopia foi documentada a existência ou não de JEC visível. A taxa de margens livres nas peças de conização foi de 89,8% (176 peças com margens

negativas em 196 casos). Verificou-se que o número de colposcopias por lesões de baixo grau foi de cerca de 80/médico/ano (639 colposcopias por lesões de baixo grau em 2014). No que diz respeito ao número de colposcopias por lesões de alto grau este foi de 23/médico/ano (185 colposcopias por lesões de alto grau).

Em relação à nossa Unidade, parece-nos que cumpre praticamente todos os critérios da EFC. Relativamente ao baixo número de colposcopias/médico/ano por lesões de alto grau, pensamos que estará relacionado com o facto de os médicos que integram a Unidade terem diferente carga horária semanal. Este trabalho mostra a importância de ser desenvolvido um processo de Acreditação em Colposcopia em Portugal e criar critérios de qualidade válidos para todas as Unidades de Patologia do Colo. Nesse sentido, é necessário que sejam realizadas auditorias a estas Unidades para avaliar se os números requisitados pela EFC são exequíveis no nosso país.

CO 25

ÚLCERAS DE LIPSCHÜTZ: TEMPO PARA UMA MUDANÇA DE PARADIGMA? ANÁLISE DE 34 CASOS

Autores: Joana Lima-Silva Pedro Vieira-Baptista Jorge Beires José Martinez-de-Oliveira

Instituições: Centro Hospitalar São João Centro Hospitalar Cova da Beira Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A úlcera de Lipschütz (UL) é uma entidade pouco comum, provavelmente por subdiagnosticada, de etiologia não esclarecida. Apresenta-se como úlcera vulvar aguda, dolorosa, auto-limitada, por vezes associada a sintomatologia sistémica, que afecta classicamente crianças e mulheres jovens. A bibliografia existente é escassa, consistindo em relatos esporádicos de casos ou pequenas séries.

Objectivos: Descrever a apresentação clínica das UL e as características clínicas e demográficas das mulheres afectadas.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo transversal – análise dos casos de UL avaliadas na Consulta de Patologia Vulvar da nossa instituição, de Março/2009 a Março/2014.

Resultados e conclusões: Foram diagnosticados 34 casos de UL. A mediana de idade foi 26 anos, tendo cerca de um terço (10) dos casos idade superior a 35 anos. A maioria teve ou tem actividade sexual (29, 85,3%). Dez mulheres (29,4%) referiram ter tido pelo menos um episódio prévio de úlcera(s) vulvar(es). Uma queixa/condição não-ginecológica na semana prévia estava presente em 73,5% (25), sendo os mais comuns a odinofagia (13, 38,2%), febre (11, 32,3%), mialgia (6, 17,6%) e infecção do tracto respiratório (6, 17,6%).

As localizações mais frequentes foram o vestíbulo (20, 58,8%) e os pequenos lábios (10, 29,4%), sendo múltiplas na maioria dos casos (22, 64,7%). O tempo médio para a cicatrização total foi 15,6±6,20 dias. Foi identificada uma associação microbiológica em 10 doentes (29,4%): CMV (4), Mycoplasma pneumonia (3), EBV (2) e PVB19 (1).

Contrariamente ao originalmente descrito, as UL podem ser encontradas em qualquer idade, sendo a maioria das mulheres sexualmente activas. A recorrência não é um evento raro. Vírus, como CMV, EBV e PVB19 são os agentes infecciosos mais comunmente associados, embora o Mycoplasma pneumonia também deva ser considerado. A instituição de um protocolo de diagnóstico que inclua estes agentes pode ser útil na prática clínica, conduzindo a um diagnóstico etiológico em até um terço dos casos.

CO 26

IMPACTO POTENCIAL DE ESTRATÉGIAS DE *SEE AND TREAT* E DE EXCISÃO DIRECTA

Autores: Pedro Vieira-Baptista¹, Joana Lima-Silva¹, Cândida Pinto¹, Isabel Amendoeira², Jorge Beires²,

Instituições: ¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal;

²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução: As estratégias de *see and treat* têm vindo a ser desaconselhadas, mas paradoxalmente, a ASCCP, em 2012, torna válida a excisão sem colposcopia, em caso de citologia ASC-H/HSIL. O conhecimento do grau de concordância entre biópsias e procedimentos excisionais pode ser útil para avaliar o papel da colposcopia.

Objectivos: Avaliar 1) o impacto potencial de uma estratégia de excisão directa ou 2) de *see and treat* e 3) avaliar a correlação entre biópsia e procedimento excisional.

Material e métodos: Estudo prospectivo de todas as mulheres avaliadas numa consulta de Patologia Cervical, entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2014. Excluídas mulheres sem diagnóstico histológico, com suspeita de doença glandular ou com colposcopia inadequada.

Resultados e conclusões: Foram avaliadas 515 mulheres, das quais 276 (53,6%) foram elegíveis para o estudo. A idade média foi de 38,3±9,97 [19-70] anos.

O resultado da citologia prévia era conhecido em 262 mulheres, sendo que em 86 (32,8%) foi ASC-H/HSIL. Destas, não se confirmou a presença de CIN2+ em 27 (31,3%).

Das 233 em que foi realizada biópsia, em 73 a impressão colposcópica foi de lesão de alto grau ou invasão, tal não se tendo confirmado em 31 (39,2%) casos. Considerando as 276 que realizaram biópsia e/ou procedimento excisional, das 108 com a mesma suspeita, tal não se verificou em 34 (31,5%).

Nas 62 em que realizou biópsia e procedimento excisional, houve concordância histológica em 72,6% dos casos. O índice k foi de 0,44 (IC95% 0,218-0,669). Em 5 (8,1%) casos em que na biópsia havia lesão de CIN2+, tal não se verificou na peça de excisão. Pelo contrário, na ausência de CIN2+ na biópsia, tal foi detectado em 6 (9,7%) casos na peça de excisão.

A estratégia de excisão directa, no caso de ASC-H/HSIL, pode levar a sobretratamento num número significativo de casos, o mesmo se aplicando às estratégias de *see and treat* (31,3% e 39,2%, respectivamente, $p=0,424$). Estas estratégias não devem ser aplicadas, especialmente, em mulheres mais jovens e com colposcopias adequadas.

A concordância entre os resultados de biópsias e procedimentos excisionais é moderada; em cerca de 10% das peças excisionais detectaram-se lesões de alto grau não identificadas na biópsia.

Os achados citológicos, colposcópicos e histológicos devem ser integrados e contextualizados (idade, desejo reprodutivo, etc.) de modo a encontrar o ponto de equilíbrio entre o sobretratamento e a omissão do mesmo.

CO 27

CITOLOGIA CERVICAL COM INFLAMAÇÃO E/OU MICROORGANISMOS: QUAL O PAPEL DO EXAME A FRESCO?

Autores: Pedro Vieira-Baptista¹, Joana Lima-Silva¹, Cândida Pinto¹, Conceição Saldanha², Jorge Beires¹, José Martinez-de-Oliveira^{1,4}, Gilbert Donders⁵

Instituições: ¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal; ²LAP, Unilabs, Porto, Portugal; ³Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal; ⁴Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal; ⁵Femicare vzw, Clinical Research for Women, Tienen, Belgium

Introdução: O relato da presença de inflamação e/ou microorganismos na citologia não é obrigatório, não existindo critérios estritos de diagnóstico. Contudo, quando reportada pode levantar dúvidas de actuação.

Objectivos: Avaliar 1) a que correspondem as inflamações da citologia cervical (CC) no exame a fresco (EF); 2) a presença de microorganismos na CC se verifica no EF e 3) se as alterações da CC influenciam a probabilidade de reportar a presença de inflamação.

Material e métodos: Estudo prospectivo, realizado entre Junho de 2014 e Março de 2015, consistindo na recolha sistemática de corrimento vaginal para uma lâmina de vidro, previamente à colheita de CC. As lâminas foram lidas de forma cega, pelo mesmo investigador, de acordo com os critérios de Donders. As CC foram lidas no laboratório da instituição.

Resultados e conclusões: Foram avaliados 417 casos, sendo a idade média de 41,3±10,51 (21-72) anos. Foi reportada inflamação na CC em 58 casos (13,9%); no EF a inflamação (moderada/severa) foi detectada em 133 casos (31,9%). Houve concordância em 28 casos (48,3% [28/58]).

Os resultados do EF no caso de inflamação na CC foram: presença de Candida (isolada ou não) 27 (46,6%), normal 17 (29,3%), vaginite aeróbica moderada/severa (VA) 7 (12,1%), bacteriose vaginal (BV) 6 (10,3%), tricomoníase 4 (6,9%) e atrofia 2 (3,4%).

A prevalência de cada alteração no EF foi semelhante aos casos em que não foi reportada inflamação, excepto no caso da presença de Candida (46,6% vs 26,7%, $p=0,003$).

Relativamente à presença de microorganismos, na CC foram reportados 20 (4,8%) casos de Candida, 8 (1,9%) de BV e 4 (0,09%) de Trichomonas. Destes, confirmaram-se, no EF, 13 de Candida, 4 de BV (2 classificados como VA) e 2 de Trichomonas. Globalmente, verificou-se concordância em 19 de 32 (59,4%) casos.

A presença de inflamação foi reportada mais frequentemente no caso de CC negativas do que positivas (22,0% vs. 2,3%, $p=0,000$), no exame a fresco tal não se verificou (29,1% vs. 33,9%, $p=0,337$).

O exame a fresco pode ser útil nos casos de inflamação na CC, especialmente em mulheres sintomáticas e/ou grávidas. Em cerca de metade dos casos identificou-se a presença de Candida, isolada ou não. Quando reportada a presença de microorganismos na CC, esta confirmou-se em cerca de 60% dos casos. A presença de inflamação poderá ser mais valorizada pelo citotécnico ou anatomopatologista nos casos de CC negativa

CO 28

TERAPÊUTICA COM IMIQUIMOD PARA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL ALTO GRAU

Autores: Catarina Policiano, João Lopes, Sónia Barata, Anabela Colaço, Carlos Calhaz-Jorge

Instituições: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia CHLN, Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa

Introdução: A Neoplasia intra-epitelial vaginal (VaIN) constitui uma condição pré-maligna do tracto genital feminino muito mais rara do que a neoplasia intra-epitelial cervical (CIN). Para além da sua utilidade em patologia vulvar, o Imiquimod constitui uma terapêutica segura e eficaz no VaIN de alto grau.

Objectivo: Descrição de uma série de casos com o diagnóstico de VaIN de alto grau em que foi realizada aplicação tópica de Imiquimod 5%, no que respeita à sua eficácia terapêutica na abordagem conservadora de VaIN, como alternativa à terapêutica cirúrgica.

Material e métodos: Revisão de seis casos de VaIN diagnosticados nos últimos quatro anos na Unidade de Colposcopia de um hospital terciário, submetidos a aplicação tópica de Imiquimod. Avaliação da eficácia (resolução de lesões) e efeitos secundários a curto e longo prazo.

Resultados e conclusões: A idade média de diagnóstico foi de 43 anos (35-50). Quatro doentes tiveram o diagnóstico de VaIN alto grau durante a vigilância após histerectomia por CIN3 (2 casos) ou por cancro do colo do útero (2 casos). Numa quinta doente incluída com o diagnóstico pós-conização de carcinoma pavimento-celular IA1 (margens livres, sem invasão linfocelular) verificaram-se múltiplas lesões na vagina, cuja biópsia revelou VaIN alto grau. A sexta doente incluída encontrava-se em vigilância por CIN1, no decorrer da qual foi identificada VaIN alto grau.

Nos seis casos descritos foi aplicado Imiquimod 12,5 mg creme 5% trissemanal durante doze semanas. Em apenas uma doente, registaram-se sintomas sistémicos (mialgias e febre) com necessidade de descontinuar a terapêutica, tendo sido posteriormente submetida a terapêutica cirúrgica.

Num seguimento médio de três anos (1-4) todas as observações e citologias foram negativas. Não se verificaram quaisquer sintomas após a terapêutica, nomeadamente, dispareunia.

A aplicação de Imiquimod constitui uma abordagem conservadora, eficaz para VaIN alto grau, com efeitos secundários sistémicos ligeiros e ausência de sequelas locais, podendo ser uma alternativa a procedimentos cirúrgicos com maior risco de sequelas vaginais.

CO 29

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO E DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS, NUMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA: UM ESTUDO PROSPETIVO

Autores: Ana Gomes da Costa, Ana Candeias, Margarida Mendes de Almeida, Anabela Colaço, Joaquim Neves, Carlos Calhaz-Jorge

Instituições: Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia, CHLN – Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, CAM – Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: A persistência do papilomavírus humano (HPV) é a principal causa de cancro cervical e lesão intraepitelial. Mulheres com genotipagem HPV de alto risco (HPV-AR) negativa têm risco reduzido para neoplasia cervical, contrariamente àquelas com genotipagem positiva.

Objectivos: Determinação da prevalência do HPV-AR e dos principais factores de risco numa amostra de conveniência da população portuguesa.

Materiais e métodos: Estudo prospetivo (novembro 2012 a fevereiro 2015) de mulheres entre os 30 e os 65 anos que efetuaram rastreio do cancro do colo do útero. Realizou-se citologia e deteção do HPV para 14 tipos de HPV-AR, isolando-se o HPV16 e 18 e outros HPV-AR. Analisaram-se os seguintes parâmetros: idade, paridade, idade da menarca, idade de início de vida sexual (ivs), número de parceiros sexuais, utilização de contraceptivos hormonais combinados (CHC) e tabagismo.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 827 mulheres das quais 77 apresentaram genotipagem HPV-AR positiva (HPV16: 12; HPV 16/18: 1; HPV16/outros HPV-AR: 4; HPV18/outros HPV-AR: 3; outros HPV-AR: 57). Neste grupo, a mediana da idade é inferior (40 vs. 49 anos, $p \leq 0,001$), a ivs é mais precoce (18 vs. 19 anos, $p \leq 0,001$), o número de parceiros sexuais é superior (3 vs. 2, $p \leq 0,001$), a utilização de CHC é mais frequente (48,6% vs. 30,9%, $p = 0,004$) bem como a incidência de tabagismo (42,6% vs. 22,8%, $p \leq 0,001$) e de alterações na citologia, (24,7% vs. 1,5%, $p < 0,001$). Os restantes parâmetros avaliados não revelaram significância estatística. Identificaram-se cinco casos de citologia com lesões de alto grau (HSIL) no grupo com genotipagem HPV-AR positiva. A análise de regressão logística mostrou contribuição independente das variáveis idade [OR 0,93 (95% IC, 0,89-0,97)] e tabagismo [OR 2,15

(95% IC, 1,05-4,43]. As mulheres com genotipagem HPV 16/18 positivo foram avaliadas na consulta de colposcopia, tendo-se diagnosticado duas lesões CIN 2, quatro lesões CIN 3 e um caso de carcinoma pavimento-celular IA1.

Na amostra estudada, 9,3% das mulheres apresentaram infecção por HPV-AR, e destas, 24,7% apresentaram citologia alterada. A idade e o tabagismo foram os fatores de risco mais importantes. Estes resultados corroboram dados recentemente publicados que sugerem a importância da inclusão do teste HPV-AR no rastreio do cancro cervical em mulheres entre os 30 e os 65 anos.

CO 30

DISCREPÂNCIA CITO-HISTOLÓGICA COMO INDICAÇÃO DE EXCIÇÃO DE ZONA DE TRANSFORMAÇÃO

Autores: JM. Raimundo, B. Nogueira, G. Mendinhos, S. Barreto, C. Veríssimo

Instituições: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Setúbal Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Introdução: O cancro do colo do útero apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade feminina e representa um sério problema de saúde pública. O exame citopatológico permite o diagnóstico precoce pela deteção de lesões pré-malignas.

Objetivo: Avaliar as discrepâncias cito-histológicas dos exames colposcópico, citológico e histológico na deteção de lesões pavimentosas de baixo e alto grau.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de mulheres submetidas a excisão de zona de transformação por ansa diatérmica ou laser CO₂, entre Fevereiro de 2012 e Dezembro de 2014, por indicação de discrepâncias cito-histológicas (n=95).

Resultados: Realizaram-se 302 excisões de zona de transformação, sendo que em 31.46% (95/302) a indicação foi discrepância cito-histológica; destas o resultado histológico após excisão foi: sem displasia-71.58% (68/95); lesão pavimentosa de baixo grau-10.53% (10/95), lesão pavimentosa de alto grau-13.68% (13/95) e carcinoma in situ-4.12% (4/95). Nos doentes cujo resultado histológico não revelou displasia, a análise citológico previa revelava: Células pavimentosas atípicas, sem excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H) -32.35% (22/68); Lesão Pavimentosa de Baixo Grau (LSIL)-30.88% (21/68); Lesão pavimentosa de alto grau (HSIL)-19.12% (13/68); Células glandulares atípicas (AGC)-13.24% (9/68); Células pavimentosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) -4.41% (3/68).

Conclusão: Neste estudo em mais de 70% das excisões cuja indicação foi a discrepância cito-histológica, o resultado histológico não revelou displasia apesar de ter havido indicação por citologia (HSIL, ASC-H e AGC) em 64.7% (44/68).

CO 31

COMPARAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO: O CASE STUDY DA ZONA CENTRO

Autores: José Alberto Fonseca Moutinho¹, Ângela Pista², Carlos Costa³, Conceição Saldanha⁴, José Maria Moutinho⁵, Margarida Vicente⁶, Carlos Catalão⁷

Instituições: ¹Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de Cova da Beira, Covilhã; ²Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Investigação e Desenvolvimento; ³Escola Nacional de Saúde Pública; ⁴Direção técnica do LAP, Laboratório de Anatomia Patológica da UNILABS; ⁵Consultor em Ginecologia Oncológica no Hospital Cuf Porto; ⁶Datamedica, Consultoria e Serviços em Biostatística, Lda.; ⁷Roche Sistemas de Diagnósticos, Lda.

Introdução: A infecção por Papilomavírus Humano de alto risco (HPV-Ar) encontra-se associada a 99,7% dos casos de cancro do colo do útero (CCU), o 2º mais frequente em mulheres entre os 15-44 anos. O rastreio primário com o teste de HPV tornou-se o foco da investigação na prevenção do CCU. No entanto, para garantir a eficácia é necessário que as mulheres HPV (+) sejam adequadamente rastreadas com um teste mais específico. A citologia papanicolau, a genotipagem parcial, a citologia com dupla marcação p16/ki67 (CINtec® PLUS) ou uma combinação destas, afiguram-se como as estratégias mais prováveis.

Objetivo: Comparar o desempenho clínico e o impacto orçamental do (1) rastreio baseado na citologia com (2) teste de HPV-Ar sem genotipagem seguido de CINtec® PLUS para todas as mulheres HPV (+) e com (3) teste de HPV-Ar com genotipagem HPV 16/18 seguido de CINtec® PLUS para todas as mulheres positivas para os outros 12 HPV-Ar.

Material e método: O modelo de Impacto Económico (CINtec® PLUS and Cobas® HPV Test Business Impact Model, BIM) aborda o impacto das estratégias de rastreio em mulheres entre os 25-65 anos na perspetiva da entidade pagadora.

Estimou-se o desempenho clínico e o impacto económico de um rastreio realizado na zona Centro, assumindo-se um horizonte temporal de 2 ciclos de rastreio.

A história natural da infeção foi simulada através da metodologia de Markov com probabilidades de progressão e regressão baseadas na literatura.

Os custos incluídos no modelo são os custos médicos diretos relacionados com o rastreio, diagnóstico e tratamento e são baseados nos GDHs e em literatura publicada. Os inputs clínicos foram estimados a partir do consenso obtido num Painel de Peritos. A incerteza associada ao modelo foi avaliada através de análises de sensibilidade.

Os *outputs* de impacto clínico incluem doença detetada, incidência de CCU, mortalidade e número de colposcopias necessárias para detetar a doença; os de impacto económico incluem impacto no orçamento anual, custo por doente e custo por doença detetada.

Resultado e conclusões: Quando comparadas com a prática clínica atual, as estratégias (2) e (3) detetam mais casos de CIN2,3 e CCU, reduzindo a incidência e a mortalidade anual de CCU. Verifica-se igualmente uma redução do custo anual total, com poupança significativa durante o rastreio. Com a estratégia (3) esta redução é de 32% (-1 447 756,26€) e com a estratégia (2) é de 31% (-1 403 344,87€). Apesar da redução do custo por doente face à prática clínica, não se verifica uma diferença significativa entre as estratégias (2) e (3). Relativamente aos custos por doença detetada (\geq CIN2), as estratégias (2) e (3) promovem uma redução de 4 720€ e de 4 642€, respetivamente.

Com este modelo, a estratégia de rastreio com teste de HPV-Ar com genotipagem HPV 16/18 seguido de CINtec® PLUS para todas as mulheres positivas para os outros 12 HPV-Ar revelou uma melhoria das variáveis clínicas analisadas e uma redução de 32% no custo anual total face à prática clínica atual (3 121 598,28 vs. 4 569 354,54€).

Sábado | 06 de junho 2015 Saturday | June 6, 2015

09.00-10.30h **CO 32 a CO 37**

Moderadores / Moderators: Paulo Aldinhas & Teresa Rebelo

CO 32

VAGINECTOMIA LAPAROSCÓPICA NA CIRURGIA DE REATRIBUIÇÃO DE SEXO “FEMININO PARA MASCULINO”: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Autores: Ana Gomes da Costa, Maria de Carvalho Afonso, Alexandra Henriques, Ana Luísa Ribeirinho, Décio Ferreira, Alexandre Valentim-Lourenço

Instituições: Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução Clínica Universitária de Obstetria e Ginecologia, CHLN – Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, CAM – Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: Na cirurgia de reatribuição de sexo deve estar envolvida uma equipa multidisciplinar constituída pelo endocrinologista, o psicólogo, o psiquiatra, o cirurgião plástico e o ginecologista com experiência em cirurgia minimamente invasiva. Neste procedimento inclui-se a realização de histerectomia total com anexectomia bilateral e vaginectomia. No nosso serviço damos preferência à via laparoscópica pelas suas vantagens já conhecidas. A peça de vaginectomia pode ser usada como neo-uretra peniana na reconstrução fálica que se segue.

Objetivos: Análise dos casos de transsexualidade primária submetidos a cirurgia de reatribuição de sexo no nosso Serviço entre Janeiro 2007 e Março 2015.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo, descritivo que incluiu os doentes com o diagnóstico de transsexualidade primária (feminino para masculino), submetidos a histerectomia, anexectomia bilateral e vaginectomia por via laparoscópica. Realizou-se uma análise estatística descritiva e avaliaram-se as características demográficas, a extensão da vaginectomia laparoscópica (90%), o tempo de cirurgia e as complicações peri e pós operatórias.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 23 doentes. A idade média foi de 31,8±8 anos, (19-42 anos). Todos os doentes estavam medicados com testosterona (mediana de 3 anos, [1-8 anos]). O tempo médio de cirurgia foi de 155±42 minutos. As perdas hemáticas estimadas foram inferiores a 250 mL em média. Não ocorreram complicações intra-operatórias ou necessidade de suporte transfusional. Relativamente à extensão de vagina removida por via laparoscópica, esta foi inferior a 50% do comprimento total da vagina em três doentes, entre 50-74% em treze doentes, entre 75-90% em seis doentes e superior a 90% em um doente.

Nas complicações peri e pós-operatórias registaram-se: um caso de hemoperitoneu com necessidade de nova avaliação laparoscópica e um caso de um hematoma no canal vaginal restante, com cerca de



5 cm, com necessidade de reinternamento por infecção. Verificou-se um caso de retenção urinária, com 15 dias de duração e resolução espontânea.

De acordo com a experiência do nosso Serviço a vaginectomia por via laparoscópica é uma técnica possível na cirurgia de redistribuição de sexo, que permite a obtenção de retalhos de vagina adequados para a reconstrução fállica. Esta requer equipas com experiência em cirurgia minimamente invasiva, mostrando vantagens na reconstrução fállica subsequente.

CO 33 (CO 11a)

CO 34

COBERTURA CONTRACETIVA NA MUDANÇA OU NA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DO MÉTODO CONTRACETIVO

Autores: José Martinez Oliveira, Ana Matos Santos, Teresa Bombas, Renato Martins, Jorge Gama

Instituições: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Centro Hospitalar Cova da Beira, Sociedade Portuguesa da Contraceção

Introdução: No âmbito do planeamento familiar, a continuidade contraceptiva tem sido um desafio constante, designadamente no que concerne à adesão e utilização correta dos métodos anticoncecionais, bem como ao conhecimento e experiência que as mulheres têm sobre o seu modo de funcionamento. Quando as mulheres param de usar o método contraceptivo, com alguma frequência não iniciam imediatamente o método seguinte nem utilizam um método que proporcione cobertura contraceptiva como, por exemplo, métodos de barreira ou abstinência sexual, e expõem-se ao risco de gravidezes indesejadas, que podem constituir um problema de saúde pública. Este intervalo de tempo que pode ocorrer durante a transição entre métodos, no qual existe risco de ocorrer uma gravidez indesejada se não existir cobertura contraceptiva de segurança adequada designa-se hiato contraceptivo.

Objetivos: Averiguar se existiu cobertura contraceptiva de segurança durante o hiato contraceptivo; Apurar se existiram gravidezes indesejadas resultantes do hiato contraceptivo; Investigar se foi realizado um aconselhamento contraceptivo adequado; Propor medidas que possam melhorar a assistência médica no âmbito da contraceção.

Material e métodos: Estudo quantitativo, com delineamento transversal, baseado na aplicação de um questionário. População alvo constituída por mulheres em idade fértil, entre os 15 e os 49 anos de idade, acompanhadas na consulta de planeamento familiar em centros de saúde de diversas regiões do país. Indivíduos selecionados por amostragem do tipo não probabilística intencional. Tratamento estatístico com recurso ao SPSS versão 21 e Microsoft Office Excel 2010. Estatística descritiva e analítica com recurso ao teste do Qui-quadrado, teste Exato de Fisher, teste de McNemar e McNemar-Bowker.

Resultados e conclusões: A amostra constituída por 53 mulheres da Unidade de Saúde Familiar Serra da Lousã e do Centro de Saúde Ponta Delgada. Cada mulher experienciou $2,5 \pm 1,8$ hiatos contraceptivos durante a sua vida e 45,3% ocorreram por indicação médica e 45,3% por decisão da mulher. Existe uma associação significativa entre o hiato contraceptivo por indicação médica e o número de hiatos que cada mulher experienciou durante a sua vida ($p=0,036$). Relativamente aos hiatos por decisão da mulher, a maior parte (24,5%) ocorreram devido a um evento de vida stressante. 54,7% das inquiridas refere ter realizado cobertura contraceptiva de segurança durante o hiato, sendo o preservativo masculino o método mais utilizado (96,6%). Uma percentagem significativa (32,1%) refere não ter realizado qualquer tipo de cobertura contraceptiva e 2,4% destas senhoras recorreram à contraceção de emergência e, por outro lado, 2,4% referem a ocorrência de uma gravidez indesejada resultante do hiato contraceptivo sem cobertura. Este facto leva-nos a concluir que os comportamentos e vivências contraceptivas, para além de serem dotados de alguma subjetividade e imprevisibilidade (uma vez que se trata da conduta individual da mulher), podem ser influenciados pela indicação e deliberação médicas.

CO 35

HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMAIS NA ADOLESCÊNCIA

Autores: Tânia Ascensão, Sílvia Fernandes, Fernanda Galdes, Fernanda Águas, Helena Leite

Instituições: Serviço de Ginecologia B – Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: As hemorragias uterinas anormais (HUA) são um dos principais motivos de envio à consulta de Ginecologia. Estas podem ter impacto negativo na qualidade de vida, associada a anemia, astenia ou absentismo escolar. De acordo com a intensidade da hemorragia, anemia e/ou estabilidade

hemodinâmica, preconizam-se diversas terapêuticas: estrogénios associados a progestativo cíclico (PC), PC isolado, contraceptivo hormonal combinado (CHC) ou anti-inflamatório não esteróide (AINE). **Objetivos:** O presente estudo visa caracterizar a população adolescente com HUA seguida na consulta de Ginecologia da Infância e Adolescência.

Material e métodos: Das 576 jovens vistas em consulta (≤ 17 anos) de 2011 a 2014, 121 (21%) apresentavam queixas de HUA. Analisaram-se os seguintes parâmetros: índice de massa corporal (IMC), idade da menarca, clínica de hiperandrogenismo, hemoglobina (considerando-se anemia quando valores de Hb

Resultados: Nas 121 doentes com HUA, verificou-se uma média de idade, IMC e idade da menarca de 14.3 anos, 21.7 e 11.5 anos respectivamente. Destas, 74 (61%) não apresentavam clínica que justificasse estudo analítico.

Nas restantes 47 jovens, 22 (46.8%) tinham metrorragias, 21 (44.6%) menorragias, 3 (6.4%) menometrorragias e 1 (2%) polimenorrea. Nestas, 9 (19%) apresentavam anemia (Hb média 10.2 g/dL), das quais 4 com alterações da coagulação: 1 com Doença de Von Willebrand, 1 com Beta Talassémia menor, e 2 em estudo. Verificaram-se 12 jovens (25.5%) com clínica de hiperandrogenismo (9 com alterações dos doseamentos hormonais), das quais 2 com alterações imagiológicas: 1 Microadenoma da hipófise e 1 Síndrome dos Ovários Poliquísticos. Destas 12 jovens, todas foram medicadas com um CHC, 10 com acção anti-androgénica. Verificou-se 1 caso de pólipo endometrial. Em 19 (40.4%) das 47 jovens, as HUA foram controladas com CHC com efeito anti-androgénico, 19 (40.4%) sem efeito anti-androgénico, 6 (12.8%) com um progestativo cíclico e 3 (6.38%) apenas com AINE.

Conclusões: Numa minoria dos casos de HUA (32%) foi detectada patologia orgânica, sendo a etiologia disfuncional a mais prevalente. Destas, 4 (8.5%) apresentaram patologia hematológica que justifica a necessidade de uma abordagem multidisciplinar. Na maioria dos casos o uso de CHC foi a opção terapêutica mais eficaz.

CO 36

CONTRACEÇÃO E FUNÇÃO SEXUAL

Autores: Inês Gante, Carla Rodrigues, Helena Leite

Instituições: Serviço de Ginecologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O impacto dos contraceptivos hormonais na resposta sexual feminina tem sido alvo de debate. De facto, a sua associação a uma eventual diminuição do desejo sexual tem motivado a suspensão do método pelas suas utilizadoras.

Objetivo: Comparar a resposta sexual feminina entre as utilizadoras de contraceptivos hormonais e não hormonais.

Material e métodos: Estudo prospetivo observacional comparativo que decorreu durante um período de 30 meses. A amostra corresponde a mulheres sexualmente ativas, em idade fértil, utilizadoras de um método contraceptivo eficaz às quais se aplicou um questionário validado destinado à avaliação da função sexual feminina – Female Sexual Function Index (FSFI). As mulheres foram divididas em dois grupos consoante o método contraceptivo utilizado (métodos hormonais e não hormonais) e em quatro escalões etários (menos de 20 anos, entre 21 e 30 anos, entre 31 e 40 anos e entre 41 e 50 anos). Para a análise estatística foi utilizado o SPSS versão 19.0.

Resultados: Das mulheres inquiridas (n=810), 80,1% (n=649) utilizavam métodos hormonais e 19,9% (n=161) métodos não hormonais. Na avaliação individual das questões do FSFI verificou-se que no grupo etário dos 31 aos 40 anos havia um melhor índice nas utilizadoras de métodos contraceptivos não hormonais, relativamente à capacidade em atingir o orgasmo e à satisfação da relação sexual, estatisticamente significativo. Estas também apresentaram um valor de score médio de FSFI (30,27) significativamente superior. O domínio “Desejo” do inquérito FSFI foi o que apresentou o menor score em todos os grupos. As pontuações relativas aos domínios “Desejo” “Excitação” e “Lubrificação” foram semelhantes em ambos os grupos e nas faixas etárias avaliadas. O domínio “Orgasmo” foi significativamente mais elevado nas utilizadoras de contraceção não hormonal no grupo etário entre os 31 e os 40 anos ($p < 0,05$). A “Dor sexual” esteve presente em 13,7% das utilizadoras de contraceção hormonal e em 9,3% das utilizadoras de métodos não hormonais.

Conclusões: As utilizadoras de métodos contraceptivos não hormonais apresentaram um score global de função sexual significativamente superior. Na faixa etária dos 31-40 anos verificou-se um índice mais elevado nas questões individuais relativas à capacidade em atingir o orgasmo, à satisfação da relação sexual e um score superior no domínio “Orgasmo”.

CO 37

VAGINISMO: QUE IMPLICAÇÕES NA SAÚDE REPRODUTIVA?

Autores: Inês Gante, Carla Rodrigues, Helena Leite

Instituições: Serviço de Ginecologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O vaginismo define-se como uma contração espasmódica e involuntária dos músculos do pavimento pélvico, impedindo a penetração vaginal. A sua incidência varia de 2%, na população geral, a 47%, nas clínicas de terapia sexual. Segundo a classificação das Doenças Mentais da Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM-V) esta disfunção sexual integra-se nos distúrbios de dor genito-pélvica e penetração. Paralelamente às alterações psicológicas que condiciona, como compromisso da autoestima, quadros de ansiedade e de depressão, associa-se a uma série de repercussões a nível da saúde reprodutiva. Estão descritas implicações no relacionamento conjugal, nas opções contraceptivas, na fertilidade, na vigilância da gravidez e na via do parto.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo dos casos clínicos de vaginismo que recorreram à consulta de Ginecologia Psicossomática e Sexologia nos anos de 2012 a 2014. Foram analisados os seguintes parâmetros: motivação para a consulta, idade, antecedentes pessoais, disfunção sexual associada, terapêutica instituída e a sua eficácia.

Resultados: Verificaram-se 9 casos de vaginismo, o que corresponde a 11,5% das doentes da consulta. A idade média das doentes foi 29 anos. Relativamente aos antecedentes pessoais, em 33% (n=3) coexistia patologia psiquiátrica e num caso existia história de abuso sexual. Apenas se verificou outra disfunção sexual associada num caso. Relativamente à terapêutica instituída, em 7 casos optou-se pelo recurso a dilatadores vaginais obtendo-se sucesso terapêutico em 6 casos. Em dois casos ocorreu gravidez espontânea, uma das quais sem intercorrências e com parto por via vaginal.

Conclusões: A abordagem multidisciplinar do vaginismo, com dessensibilização sistemática associada a terapia cognitiva comportamental e terapia sexual, revela-se eficaz. No nosso estudo verificámos a remissão da disfunção sexual em 67% das doentes e em 11% um desfecho reprodutivo com sucesso.

Videos Videos

Sala Roma

Sábado | 06 de junho 2015 Saturday | June 6, 2015

09.00-10.30h **V 01 a V 04**

V 01

GRAVIDEZ ECTÓPICA INTERSTICIAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Autores: Carla Peixoto¹, Cátia Moreira¹, Sofia Bessa Monteiro¹, Margarida Martinho¹, Nuno Montenegro^{1,2}

Instituições: ¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, CHSJ, Portugal; ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

Introdução: A gravidez ectópica intersticial é uma forma rara de gravidez. O seu diagnóstico definitivo é difícil, requerendo frequentemente a combinação de vários meios complementares de diagnóstico, nomeadamente analíticos, ecográficos e laparoscópicos.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, 2G0P, com uma amenorreia de 7 semanas. Recorreu ao serviço de urgência por perda hemática vaginal escassa com 10 dias de evolução, sem algias pélvicas. Ao exame físico apresentava-se hemodinamicamente estável, com desconforto à palpação dos quadrantes inferiores do abdómen. O exame ginecológico era normal. Ecograficamente apresentava um útero em anteversão, com cavidade uterina com conteúdo heterogéneo com 18,9 mm, identificando-se na região aneal direita imagem regular, hipocogénica com 17x15 mm, sem vascularização, sem líquido livre no FSD. Analiticamente, apresentava β -hCG de 3932mUI/mL. Os diagnósticos diferenciais colocados foram os de gravidez ectópica e abortamento incompleto, tendo-se optado por uma atitude expectante. Perante a reavaliação clínica, ecográfica e os doseamentos seriados de β -HCG às 48h e 96h (238mUI/mL e 4161mUI/mL, respetivamente) e perante a manutenção da suspeita de abortamento incompleto, optou-se pela realização de esvazia-



mento uterino por aspiração, no qual se exteriorizaram fragmentos ovulares. Uma vez que o doseamento de β -HCG 24h após o procedimento permanecia elevado (3518mUI/mL) e que, ecograficamente mantinha conteúdo heterogéneo intra-uterino com 19x15 mm e imagem para-ovárica direita com 18x13 mm, optou-se pela realização de histeroscopia e laparoscopia diagnóstica. Na histeroscopia observou-se cavidade uterina vazia, com exceção de fragmentos ovulares a exteriorizarem-se pelo corno uterino esquerdo. Foi efetuada remoção com tesoura e pinça, sendo impossível a sua exérese completa. Laparoscopicamente, foi observada dilatação a nível do corno uterino esquerdo, compatível com gravidez ectópica intersticial esquerda; região anexial direita sem alterações. Foi efetuada injeção intra-amniótica de metotrexato com auxílio de agulha de raquianestesia 22G através de trocarte supra-púbico de 5 mm e procedeu-se a eletrocoagulação dos pontos hemorrágicos. O doseamento de β -HCG 48 horas após o procedimento era de 244 mUI/mL, tendo negativado 1 mês após a cirurgia.

Conclusão: Apenas 56-71 % dos casos de gravidez intersticial são detetados previamente à cirurgia, pela dificuldade na interpretação de achados ecográficos. Também neste caso, o papel da laparoscopia como meio complementar de diagnóstico de gravidez ectópica intersticial foi essencial.

V 02

TÉCNICA DE VAGINECTOMIA LAPAROSCÓPICA NA CIRURGIA DE REATRIBUIÇÃO DE SEXO “FEMININO PARA MASCULINO”: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Autores: Ana Gomes da Costa, Maria de Carvalho Afonso, Alexandra Henriques, Ana Luísa Ribeirinho, Décio Ferreira, Alexandre Valentim-Lourenço

Instituições: Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução Clínica Universitária de Obstetria e Ginecologia, CHLN – Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, CAM – Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: As cirurgias para reatribuição do sexo feminino para masculino, nos casos de transsexualidade primária, incluem a realização de histerectomia total, anexectomia bilateral e vaginectomia. No nosso centro são realizadas por laparoscopia. A vaginectomia laparoscópica permite a obtenção de um retalho de vagina com condições ideais para ser utilizado na reconstrução da neo-uretra.

Objectivos: Descrição da técnica de vaginectomia por via laparoscópica realizada no Serviço de Ginecologia do Hospital de Santa Maria, com vista à reconstrução da uretra peniana, a partir de retalho da vagina.

Materiais e métodos: Vinte e três doentes foram submetidos a histerectomia com anexectomia bilateral e vaginectomia laparoscópicas entre Janeiro de 2007 e Março de 2015. Durante a realização da histerectomia procedeu-se à remoção parcial dos paramétrios. Os passos cirúrgicos para a realização da vaginectomia laparoscópica incluíram: a identificação e dissecação dos uréteres no trajecto pélvico até à entrada na bexiga; a dissecação máxima do espaço vesico-uterino e recto-uterino, inferiormente a partir da junção cérvico-vaginal, com o objectivo de se obter o maior comprimento de vagina; a remoção da peça cirúrgica constituída pelo útero, ovários, paramétrios, vagina e tecido paravaginal. A restante porção da vagina foi removida em bloco por via vaginal, de forma a preservar a integridade da uretra e da junção ano-rectal.

Relativamente à extensão de vagina removida por via laparoscópica, esta foi inferior a 50% do comprimento total da vagina em três doentes, entre 50-74% em treze doentes e superior a 75% em sete doentes.

Resultados e conclusões: A vaginectomia por via laparoscópica é uma opção na cirurgia de reatribuição de sexo feminino para masculino que permite a obtenção de retalhos de vagina adequados para a reconstrução fálica. É uma técnica em que o treino na realização de cirurgia por via laparoscópica é fundamental, permitindo a utilização de tecidos homólogos adequados às cirurgias reconstrutivas subsequentes.

V 03

SACROPROMONTOFIXAÇÃO LAPAROSCÓPICA PASSO A PASSO

Autores: Nuno Fidalgo¹, Margarida Enes², Nuno Bentes³, Francisco Fernandes⁴, Pedro Baltazar⁴, Raquel João⁴, Hugo Pinheiro⁴, Ana Meirinha⁴, Frederico Ferronha⁴, Luís Campos Pinheiro⁴

Instituições: ¹Serviço de Urologia do Hospital das Forças Armadas; ²Serviço Ginecologia e Obstetrícia Hospital D. Estefânia; ³Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Vila Franca de Xira; ⁴Serviço de Urologia do Hospital de S. José

Introdução: O prolapso de órgão pélvico (POP) é uma patologia frequente e a prevalência aumenta com a idade. A mulher múltipara apresenta uma prevalência que pode atingir os 50%. Estima-se que 11,1% das mulheres vão ser submetidas a correcção de POP, em qualquer fase da sua vida.

Muitos autores consideram a Sacrocolpopexia abdominal o tratamento padrão para o prolapso uterino ou apical. O acesso por via laparoscópica tem-se imposto nos últimos anos com a vantagem de reduzir o tempo de internamento e a dor pós-operatória, melhorar o efeito estético e permitir uma recuperação mais rápida.

Objectivos: os autores apresentam um vídeo demonstrativo da Sacropromontofixação laparoscópica e Histerectomia com conservação de anexos.

Material e métodos: Caso clínico de mulher de 57 anos, com queixas de sensação de desconforto e de massa vaginal. Antecedentes obstétricos G3P3, partos de termo eutócico. O exame objectivo revelou a presença de prolapso uterino de grau III/IV. Realizou stress test com redução de prolapso, tendo este sido negativo.

Resultados e conclusões: O tempo operatório foi de 200 minutos. As perdas hemáticas estimaram-se em menos de 150cc. Não foi necessário colocar dreno abdominal. A doente teve alta hospitalar ao 2º dia pós-operatório.

V 04

HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA COMPLICADA POR LESÃO URETERAL

Autores: Susana Maia, Florbela Gomes, Sónia Duarte, JL Silva Carvalho

Instituições: Hospital CUF Porto

Introdução: A lesão do ureter após histerectomia laparoscópica ocorre em aproximadamente 0,2 a 0,4% dos casos. Os locais mais comuns de lesão são: ao nível dos ligamentos infundibulopélvicos, no cruzamento com a artéria uterina e ao nível dos ligamentos uterossagrados. Geralmente a lesão deve-se a um dos seguintes mecanismos: (1) lesão directa (ex. secção, torsão); (2) desnudamento da bainha peri-ureteral que contém a rede anastomótica responsável pelo seu suprimento vascular; (3) uso de electrocirurgia.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma paciente de 40 anos, com antecedentes de duas cesarianas, gastrectomia vertical laparoscópica e abdominoplastia, com queixas de dor pélvica crónica devido a útero miomatoso (mioma intramural/subseroso de 8 cm localizado na parede uterina anterolateral direita). Foi submetida a histerectomia laparoscópica, dificultada na dissecação do espaço vesico-uterino pela presença de fibrose extensa, bem como na identificação e laqueação da artéria uterina direita pela existência do volumoso mioma. No final da cirurgia, a urina presente no saco coletor apresentava coloração e quantidade normal. O teste de segurança vesical com azul de metileno e a cistoscopia realizados não revelaram alterações. Três semanas após a cirurgia a paciente foi reinternada com queixas de dor abdominal e incontinência urinária. Analiticamente apresentava leucocitose e elevação da proteína C reactiva. A tomografia axial computadorizada abdominopélvica realizada com agente de contraste revelou volumosa ascite e pequena saída de contraste pelo ureter direito próximo à junção vesical. A existência da pequena laceração ureteral direita foi confirmada por ureteropielografia retrograda. Procedeu-se à implantação ureterovesical de um cateter duplo J durante 8 semanas, com boa resolução da lesão.

Conclusões: Determinadas condições promotoras de distorção da anatomia pélvica condicionam um aumento da incidência da lesão ureteral, tal como a endometriose, a presença de aderências e de massas pélvicas volumosas. Neste caso, devido à presença do volumoso mioma e à extensa fibrose do espaço vesicouterino, foram realizados testes de segurança que não revelaram alterações. As lesões do ureter na cirurgia ginecológica laparoscópica são diagnosticadas intra-operatoriamente em apenas 9% dos casos. A sintomatologia promovida por estas complicações é variável e inespecífica, e o *timing* de aparecimento deve-se ao tipo de mecanismo da lesão. Assim, torna-se essencial que o cirurgião esteja alertado para o diagnóstico destas complicações e sua orientação terapêutica.



Sala Lisboa

P 01

CARCINOMA DA VULVA – EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO 2009-2014

Autores: Alexandrina Mendes, António Braga, Eugénia Fernandes, Cláudia Marques, Alexandre Morgado

Instituições: Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O cancro da vulva é uma neoplasia rara, correspondendo a menos de 1% das neoplasias malignas da mulher e responsável por 3% a 5% das neoplasias malignas do trato genital feminino, com incidência estimada de 1 a 2 casos por 100.000 mulheres/ano. Apresenta maior incidência em mulheres com idade igual ou superior aos 70 anos. O carcinoma epidermoide representa o tipo histológico mais frequente, sendo responsável por aproximadamente 85% de todos os casos de cancro da vulva, seguido pelo melanoma.

O cancro da vulva possui alta taxa de cura, quando diagnosticado em estadios iniciais. O principal fator de prognóstico é a invasão ganglionar influenciando significativamente a sobrevida das doentes. O seu tratamento implica uma abordagem multidisciplinar.

Objetivo: Apresentar um estudo retrospectivo com análise e descrição dos casos de cancro da vulva diagnosticados e acompanhados no Centro Hospitalar do Porto entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2014.

Material e métodos: Foram consultados os processos clínicos e obtidos os dados relativos a idade, comorbilidades, forma de apresentação clínica, estadio da doença, diagnóstico histopatológico, tratamento instituído, complicações pós operatórias e *follow up* com ou sem recidiva.

Discussão e conclusões: Entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2014 foram diagnosticados 27 casos de cancro da vulva. A idade média das doentes foi de 71 anos com intervalo de idades entre 30 e 89 anos. Dezoito doentes tinham como comorbilidades a hipertensão arterial e a patologia cardíaca. Quatorze doentes apresentaram-se no estadio I, as restantes em estadios mais avançados. O tratamento foi cirúrgico em 21 doentes. Foi efetuada hemivulvectomia radical em 11 doentes, vulvectomia radical bilateral em 8 doentes e vulvectomia simples em 2 doentes. As técnicas utilizadas para identificação do gânglio sentinela foram a linfocintigrafia com Tecnésio 99 e a infiltração de azul patente. 8 doentes forma submetidas a esvaziamento ganglionar inguinal. Em seis doentes não foi possível o tratamento cirúrgico e receberam tratamento paliativo. A histologia predominante foi o carcinoma epidermoide queratinizante; os outros tipos histológicos foram 2 carcinomas verrugosos e um sarcoma epitelióide. Três doentes tinham metastização ganglionar. Durante o seguimento foi diagnosticada metastização ganglionar inguinal em 3 doentes e recidiva vulvar em duas doentes. Verificou-se o óbito em 9 pacientes: 6 após progressão da doença neoplásica e 2 na sequência das suas comorbilidades. As restantes encontram-se em consulta de *follow up*.

Estes resultados estão de acordo com os descritos na literatura. O cancro da vulva em estádios avançados é de difícil abordagem com prognóstico fatal na maioria dos casos.

P 02

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS DA VULVA – UMA ENTIDADE RARA

Autores: Maria João Fonseca, Maria João Andrade, Carol Marinho, Carla Diogo e Margarida Barros

Instituições: Serviço de Ginecologia B, CHUC

Introdução: O dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) é um sarcoma bem diferenciado da pele que atinge mais frequentemente o tronco e as extremidades. Os sarcomas primários e tumores mesenquimatosos vulvares são raros, representando cerca entre 1,5 a 5% de todas as neoplasias. De entre estes tumores, o DFSP da vulva é uma entidade extremamente rara, estando descritos na literatura menos de 40 casos.

Trata-se de um tumor com elevada taxa de recorrência local, apesar do baixo potencial de metastização à distância.

Objetivos e métodos: Revisão da literatura e apresentação de um caso raro de DFSP vulvar.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 33 anos, saudável, orientada para a consulta de ginecologia geral por apresentar várias formações nodulares sólidas, móveis e dolorosas, em toda a extensão do grande lábio direito da vulva. Tratavam-se de lesões com vários meses de evolução e com crescimento recente nos últimos 3 meses, sendo fonte de incómodo para a doente. Foi

efetuada exérese das formações nodulares a 14/01/2015, tendo o estudo anatomo-patológico revelado: “Dermatofibrosarcoma protuberans com diferenciação mióide da vulva”. Realizou ressonância magnética pélvica, na qual não foi possível excluir a presença de lesão residual e Tomografia por Emissão de Positrões (PET) que não detetou localizações secundárias. A doente foi submetida a hemivulvectomia direita alargada a 23/2/2015, com estudo histológico das margens cirúrgicas e encerramento da loca diferido (após 5 dias), com o apoio da cirurgia plástica, para reconstrução vulvoperineal. Peça operatória com margens cirúrgicas sem invasão tumoral.

Conclusão: A abordagem cirúrgica é o tratamento de eleição no DFSP primário. É fundamental a exérese alargada desta lesão, dada a elevada taxa de recorrência e agressividade tumoral a nível local. O estudo anatomo-patológico da peça operatória em tempo útil assegura a remoção adequada da formação tumoral e a existência de margens cirúrgicas livres de tumor. Apesar de muitas vezes difícil, sobretudo dada a localização do tumor, margens cirúrgicas de 3 cm parecem assegurar uma menor taxa de recorrência quando comparado a margens inferiores.

Atendendo à raridade do DFSP vulvar, é fulcral a existência de uma equipa multidisciplinar, com o envolvimento de várias áreas do conhecimento médico, para uma correta abordagem terapêutica e de seguimento pós-operatório.

P 03

CARCINOMA DA VULVA – AVALIAÇÃO DE FATORES DE RECORRÊNCIA

Autores: Bárbara Moita, Cristina Frutuoso, Isabel Torgal

Instituições: Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O cancro da vulva é um tumor raro, que representa 4-5% do total de cancros ginecológicos. O seu tratamento de primeira linha foi sempre cirúrgico, mas ao longo das últimas duas décadas tem-se optado progressivamente por técnicas mais conservadoras, de forma a reduzir a morbilidade e preservar a integridade anatómica e funcional da vulva, sem comprometimento da sobrevivência. No entanto, e tendo em conta os aspetos referidos, os estudos existentes acerca desta patologia sem bastante heterogéneos, o que leva a que haja uma dificuldade de determinação dos fatores de recorrência e prognóstico.

Objetivo: Avaliar quais os fatores associadas à recorrência do cancro da vulva.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 51 mulheres com diagnóstico de cancro da vulva e submetidas a tratamento primário cirúrgico na nossa instituição entre os anos de 2007 e 2012.

Resultados e conclusões: A idade média de diagnóstico foi 72 anos (+/-13,7;33-91), sendo que 90,2% das mulheres se encontravam na pós-menopausa. O intervalo médio entre o aparecimento de sinais ou sintomas e o diagnóstico foi 18,5 meses (+/-24,7;1-96) e o prurido foi o sinal que mais frequentemente motivou a ida ao médico (37,7%). Ao exame objetivo 37,3% apresentavam lesões multifocais e 35,3% tinham lesão localizada à linha média. Em 36 dos casos foi realizado estudo ganglionar histológico com realização de gânglio sentinela e/ou esvaziamento inguinal. O tipo histológico mais frequentemente encontrado foi o carcinoma espinho-celular (92,2%); o tamanho histológico médio tumoral foi 28,8 mm (+/-17,8;5-80), e invasão do estroma média foi 9,4 mm (+/-8,1;1-45); 44,4% apresentavam metastização ganglionar inguinal; 74,5% encontravam-se no estadio I ou II (FIGO2009). Do total, 47% das mulheres sofreram recorrência tumoral, a maioria destas (91,7%) ocorridas nos primeiros 2 anos após tratamento e de localização loco-regional (90%), sendo que destas, 38,1% foram locais, 23,8% foram inguinais e 38,1% em ambas as localizações. Os fatores que se relacionaram com o aparecimento de recorrências foram: a rotura de cápsula ganglionar nos casos de invasão ganglionar, o tamanho tumoral superior a 30 mm, as margens cirúrgicas inferiores a 8 mm e o estadio avançado (III vs I/II).

Conclusão: O diagnóstico precoce e atempado assume-se de extrema importância, permitindo encontrar lesões em estadios precoces, com possibilidade de realização de tratamentos mais conservadores, com intuito curativo, e com menor taxa de recorrência.

P 04

CARCINOMA PRIMÁRIO DA VAGINA EM IDADE JOVEM: CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Autores: Ariana Gomes, Pedro Enes, Ana Rita Pinto, Fernanda Costa, Ana Torgal

Instituições: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: O carcinoma primário da vagina é uma entidade rara, representando 1 a 2% das neoplasias de origem ginecológica. A idade média para a sua manifestação ronda os 60 anos, com 15% dos casos diagnosticados antes dos 50 anos e apenas 10% deste número antes dos 40 anos. A associação

com o HPV de alto risco, maioritariamente o 16, está descrita, mas contrariamente ao carcinoma do colo uterino esta é detetada numa proporção inferior. Pela raridade desta neoplasia, o seu diagnóstico só poderá ser realizado após exclusão de cancro do colo uterino, vulva e bexiga.

Objetivo: Apresentação e discussão de um caso clínico de carcinoma epidermoide primário vagina em idade jovem. Revisão da literatura

Caso clínico: Mulher de 37 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, enviada à consulta da instituição por citologia cervical HSIL. Na colposcopia foram observadas lesões inespecíficas e na vaginoscopia lesão vermelha elevada com 10x10 mm no 1/3 superior da parede vaginal posterior, cuja biópsia revelou carcinoma epidermoide. Foi excluída malignidade do colo uterino após excisão da zona de transformação. A RMN abdominopélvica revelou lesão 38x32 mm na localização referida, sem plano de clivagem com o colo uterino. Ao exame ginecológico há invasão do paramétrio direito – Estádio III FIGO. A utente iniciou tratamento com quimioterapia e radioterapia (braquiterapia e radioterapia externa), com boa evolução clínica apesar do período de *follow-up* ser ainda curto (6 meses).

Discussão e conclusões: Embora a hemorragia vaginal seja o sintoma mais comum desta neoplasia, a maioria das mulheres são assintomáticas e uma fração é diagnosticada após a realização de citologia. Como descreve o caso clínico, a idade precoce do diagnóstico e a inexistência de patologia do colo uterino conhecida previamente não constituem fatores de exclusão para se equacionar um diagnóstico de carcinoma primário da vagina.

P 05

SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVÁRICA: REVISÃO A PROPÓSITO DE UM CASO

Autores: R. Fialho Gomes, J. Figueiredo, R. Mendonça, A. Cordeiro, R. Ribeiro, J. Silva Pereira, M. Antónia Nazaré

Instituições: Hosp. Prof. Dr Fernando Fonseca, EPE Hosp. Garcia de Orta, EPE

Introdução: O Síndrome de Hiperestimulação Ovárica representa uma combinação de um quadro de aumento das dimensões ováricas devido a múltiplos quistos nestes órgãos, resultantes de desenvolvimento multifolicular, e a saída de líquido do espaço intravascular, em particular as serosas, com primeira incidência no peritoneu. É uma complicação rara e iatrogénica da estimulação ovárica, ocorrendo em fase luteal ou na gravidez inicial, podendo assumir uma forma precoce ou tardia, e atingir de modo ligeiro, moderado ou grave.

Objectivos: Descreve-se um caso de Síndrome de Hiperestimulação Ovárica detectado num serviço de urgência de Ginecologia/Obstetrícia de um Hospital Central, procedendo-se à revisão bibliográfica do tema, desde o diagnóstico, classificação, estudo e avaliação, até à terapêutica e prevenção de complicações.

Material e métodos: Foi efectuada a análise do processo clínico e ficheiros com Exames Complementares de Diagnóstico relacionados com este caso, quer em papel quer em formato informático, bem como foi realizado o *follow-up* desta doente, para a colheita de todos os dados necessários, incluindo imagens ecográficas.

Resultados e conclusões: Utente do sexo feminino com 30 anos de idade, seguida por Infertilidade Primária no Serviço de Infertilidade do Hospital Garcia de Orta, EPE, recorre ao serviço de urgência de Ginecologia/Obstetrícia desta instituição por quadro de náuseas, vômito (1 episódio) e dor na fossa ilíaca direita com irradiação à região lombar, com início nas últimas 24h. Sendo os seus antecedentes pessoais irrelevantes, tinha-lhe sido administrado Puregon®, Orgalutran® e Decapeptyl® nos 10 prévios, e efectuada punção ovárica. Na ultrasonografia pélvica TV apresentava ovários aumentados e multifolículos (o esquerdo de 7,5x5 cm, o direito 8x7,5 cm), e a avaliação laboratorial revelou aumento de LDH (734 U/L) e hipercaliémiacaliémia de 5,2 mmol/L. Com avaliação por ECG e Rx tórax, foi internada por Síndrome de Hiperestimulação Ovárica, na forma precoce ligeira a moderada. Foi instituída terapêutica de hidratação, Paracetamol, Metoclopramida, Omeprazol e Enoxaparina, e aplicadas meias de compressão elásticas, com boa resposta ulterior.

Embora o Síndrome de Hiperestimulação Ovárica seja uma complicação rara, da estimulação ovárica, é fundamental o adequado diagnóstico destes casos, bem como a sua avaliação e tratamento atempado, quer seja em ambulatório, quer em regime de internamento, de modo a assegurar um prognóstico o mais favorável possível.

P 06

TUMOR NEUROENDÓCRINO DO COLO – CASO CLÍNICO

Autores: Alexandrina Mendes, António Braga, Eugénia Fernandes, Cláudia Marques, Alexandre Morgado

Instituições: Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O carcinoma neuroendócrino de grandes células do colo do útero é um tumor muito raro, agressivo e de prognóstico reservado.

Objetivo: Apresentação de um caso clínico de uma patologia rara e que tem um prognóstico muito reservado apesar de intervenção rápida e multidisciplinar.

Material e métodos: Trata-se do caso de uma mulher de 38 anos de idade sem antecedentes patológicos relevantes que recorre à consulta de ginecologia por nódulo mamário à esquerda com cerca de 3 cm de diâmetro. Na consulta referiu queixas de coitortragias com alguns meses de evolução.

Ao exame ginecológico encontrou-se neoformação cervical envolvendo todo o colo e estendendo-se para a parede vaginal anterior com extensão de 5 cm. Ao toque rectal apresentava invasão bilateral dos paramétrios até à parede pélvica. À palpação abdominal notou-se ainda hepatomegalia e massa subcutânea na região da fossa ilíaca direita com cerca de 5 cm.

Foi realizada biópsia da neoformação do colo.

Resultados e conclusões: O exame histológico revelou retalhos de colo uterino infiltrados por carcinoma neuroendócrino de grandes células com áreas acinares/cribiformes (CAM.5.2 +; AE1/AE3 +; NSE +; CD56 e cromogranina positividade intensa e difusa; sinaptofisina positividade focal; Ck7 -; Ck20 -). Identificaram-se imagens de angioinvasão. Apresentava também na vertente do exocolo, lesões de condiloma com displasia moderada (CIN2) e grave (CIN3). Na tomografia axial computadorizada apresentava metastatização pulmonar, mediastínica, hepática, do hilo esplénico, pâncreas e suprarrenal. cT2N+M1. Estadio IV B.

Após apresentação em consulta de grupo a doente foi proposta para quimioterapia tendo completado 6 ciclos de quimioterapia paliativa com cisplatina + etoposido com resposta parcial na redução do tamanho das metástases. Foi então proposta, em regime de ensaio clínico, quimioterapia de 2ª linha com capecitabina/temozolamida, sem sucesso e, por progressão da doença verificou-se o óbito 11 meses após o diagnóstico.

Concluimos que os tumores neuroendócrinos do colo são tumores muito agressivos e a recorrência da doença e aparecimento de metástases à distância são comuns. Devido à sua raridade, o tratamento ótimo ainda não existe pelo que se deve considerar sempre uma abordagem multidisciplinar nestas situações.

P 07

COMPRESSOR UTERINO EXTERNO: APLICAÇÃO NO CONTEXTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

Autores: R. Fialho Gomes, B. Ambrósio, D. Bruno, L. Reis, M. Miranda, T. Coimbra de Matos, L. Azevedo, F. Matos, J. Silva Pereira, M. Antónia Nazaré

Instituições: Hosp. Prof. Dr Fernando Fonseca, EPE

Introdução: A hemorragia pós-parto representa uma emergência obstétrica que pode ocorrer no seguimento de qualquer parto via vaginal ou por cesariana. De facto, esta constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade materna, quer em países desenvolvidos, quer em vias de desenvolvimento. O seu adequado diagnóstico é essencial para iniciar a terapêutica apropriada, desde logo com fármacos. Em caso de insucesso, e antes do tratamento cirúrgico, pode ser aplicado o denominado compressor uterino externo, habitualmente com bons resultados.

Objectivos: Descreve-se um caso de hemorragia pós-parto detectado num serviço de urgência de Ginecologia/Obstetria, procedendo-se à revisão bibliográfica do tema, desde o diagnóstico, estudo e avaliação, até à terapêutica e prevenção de complicações.

Material e métodos: Foi efectuada a análise do processo clínico e ficheiros com Exames Complementares de Diagnóstico relacionados com este caso, quer em papel quer em formato informático, bem como foi realizado o *follow-up* desta doente, para a colheita de todos os dados necessários, incluindo imagens deste tipo de dispositivo.

Resultados e conclusões: Grávida multipara de 39 anos de idade, com antecedente de 2 partos eutócicos prévios – com RN de 3550 e 3790 g de peso, respectivamente – e em que, após novo parto eutócico, com 3950 g de peso, apresenta perda hemática vaginal estimada >1000 ml nas primeiras 24h pós-parto, atingindo uma Hb de 6,1 g/dL, sendo efectuada massagem bimanual, e administrado, sucessivamente, Oxitocina, Misoprostol (5 cp via rectal) e sulprostone; perante a perda hemática vagi-

nal aumentada persistente, é decidido aplicar compressor uterino externo, com melhoria do quadro; foram então administradas 2 unidades de concentrado eritrocitário. O compressor uterino externo foi mantido durante cerca de 8 horas, e posteriormente removido, não se constatando lóquios aumentados, e com estabilização do quadro, com Hb de 8 g/dL. Na abordagem da hemorragia pós-parto, é fundamental o adequado e célere diagnóstico destes casos, bem como a sua avaliação e tratamento atempado – incluindo o compressor uterino externo –, de modo a assegurar um prognóstico o mais favorável possível.

P 08

CISTADENOMA MUCINOSO GIGANTE DO OVÁRIO

Autores: Joana Moreira de Barros; João Pedro Neves, Cláudio Rebelo, Pedro Tiago Silva

Instituições: ULSM, Hospital Pedro Hispano

Introdução: Os tumores ováricos gigantes tornaram-se raros na prática clínica devido à melhoria na acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde. O cistadenoma mucinoso do ovário é um tumor que surge do epitélio de superfície e tende a atingir grandes dimensões. De todos os tumores do ovário, os mucinosos correspondem a cerca de 15%, sendo a maioria benignos (80%), 10% *borderline* e 10% malignos. As complicações mais frequentes são a torção, a hemorragia e a rotura.

Caso clínico: 54 anos, solteira, sem coitarca; Irregularidades menstruais, com 2 episódios de metrorragia nos últimos 12 meses. Sem antecedentes médico-cirúrgicos de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor e aumento do perímetro abdominal com menos de 2 meses de evolução. Negava outras queixas. Apresentava abdómen distendido, palpando-se tumefação regular, tensa que se estendia da sínfise púbica à apófise xifóide. Efetuou estudo analítico, radiografia abdominal simples, ecografia abdominal e TC abdomino-pélvico que revelou “(...) volumosa lesão cística, com septações captantes, de provável filiação anexial, medindo cerca de 30x28x20 cm, com duas imagens nodulares tecidulares com 6,8 e 5,5 cm adjacente aos seus planos postero-inferiores, que exerce efeito de massa sobre as estruturas satélite, sem líquido livre intra-peritoneal (...)”. O CA-125 encontrava-se ligeiramente aumentado (58,4). Foi submetida a laparotomia exploradora com incisão xifo-púbica, confirmando-se a origem anexial direita da volumosa tumefação. Procedeu-se a anexetomia direita, com manipulação difícil da massa, devido às suas dimensões, e envio para exame extemporâneo. Atendendo à situação clínica e idade da doente, optou-se por histerectomia e anexetomia contralateral. O exame extemporâneo revelou volumoso cisto de 37x32x14 cm e cerca de 10 kg, de superfície lisa, nacarada, correspondente a tumor mucinoso sem critérios de malignidade.

Conclusão: Este caso mostra que nos dias de hoje, apesar da maior acessibilidade aos cuidados de saúde continuamos a ser surpreendidos por entidades clínicas como a descrita; os tumores do ovário podem adquirir grandes volumes sem sintomatologia relevante e que o tamanho das massas ováricas não é preditivo da sua agressividade clínica (malignidade/benignidade).

P 09

VENTRE AGUDO COMO MANIFESTAÇÃO DE UMA COMPLICAÇÃO DE ENDOMETRIOSE NO 3º

Autores: Ariana Gomes, Pedro Enes, Fátima Silva, Fernanda Costa, Isabel Meireles

Instituições: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: O efeito benéfico da gravidez na endometriose tem sido descrito ao longo do tempo. Os sintomas relacionados com a patologia podem agravar no 1º trimestre mas diminuem significativamente no 3º trimestre como consequência de fenómenos de decidualização. No entanto, estão descritos casos de complicações raras, nomeadamente hemoperitoneu ou perfuração intestinal.

Objetivo: Descrição e discussão de caso clínico referente a ventre agudo consequente a hemorragia intra-abdominal como manifestação de complicação de endometriose no 3º trimestre da gestação. Revisão da literatura.

Caso clínico: Primígesta, 30 anos. Desconhecia antecedentes de endometriose. Internamento às 32 semanas por tumefação pélvica com necessidade de analgesia permanente. Na ecografia visualizava-se formação complexa retrouterina com 80x70 mm, em relação com o anexo esquerdo, de ecoestrutura heterogénea e fluxo doppler de baixa resistência. CA 125= 99,1 U/mL. Às 34 semanas verificado agravamento súbito da dor abdominal e aparecimento de sinais de irritação peritoneal, o que motivou a realização de laparotomia exploradora. Dos achados operatórios evidenciou-se uma lesão de estrutura tubular e conteúdo denso sugestivo de endometriose, que ocupava tudo o fundo de saco anterior, envolvendo a bexiga e parede uterina, e ainda uma formação anexial com

cerca de 13 cm aderente à parede uterina posterior, que após rutura em consequência da manipulação expôs a presença de volumosa hemorragia intraquística. Procedeu-se à exérese da tumefação anexial descrita e optou-se por não fazer exérese da estrutura descrita em localização anterior pela sua infiltração às estruturas anatómicas envolventes. Foi ainda realizada cesariana com extração de feto com 1890 g, Índice de Apgar 8/9 ao 1º e 5º minuto. No pós-operatório a puérpera referiu melhoria franca das queixas algicas. Boa evolução do recém-nascido no período neonatal.

Resultados e conclusões: O hemoperitонеu associado à endometriose pode ser causado pela rutura espontânea de vasos útero-ováricos ou implantes endometriais sangráticos. A patologia é geralmente conhecida previamente à gestação, contrariamente ao caso apresentado, contudo, um alto grau de suspeição de complicações associadas é crucial para o desfecho clínico. No futuro o número de gravidezes complicadas por endometriose vai invariavelmente aumentar, pela evolução das técnicas de procriação medicamente assistida, acarretando a necessidade de maior conhecimento das complicações que possam surgir.

P 10

IMPACTO DA UROPATIA OBSTRUTIVA NO TRATAMENTO DAS DOENTES COM CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO EM ESTÁDIO AVANÇADO

Autores: Ana Sofia Pais, Cristina Frutuoso, Teresa Rebelo, João Paulo Marques, Isabel Torgal
Instituições: Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Coimbra

Introdução: O carcinoma do colo do útero (CCU) representa a nível mundial a neoplasia ginecológica mais frequente e com maior taxa de mortalidade. Em estádios avançados, a uropatia obstrutiva (UO) é uma manifestação frequente que afeta negativamente a sobrevivência. A derivação urinária parece melhorar a sobrevivência destas doentes. No entanto, não está estabelecido o seu benefício na resposta ao tratamento oncológico.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é comparar os resultados do tratamento em doentes com CCU em estágio avançado (\geq IIIB FIGO 2009) com e sem UO.

Material e métodos: Neste estudo retrospectivo foram incluídas as doentes com CCU estágio \geq IIIB diagnosticadas entre 2010-2014. Foram recolhidos dados clinico-laboratoriais obtidos ao diagnóstico do CCU e da UO e foi avaliada a sua resposta ao tratamento. A análise estatística foi realizada em SPSS 22.0 ($p=0,05$).

Resultados: Das 27 doentes com CCU \geq IIIB, 11 apresentaram UO. A média de idade destas doentes é 67 ± 16 [33-85] e das sem UO 62 ± 15 [36-85] anos ($p=n.s.$). De acordo com a FIGO 2009, 4 das doentes com UO apresentavam CCU IIIB urinário, 4 IVA com invasão vesical e 3 IVB; enquanto que 5 das doentes sem UO eram IIIB não urinário, 7 IVA (5 com invasão vesical) e 4 IVB. No momento do diagnóstico do CCU, as doentes com UO tinham valores superiores de creatinina ($p=0,05$). Aquando do diagnóstico da UO, o valor de creatinina duplicou ($p=0,04$), observando-se recuperação significativa da função renal 1 mês após o tratamento ($p=0,03$). 64% das doentes colocaram nefrostomia percutânea e apenas 1 não efetuou tratamento. Observou-se ainda que 4 doentes realizaram tratamento da UO >1mês após o diagnóstico, 3 delas com adiamento no início do tratamento oncológico. Todas as doentes estudadas realizaram tratamento do CCU (66% de cada grupo fez RT/QT), com resposta ao tratamento semelhante (37% de cada grupo com resposta completa). A obtenção de resposta completa é independente da presença de UO, mas está negativamente correlacionada com a progressão e morte ($p=0,00$ e $0,04$). Durante o *follow-up*, 3 doentes com UO e 5 sem progrediram, sendo a taxa de mortalidade 73 e 63%, respetivamente. Porém, quando comparada a sobrevivência não se identificaram diferenças significativas.

Conclusões: Este estudo retrospectivo permite-nos concluir que, com o tratamento da UO nas doentes com CCU, é possível obter recuperação da função renal, bem como resposta semelhante ao tratamento oncológico com sobrevivência idêntica.

P 11

HEMORRAGIA UTERINA ANOMALA E ANEMIA AOS 32 ANOS

Autores: Pedro V. Enes, Magda Magalhães, Isabel, Meireles, Conceição Nunes, Cristina Oliveira
Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Sector de Histeroscopia, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Unidade Padre Américo, Penafiel

Introdução: Os leiomiomas submucosos estão associados a hemorragia uterina anómala em especial menstruação abundante, infertilidade, abortamento de repetição, tendo assim um grande impacto na vida das mulheres.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso clínico de mulher de 32 anos, nulípara com menometrorragia, associada a anemia grave e com o diagnóstico de vários miomas submucosos em que o tratamento com acetato de ulipristal possibilitou o controlo rápido das queixas e recuperação dos valores de hemoglobina. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico por ressectoscopia tendo sido possível a exérese total dos miomas.

Conclusão: Os autores realçam a necessidade de uma preparação pré-operatória adequada, a importância de um mapeamento rigoroso dos leiomiomas por histeroscopia para que o procedimento de miomectomia ressectoscópica tenha o sucesso pretendido nas queixas da paciente permitindo a preservação da fertilidade.

P 12

CIRURGIA ONCOPLÁSTICA EM TUMOR CENTRAL DA MAMA: É POSSÍVEL CIRURGIA CONSERVADORA COM BOM RESULTADO ESTÉTICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Vera Silva, Renata Veríssimo, Joana Santos, Elda Oliveira, Francisco Cortez Vaz

Instituições: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: Os tumores centrais da mama constituem uma apresentação clínica do cancro da mama que coloca questões cirúrgicas específicas.

Tradicionalmente a mastectomia era a única opção cirúrgica para este grupo de pacientes, fundamentada em crenças de melhor controlo oncológico e de resultado estético mais aceitável. Atualmente a cirurgia conservadora associada a procedimentos de remodelação mamária – Cirurgia Oncoplástica – é considerada uma alternativa segura no tratamento destes tumores.

Objetivo: Apresentação de um caso clínico de Cirurgia Oncoplástica por tumor maligno central da mama – quadrantectomia central com biópsia de gânglio sentinela – e discussão das opções terapêuticas neste tipo de tumores.

Materiais e métodos: Descrição de um caso clínico de tumor maligno central da mama direita tratado com Cirurgia Conservadora Oncoplástica – quadrantectomia central com biópsia de gânglio sentinela – com documentação fotográfica dos passos cirúrgicos e do resultado estético pós-operatório

Resultados: Caso Clínico: Senhora de 85 anos com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo retroareolar da mama direita (G1, RE+, RP+, HER-2 negativo, Ki67 15%), submetida a biópsia de gânglio sentinela pela técnica combinada (exame intra-operatório negativo) seguida de quadrantectomia central com alargamento de margens (após exame histológico intra-operatório). Realizadas técnicas de cirurgia oncoplástica para encerramento da loca cirúrgica. Boa evolução pós-operatória. Bom resultado estético aos 2 meses de seguimento.

Discussão e conclusão: Durante muitos anos a cirurgia conservadora não era uma opção para as mulheres com tumores centrais da mama, ficando apenas reservada para os tumores periféricos. Com a evolução das técnicas de Cirurgia Oncoplástica, as mulheres com tumores centrais da mama podem agora beneficiar das vantagens da cirurgia conservadora.

P 13

CIRURGIA ONCOPLÁSTICA CONSERVADORA NO TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA

Autores: Renata Veríssimo, Carlos Aragão, Teresa Carvalho, Amélia Monteiro, Francisco Cortez Vaz

Instituições: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: Actualmente a Cirurgia Conservadora, seguida de Radioterapia, constitui um procedimento cirúrgico de eleição no tratamento da mulher com cancro da mama. Contudo, em algumas situações podem surgir dificuldades para a obtenção de margens livres da doença que obriga a uma extracção maior de tecido, que na maioria dos casos, repercutirá negativamente sobre o resultado estético final. Na prática clínica, existem casos em que a tumorectomia, a quadrantectomia ou a mastectomia constituem a melhor alternativa técnica para a doente. Só um grupo seleccionado de doentes beneficiam de uma opção oncoplástica para melhorar o resultado estético final ou para evitar a mastectomia. A Cirurgia Oncoplástica Conservadora no tratamento do cancro da mama, iniciou-se em Novembro/11 no Departamento de Ginecologia-Obstetrícia (faz parte da Unidade de Mama do CHTV), após formação específica do Coordenador da Unidade (Francisco Cortez Vaz), com Dr Benigno Acea no “Curso de Especialização-Técnicas Oncoplásticas e Reconstructivas de la mama, Complexo Hospitalar Universitario de la Coruña, Espanha”, em 2011. A selecção de casos clínicos para este tipo de cirurgia tem critérios muito bem definidos.

Objetivos: Revisão e descrição dos casos de cancro da mama submetidos a terapêutica cirúrgica oncoplástica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, descritivo dos casos de cancro da mama diagnosticados entre 2012 e 2014 no Hospital São Teotónio – Centro Hospitalar Tondela-Viseu que foram submetidas a terapêutica cirúrgica oncoplastica. A colheita de informação foi efectuada através da consulta dos processos clínicos de consulta de Patologia Mamária.

Resultados e Conclusões: Apresentamos 14 casos clínicos: 10 casos em que se optou por mamoplastia circular round-block com BGS ou esvaziamento axilar, 3 casos em que se optou pela técnica de Grisoti (nestes 2 casos tivemos a colaboração da Cirurgia Plástica e Reconstructiva, efectuando numa situação, simetriação da mama contra-lateral) e 1 caso de mamoplastia lateral com tumorectomia e BGS. São apresentadas imagens de uma mamoplastia circular round-block e de uma técnica de Grisoti.

Concluimos que, quando esta técnica cirúrgica é indicada em casos clínicos muito bem seleccionados, o aspecto final é óptimo. A cirurgia oncoplastica da mama alargou-se a todos os procedimentos que pretendem juntar o melhor tratamento oncológico à aparência final da mama, como dois conceitos absolutamente indissociáveis.

P 14

HEMATOMA RETROPERITONEAL APÓS CORRECÇÃO DE PROLAPSO DA CÚPULA – CASO CLÍNICO

Autores: Ana Ravara Bello, Rui Viana, João Colaço, Vanessa Rosado.

Instituições: Hospital Dona Estefânia, CHLC Hospital de Cascais, Dra José de Almeida Maternidade Alfredo da Costa, CHLC

Introdução: O presente caso clínico descreve uma complicação pós-operatória da correcção de um prolapso da cúpula – hematoma retroperitoneal de grandes dimensões.

Descrição de caso: MFRG, 67 anos, com antecedentes de histerectomia vaginal com correcção clássica de cistocele. 9 meses após a cirurgia referiu queixas de massa a aflorar a vagina, tendo-se observado prolapso completo da cúpula. Foi feita correcção com fixação ao arco tendíneo e reforço da fascia no compartimento anterior e fixação ao ligamento sacro-espinhoso no compartimento posterior. Durante a cirurgia constataram-se perdas hemáticas aumentadas e hemostase difícil. Ao terceiro dia pós-operatório, por descida progressiva da hemoglobina realizou TAC pélvico que revelou um hematoma da cúpula com 8x6x9 cm que molda posteriormente a ampola rectal, sem sinais de hemorragia activa. Uma vez que a doente se encontrava assintomática e hemodinamicamente estável optou-se por vigilância clínica e antibioterapia profilática. Manteve vigilância em ambulatório e cerca de 4 meses após a cirurgia realizou TAC pélvico de controlo que mostrou uma massa nodular bem circunscrita de 20 mm localizada entre a cúpula vaginal e o recto.

Conclusão: A formação de um hematoma retroperitoneal após correcção do prolapso da cúpula com fixação ao arco tendíneo e ligamento sacro-espinhoso é uma complicação rara, e que pode cursar de forma assintomática, sendo necessário um alto índice de suspeição para o seu diagnóstico. Perante uma doente hemodinamicamente estável e sem sinais de hemorragia activa pode optar-se por vigilância.

P 15

DERMATOSES VULVARES: O QUE SABEM OS CLÍNICOS?

Autores: Marlene Andrade¹, Tânia Freitas², Patrícia Silva², Isabel Oliveira², Fátima Fernandes²

Instituições: ¹Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro, Vila Real; ²Hospital Dr. Nélio Mendonça, Hospital Central do Funchal

Introdução: As dermatoses vulvares representam um grupo heterogéneo de doenças dermatológicas de carácter infeccioso, inflamatório ou maligno. São por vezes inadequadamente diagnosticadas e tratadas. A formação da generalidade dos ginecologistas nesta área é limitada. Por outro lado, de acordo com estudos já existentes, a abordagem desta entidade clínica varia entre profissionais de saúde.

Objetivo: Avaliar a opinião dos médicos do Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital Dr. Nélio Mendonça sobre o diagnóstico, tratamento e vigilância das dermatoses vulvares inflamatórias mais frequentes.

Material e métodos: Foi efectuado um estudo transversal. Os investigadores aplicaram um questionário com perguntas de resposta fechada sobre as dermatoses vulvares mais frequentes. As questões foram respondidas na presença dos investigadores e não foi permitido aos participantes recorrer à consulta de informação para responder ao inquérito.

Resultados: No total, 26 médicos (5 internos e 21 especialistas) responderam ao inquérito. A maioria dos médicos (42%) refere possuir os conhecimentos insuficientes, 38% conhecimentos adequados e 19% conhecimentos suficientes para estas patologias. A maior parte dos profissionais de saúde julga que a formação obtida ao longo do seu percurso profissional acerca desta entidade clínica foi insuficiente (38%). Sessenta e nove por cento dos médicos tratam as doentes com alterações vulvares independentemente de apresentarem ou não sintomatologia. No caso do líquen escleroso, 73% dos médicos considera importante realizar terapêutica de manutenção mesmo nos casos assintomáticos. A maioria dos médicos (73%) indica ser indispensável a realização de biópsia para o diagnóstico das dermatoses vulvares.

Conclusão: Embora sejam patologias dermatológicas, as dermatoses vulvares inflamatórias podem necessitar de uma abordagem multidisciplinar onde se incluem a ginecologia, a dermatologia, a urologia, a pediatria, a psicologia e a psiquiatria. Esta é uma patologia que motiva com frequência a ida das doentes ao ginecologista pelo que estes devem estar familiarizados com a sua abordagem. Por conseguinte, é de extrema importância haver mais formação sobre esta entidade clínica que condiciona alta morbilidade às doentes.

P 16

BIÓPSIAS DO COLO E OS SEUS RESULTADOS CITOLÓGICOS PRECURSORES

Autores: Bruna Melo, Inês Raposo, Andrea Pereira

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: Os carcinomas invasores do colo do útero são antecedidos por uma fase de doença pré-invasiva de longa duração. A introdução da citologia de rastreio associada a biópsias orientadas por colposcopia têm permitido alterar a história natural da doença. O resultado citológico inicial poderá definir o risco de progressão da doença.

Objectivo: Avaliar a proporção de concordância e discordância entre as colpocitologias e as biópsias do colo efectuadas no nosso serviço durante um período de 12 meses

Métodos: Durante o ano 2013 foram avaliadas todas as biópsias cervicais guiadas por colposcopia e as colpocitologias que antecederam o procedimento.

Resultados: Foram efectuadas 95 biópsias do colo do útero sob colposcopia que revelam 2 carcinomas invasivos, 26 CIN 3, 10 CIN 2, 50 CIN 1, 1 biópsia inconclusiva e 3 negativas. Os resultados citológicos precursores dos carcinomas invasivos foram células de carcinoma do colo, sem exclusão de invasão. As biópsias CIN3 foram precedidas por citologias HSIL em 20 casos, ASC-H em 2, e, em 4 por citologias LSIL. A discordância cito-histológica levou a que nos 4 casos (LSIL) fossem realizadas conizações, revelando 3 casos de CIN3 e 1 de CIN2.

As biópsias CIN2 foram antecedidas por citologias HSIL em 4 casos, LSIL em 4 e ASCUS-US em 2. Nos 4 casos LSIL, as peças de conização revelaram 2 CIN3, 1 CIN2 e 1 CIN1. As 2 conizações precedidas de ASC-US revelaram a presença de CIN2 em ambas as situações.

As biópsias CIN1 foram precedidas por citologias LSIL em 29 casos, ASC-US em 17, HSIL em 3 e ASC-H em 1 caso. Nos 3 casos em que a citologia que antecedeu a biópsia foi HSIL verificou-se a presença em 2 de casos de CIN2 e 1 CIN3; no caso da citologia ASC-H o resultado em peça de conização foi CIN2.

O caso da biópsia inconclusiva precedida por citologia LSIL não revelou outras alterações citológicas, mantendo-se a doente em vigilância.

Nos casos em que as biópsias foram negativas e as citologias que as antecederam foram LSIL e ASC-US, as doentes foram mantidas em vigilância, sem alterações citológicas documentadas nos exames posteriores. A doente com citologia HSIL e biópsia negativa encontra-se proposta para biópsia excisional.

Conclusões: Na nossa amostra verificou-se, nas lesões de alto grau, concordância entre as citologias e as biópsias em 72% dos casos. Nas situações discordantes, as peças de conização revelaram lesões de alto grau, favorecendo, nestes casos, os resultados das biópsias.

Nas lesões de baixo grau verificou-se concordância entre as citologias e as biópsias em 92% dos casos. Nos casos discordantes e em que optou por realizar uma biópsia excisional verificaram-se lesões de alto grau.

Nas situações em que as biópsias foram negativas e as citologias precedentes estavam associadas a lesões citológicas de baixo grau, a vigilância foi a orientação clínica escolhida.

P 17

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE TUMORES DA MAMA COM EXPRESSÃO HER2

Autores: Renata Veríssimo, Joana Santos, Vera Silva, Maria Teresa Carvalho, Salete E. Santo, F. Cortez Vaz

Instituições: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu

Introdução: O oncogene HER2 encontra-se amplificado em cerca de 20% dos tumores primários da mama. A associação entre a expressão aumentada deste e um mau prognóstico em doentes com cancro de mama foi atribuída à actividade metastática aumentada por parte das células tumorais com sobre-expressão de HER2. Alguns estudos têm demonstrado que a sobre-expressão de HER2 se associa a tumores pouco diferenciados, com elevado índice mitótico e maior frequência de atingimento ganglionar.

Objectivos: Avaliar as características clínicas e anatomopatológicas de carcinomas da mama invasivos com expressão de HER2.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 579 casos de cancro da mama diagnosticados entre 2009 e 2014 Centro Hospitalar Tondela-Viseu. A colheita de informação foi efectuada através da consulta dos processos clínicos de consulta de Patologia Mamária. A amostra foi subdividida num grupo com expressão tumoral de HER2 (HER2+) e outro sem expressão de HER2 (HER2-). Foram analisados e comparados os dois grupos quanto ao seguinte: idade ao diagnóstico, estado hormonal relativo à menopausa, tipo histológico, grau de diferenciação, presença de receptores hormonais (estrogénios e progesterona) e metastização ganglionar axilar. A análise estatística foi realizada com recurso aos programas informáticos Excel e SPSS.

Resultados e conclusões: Foram diagnosticados 579 casos de cancro da mama no Hospital São Teotónio. Destes, 19,5% apresentavam expressão de HER2. A idade média ao diagnóstico foi de 61 anos no grupo HER2+ (vs. 63 anos no restante grupo), ($p > 0,05$). O carcinoma ductal invasivo foi o tipo histológico mais frequente em ambos os grupos (94,7% no grupo HER2+ e 84,3% no grupo HER2-). No grupo HER2+ houve uma maior parcela de tumores de grau histológico mais elevado (G2 e G3) – 80,5% vs. 59,7% no grupo HER2-, ($p < 0,05$). Um total de 508 doentes foram submetidas a cirurgia; nestes casos, o estudo anatomo-patológico revelou envolvimento ganglionar em 37,1% e 26,5%, respetivamente, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

A frequência de tumores com expressão de HER2 constatada na amostra estudada está de acordo com a descrita na literatura (correspondendo a 20% dos tumores da mama).

Os resultados que derivam da presente análise vão de encontro aos dados descritos na literatura, visto que se constatou uma maior proporção tumores com menor grau de diferenciação e de atingimento ganglionar nos casos com sobre-expressão de HER2.

P 18

DOENTES REFERENCIADAS E NÃO REFERENCIADAS DO RASTREIO DO CANCRO DA MAMA - ESTUDO COMPARATIVO

Autores: Renata Veríssimo, Joana Santos, Vera Silva, Elda Oliveira, Amélia Monteiro, F. Cortez Vaz

Instituições: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: O cancro da mama é um problema de saúde pública, com uma alta incidência e uma alta mortalidade. Desde 1986, o Rastreio de Cancro da Mama, iniciado na Região Centro do País, tem permitido o diagnóstico de centenas de cancros em fase inicial. A finalidade do rastreio é o diagnóstico precoce do cancro da mama, permitindo tratamentos menos agressivos, quando comparados com as doentes que recorrem à consulta de mama, não orientadas do rastreio. Desde Setembro de 2012 que a unidade de mama do Centro Hospitalar Tondela-Viseu é referência no diagnóstico e tratamento das doentes do rastreio do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro, do distrito de Viseu.

Objectivos: Comparação do grupo das doentes referenciadas do rastreio do cancro da mama versus o grupo das não referenciadas relativamente ao tamanho histológico tumoral e ao tratamento cirúrgico realizado.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, descritivo, das doentes com diagnóstico de cancro da mama seguidas na consulta de Senologia do Departamento entre Janeiro de 2013 e Dezembro de 2014. Categorização em 2 grupos: doentes referenciadas do rastreio da mama e doentes não referenciadas. A análise estatística foi realizada com recurso aos programas informáticos Excel e SPSS.

Resultados e conclusões: Durante o período mencionado foram diagnosticadas com patologia mamária maligna 364 doentes, 80 das quais provenientes do rastreio do cancro da mama. Relativamente ao tratamento foram submetidas a cirurgia 243 doentes, 69,9% do grupo não incluído no rastreio e 92,5% do grupo pertencente ao rastreio. Verificou-se que o número de cirurgias efectuadas foi menor

no primeiro grupo do que no segundo. O número de cirurgias conservadoras foi maior no grupo referenciado do rastreio (66,2% vs 26,2%).

Relativamente ao tamanho do tumor observou-se que as doentes referenciadas do rastreio apresentaram mais frequentemente um estadio inferior àquele apresentado pelas não referenciadas. Esta diferença foi significativamente estatística nos dois grupos ($p=0,003$).

O rastreio do cancro de mama provavelmente reduz a mortalidade por esta patologia, por permitir de uma forma mais precoce a sua detecção, permitindo assim um tratamento mais conservador e proporcionando uma sobrevida livre de doença e global mais longa.

P 19

BIÓPSIA DO GÂNGLIO SENTINELA NO CANCRO DA VULVA

Autores: Rita Medeiros, Teresa Rebelo, Isabel Torgal

Instituições: Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Introdução: O cancro da vulva é uma neoplasia rara, representando 4% de todos os cancros ginecológicos e sendo mais frequente na pós-menopausa (pico de incidência 65-70 anos). O estado ganglionar constitui o fator de prognóstico mais significativo, contudo a linfadenectomia está associada a morbilidade significativa, pelo que muitos centros passaram a usar, por rotina, a identificação e excisão dos gânglios sentinela, sendo feita linfadenectomia apenas nos casos positivos para metastização.

Objetivo: Avaliar os resultados das biópsias de gânglio sentinela (GS) nos casos de cancro da vulva diagnosticados no Serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, dando especial atenção à sua associação com a recorrência tumoral.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos das doentes com diagnóstico de cancro da vulva primário e pesquisa de gânglio sentinela no Serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2014. Foram considerados 2 grupos: A – GS positivo e B – GS negativo.

Resultados: A pesquisa do gânglio sentinela foi realizada em 22 das 81 pacientes com diagnóstico de cancro da vulva primário no referido período, correspondendo a um total de 38 gânglios sentinela excisados. O estudo anatomo-patológico revelou presença de metastização em 8/22 dos casos (em apenas um dos casos o estudo extemporâneo tinha sido negativo). Verificou-se recorrência tumoral em 50,0% vs 42,8% das pacientes, respectivamente nos grupos A e B ($p=n.s$). No grupo A 75% das recorrências eram vulvares e 25% à distância. No grupo B 80% das recorrências eram locorreionais (40% vulvares, 20% inguinais e 20% vulvares e inguinais) e 20% à distância. As margens cirúrgicas eram

Conclusões: Verifica-se uma tendência para haver uma maior percentagem de recorrências nos tumores com gânglios sentinela positivos, sendo essas recorrências sobretudo locais. Consequentemente a sobrevivência livre de doença e global destas pacientes é inferior. Apesar dos resultados não apresentarem significado estatístico, tal parece dever-se à reduzida dimensão da amostra.

P 20

CANCRO DA VULVA – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Autores: Rita Medeiros, Teresa Rebelo, Isabel Torgal

Instituições: Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O cancro da vulva é uma neoplasia rara, representando 4% de todos os cancros ginecológicos, sendo mais frequente na pós-menopausa (pico de incidência 65-70 anos).

Objetivo: Avaliar os casos de cancro da vulva diagnosticados no Serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra num período de 8 anos considerando as características das doentes e do tumor primário, o tratamento efectuado, a sobrevivência livre de doença e global e as recorrências.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos das doentes com diagnóstico de cancro da vulva primário no Serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2014.

Resultados: Foi diagnosticado cancro da vulva primário em 81 doentes com idade média de $73,5 \pm 10,1$ [33-92] anos, sendo 92,6% pós-menopáusicas. Relativamente aos fatores de risco verificou-se: HTA 56,8%, obesidade 27,1%, neoplasia intraepitelial vulvar 23,5%, diabetes mellitus 19,8%, dermatoses vulvares 12,3% e tabagismo 6,2%. A lesão era unilateral em 48,1% e bilateral/envolvendo a linha média em 51,9% dos casos. Histologicamente 93,8% eram carcinomas espinhocelulares, 3,7% basocelulares e 2,5% melanomas. Considerando o estadiamento FIGO: I-46,9%, II-13,6%, III-28,4% e IV-11,1%. O tratamento realizado foi: cirurgia 45,7%, cirurgia + radioterapia (RT) 23,5%, cirurgia + quimioterapia (QT)

1,2%, cirurgia + raquiocimioterapia (RT/QT) 4,9%, QT neoadjuvante + cirurgia 1,2%, RT neoadjuvante + cirurgia 6,2%, RT/QT 2,5%, QT exclusiva 2,5%, RT exclusiva 9,8% e não realizaram tratamento 2,5%. No total foram submetidas a cirurgia 66 pacientes: 31,8% exérese alargada da lesão, 22,7% hemivulvectomia, 45,5% vulvectomia total, sendo que 36,4% apresentavam margens cirúrgicas livres. O esvaziamento inguinal foi realizado em 30 dos casos (73,3% bilateral). Apresentaram complicações 23 pacientes: 52,2% deiscência/infeção da ferida operatória, 30,4% seroma, 8,7% linfedema e 8,7% incontinência urinária. Verificou-se recorrência tumoral em 40,7% das pacientes (37,0% locorregionais e 3,7% à distância). A sobrevivência livre de doença foi 37,1±5,0 [0-84] e a global 44,9±4,7 [1-85] (I – 56,0±6,3; II – 42,5±8,3; III – 26,4±5,5; IV – 10,4±4,4) meses.

Conclusões: A série da nossa instituição reporta um número significativo de casos de cancro da vulva, estando os resultados de acordo os descritos na literatura.

P 21

LEIOMIOMATOSE INTRAVASCULAR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Teresa Costa Castro^{1,3}, Raquel Mota¹, Antónia Costa^{1,3}, José Fernando Teixeira², Vera Paiva¹, Jorge Beires¹

Instituições: ¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João, ²Serviço de Cirurgia Vascular do Centro Hospitalar de São João, ³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A leiomiomatose intravenosa (LI) caracteriza-se pela proliferação intravenosa de músculo liso. Apesar de tratar-se de um tumor mesenquimatoso bem diferenciado de células musculares lisas, histologicamente benigno, pode revelar um comportamento clínico agressivo.

Caso clínico: Mulher de 77 anos, submetida a histerectomia total (HT) abdominal com anexectomia bilateral aos 56 anos por leiomiomas (LM) uterinos, exérese de LM da raiz da coxa 3 anos depois e laparotomia exploradora por dor abdominal com exérese de nódulos pélvicos (diagnóstico histológico de LM) 15 anos após a HT. Foi hipocoagulada nesse ano por trombo da veia cava inferior (VCI) com extensão às câmaras cardíacas direitas e artéria pulmonar. Submetida a remoção total do trombo 4 anos depois (diagnóstico histológico de LM). Referenciada, no ano seguinte, para Consulta de Ginecologia por peso pélvico e edema dos membros inferiores. A RMN pélvica confirmou presença de múltiplas lesões nodulares pélvicas (a maior com 12.3x5.8 cm) com invasão da veia ilíaca externa direita. A abordagem pré-operatória incluiu a tentativa de redução da dimensão e vascularização dos nódulos de leiomiomatose. Foi ponderada a embolização e administração de análogos de GnRh ou antagonistas dos receptores de estrogénios/progestativos, no entanto, estes nódulos não demonstraram fluxo no estudo angiográfico e a percentagem de receptores hormonais era diminuta. A doente foi submetida a exérese de leiomiomatose abdominopélvica com ambas as artérias ilíacas comuns cateterizadas (para eventual oclusão intermitente destas, durante o acto cirúrgico, se necessário controlo de hemorragia intraoperatória). O exame histológico confirmou o diagnóstico de leiomiomatose. Um ano após a última intervenção, o estudo imagiológico evidenciou recidiva/persistência de nódulos pélvicos sugestivos de leiomiomatose e imagem compatível com LM intravenoso no território da veia ilíaca comum direita. Para prevenção de progressão intracardiaca da LI, foi colocado um filtro na VCI, seguido de exérese da referida massa intravenosa. Devido à hemorragia maciça intraoperatória, elevado risco cirúrgico, difícil percepção dos nódulos pélvicos de leiomiomatose e, uma vez que o principal objectivo da cirurgia era impedir a progressão do LI para o território dos grandes vasos e cardíaco, optou-se pela não remoção dos nódulos pélvicos.

Conclusão: A abordagem terapêutica da LI constitui um desafio multidisciplinar e individualizado. A avaliação sistémica da doente com discussão clínica interespecialidades e um elevado índice de suspeição teriam permitido o tratamento precoce, minimizado a morbilidade cirúrgica e impedido a progressão destas lesões. O tratamento de primeira linha é cirúrgico e consiste na exérese de todos os focos de leiomiomatose. Uma vez que se trata de um tumor com elevada probabilidade de recorrência a vigilância destas doentes é essencial.

P 22

CANCRO DA VULVA – EVOLUÇÃO CLÍNICA DA RECORRÊNCIA

Autores: Rita Medeiros, Teresa Rebelo, Cristina Frutuoso, Isabel Torgal

Instituições: Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O cancro da vulva é uma neoplasia rara, representando 4% de todos os cancros ginecológicos. A doença progride por extensão local, direta, progressiva e muito lenta e dissemina-se, particularmente por embolização linfática; tardiamente ocorre disseminação hematogénica.

Objetivo: Avaliar e caracterizar os casos de recorrência de cancro da vulva diagnosticados no nosso serviço num período de 8 anos.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos das doentes com diagnóstico de cancro da vulva primário entre 2007 e 2014. Foram excluídas do estudo os tumores localmente avançados (estádio IV da FIGO) e as pacientes que recusaram tratamento.

Resultados: Foram considerados 71 casos com idade média de $70,9 \pm 12,8$ [33-88] anos. Destas, 33 (46,5%) apresentaram recorrência tumoral, com a seguinte localização: inguinal – 8 (24,2%), vulvar – 17 (51,5%), inguinal + vulvar – 5 (15,2%) e metastização – 3 (9,1%). O intervalo livre de progressão foi de $7,25 \pm 1,8$ na recorrência inguinal, de $18,2 \pm 4,8$ na vulvar, de $17,4 \pm 4,4$ na mista (inguinal + vulvar) e de $13,3 \pm 5,4$ meses na recorrência à distância. No que se refere ao tratamento, nas recorrências inguinais nenhuma doente foi operada, 50% tiveram RT±QT e 25% apenas QT e outros 25% cuidados paliativos exclusivos; na recorrência vulvar, 41% foram operadas, com ou sem RT, 12% tiveram RT±QT, 18% apenas QT e 29% apenas cuidados paliativos; nas recorrências mistas, a cirurgia foi feita em 3 das 5 doentes, associada a RT e ou QT. Nas pacientes com recorrência vulvar 69,5% apresentavam margens cirúrgicas

Conclusão: A recorrência vulvar é previsível se as margens são <8 mm. A recorrência inguinal não aparenta estar associada à metastização ganglionar inicial. As recorrências vulvares exclusivas são as que apresentam melhor prognóstico.

P 23

CASO RARO DE MELANOMA MALIGNO PRIMÁRIO DO COLO DO ÚTERO E BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Autores: Juliana Rocha, Inês Gonçalves, Mónica Pires, Vanda Patrício, Boaventura Alves, Carlos Lopes
Instituições: Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE

Introdução: O melanoma primário do trato genital feminino é um tumor raro e representa menos de 2% de todos os melanomas. Na maioria das situações, o diagnóstico é diferido e a doença é identificada já numa fase tardia. A evolução desta patologia é geralmente desfavorável.

Objetivo: Reconhecer o melanoma maligno do trato genital feminino como uma entidade única e biologicamente distinta.

Material e métodos: Análise de um caso clínico de uma doente de 70 anos de idade, que se apresentou com metrorragia pós-menopausa e dor pélvica ligeira com 1 mês de evolução. O exame pélvico revelou, ao nível do colo do útero, uma lesão de tipo exofítico central acrómica, com sinais de isquemia e necrose superficiais, que envolve a periferia do colo mas sem atingimento do fundo de saco vaginal. O diagnóstico patológico e imuno-histoquímico foi de um melanoma maligno. A TC pélvica tóraco-abdominal revelou um tumor limitado ao colo com 6.1-3.3 cm (diâmetro transversal e ântero-posterior), sem evidência de adenomegalias. Foi completado o estadiamento com PET TC que não identificou lesões metastáticas. A doente foi então submetida a operação de Wertheim-Meigs.

Discussão e conclusão: O melanoma primário das mucosas é um tumor extremamente raro (até 0,03% de todos os cancros), que é diagnosticado habitualmente após a 5ª década de vida. Ocorre em vários locais, incluindo a cavidade oral, ânus, conjuntiva e raramente no trato genital feminino. Neste último, pode ocorrer na vagina, vulva e mais raramente, no colo do útero. A fisiopatologia pode ser explicada pela migração embrionária aberrante de melanócitos para a mucosa vaginal ou canal cervical. Ao contrário do que se verificou no caso clínico relatado, o diagnóstico desta patologia é geralmente realizado numa fase avançada da doença. A maioria dos autores defende o uso do sistema da FIGO (Federação Internacional de Obstetras e Ginecologistas) para estadiamento do melanoma cervical cuja evolução parece ser semelhante ao carcinoma epidermóide do colo do útero.

A cirurgia ainda é o único tratamento potencialmente curativo para este tipo de tumor. Especificamente no melanoma cervical, a histerectomia total com ooforectomia bilateral é a técnica mais utilizada. No caso mencionado, tendo em conta tratar-se de uma lesão ainda limitada ao colo, considerou-se a possibilidade de obter margens de segurança através da realização de histerectomia radical.

Em relação à radioterapia, esta não é aceite por todos os autores e o tratamento adjuvante sistémico tem ainda resultados decepcionantes.

O prognóstico é reservado com uma taxa de sobrevivência aos 5 anos de 0 a 18, 8%.

P 24

CONTRACEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO NO CHTV: CASUÍSTICA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Autores: Ana Helena Fachada, Renata Veríssimo, Filipa Marques, Nuno N. Martins, Ana I. Sousa

Instituições: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE

Introdução: A mulher da sociedade actual dispõe de diversas opções contraceptivas no planeamento autónomo e seguro da vida familiar e reprodutiva. Os métodos de longa duração combinam características vantajosas neste contexto, aliando: elevada eficácia (independente do uso pela mulher), reversibilidade, boa relação custo-eficácia, periodicidade de controlo médico favorável e composição isenta de estrogénios). A escolha do método é individualizada, resultando de uma ponderação multifactorial (preferência pessoal, perfil físico, psicológico e cultural e objectivos reprodutivos futuros).

Objetivos: Caracterizar a população de mulheres avaliadas na Consulta de Planeamento Familiar (PF) do CHTV, que iniciaram um método de contracepção de longa duração. Foram analisados parâmetros como: idade, antecedentes médico-cirúrgicos, obstétricos e contraceptivos e satisfação/abandono do método.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e analítico das mulheres avaliadas na Consulta de PF entre 2010 e 2014 com base nos registos da consulta. Estudo estatístico: SPSS, versão 21.

Resultados: Iniciaram um método de longa duração 382 mulheres (178 pela primeira vez, representando 18,4% das primeiras consultas). As idades variaram entre os 17-52 anos (66,8% \geq 35 anos; 45,6% \geq 40 anos).

A maioria apresentou paridade \geq 2 e foi referenciada pelos Cuidados de Saúde Primários.

Relativamente à motivação para a contracepção, 178 das mulheres pretendiam iniciar um método de longa duração; 134 pretendiam renovar o método de longa duração em curso e 32 mulheres procuravam um esclarecimento e decisão contraceptiva segura, face à existência de patologia condicionante. 220 mulheres optaram pela colocação dum dispositivo de libertação intrauterina de levonorgestrel, 133 escolheram o implante subcutâneo com etonogestrel e 29 preferiram o dispositivo intrauterino de cobre.

Como antecedentes patológicos contraindicando o uso de estrogénios, registaram-se 40 casos de hipertensão arterial, 16 casos de fenómenos tromboembólicos e 14 casos de trombofilias.

Discussão e conclusão: O predomínio de idades acima de 40 anos e a excelente satisfação, entre as utilizadoras de métodos de longa duração é concordante com a evidência disponível na literatura. Verifica-se uma preocupação crescente em adequar individualmente a segurança dos anticoncepcionais, implícita na referenciação à consulta e na abordagem feita na mesma.

P 25

MIGRAÇÃO TARDIA DE SISTEMA INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL COMPLICADA POR GRAVIDEZ ECTÓPICA – CASO CLÍNICO

Autores: Vera Veiga, Ana Rodrigues, Paulo Correia, Márcia Rodrigues, Isabel Duarte, Gonçalo Ramos

Instituições: Centro Hospitalar de Leiria, EPE Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução: Os sistemas intrauterinos (SIU) de levonorgestrel são difusamente utilizados na prática clínica como método contraceptivo e no tratamento de hemorragias uterinas anómalas.

A incidência de perfuração uterina é baixa, rondando cerca de 0,1% e habitualmente ocorre no momento da inserção. Os fatores de risco para perfuração são: dificuldade técnica na inserção e fragilidade da parede uterina devido a parto ou aborto recente (risco $>20x$).

A Organização Mundial de Saúde recomenda a remoção precoce de dispositivos intrauterinos migrantes, independentemente do tipo e da localização, pelo risco de formação de aderências e migração para estruturas adjacentes.

Caso clínico: Mulher de 43 anos, G2P2, portadora de SIU de levonorgestrel desde há cinco anos, com exames ecográficos anuais mostrando SIU corretamente posicionado, o último há cerca de seis meses, e em amenorreia desde a colocação, recorreu ao Serviço de Urgência por metrorragia com 8 dias de evolução.

Ao exame ginecológico confirmou-se a presença de metrorragia de sangue escuro escassa, sem outras alterações, e não foram visualizados os fios do SIU.

A ecografia endovaginal mostrou endométrio heterogéneo com 6,2 mm de espessura, não se identificando o SIU na cavidade uterina, imagem heterogénea com 20,8x16,4 mm na região anexial esquerda e ausência de derrame no fundo-de-saco posterior.

Entre os meios complementares de diagnóstico solicitados, a radiografia abdóminopélvica mostrou a existência de SIU em posição oblíqua em localização extrauterina na pélvis e o teste

imunológico da gravidez foi positivo. Solicitou-se então o doseamento plasmático da B-HCG, cujo resultado foi 1160 mUI/mL.

A utente foi admitida para internamento. Clinicamente manteve-se sobreponível, sem queixas algias. O nível da B-HCG aumentou após 48 horas para 1863 mUI/mL e a ecografia endovaginal era sobreponível à da data de admissão.

Decidiu-se realizar intervenção cirúrgica por via laparoscópica por suspeita de gravidez ectópica e para extração de SIU. Como achados operatórios descrevem-se a presença de SIU livre no fundo-de-saco de Douglas e engurgitamento da trompa esquerda, tendo-se realizado salpingectomia esquerda, laqueação tubar à direita (uma vez que a doente pretendia contraceção definitiva) e remoção do SIU. A utente teve uma boa evolução clínica com alta hospitalar no 1º dia pós-operatório.

O resultado anátomo-patológico foi concordante com o diagnóstico de uma gravidez ectópica tubária.

P 26

ESPLENOSE PÉLVICA COMO MIMETIZAÇÃO DE MASSA OVÁRICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Cátia Ferreira, Dânia Ferreira, Sofia Costa, Cláudia Guerra, Manuela Mesquita, Fernanda Tavares, Carlos Alpoim

Instituições: Centro Hospitalar Alto Ave- Guimarães

A esplenose é definida como um autotransplante heterotópico de tecido esplénico após rotura traumática do baço ou esplenectomia. Pode ocorrer em qualquer localização abdominal e, menos frequentemente, no tecido cerebral, subcutâneo e intratorácico. É muitas vezes um diagnóstico incidental, uma vez que normalmente não cursa com sintomas. Esta entidade pode ser causa de um errado diagnóstico de endometriose, carcinoma, hemangiomas ou doença metastática.

Apresenta-se o caso de uma paciente de 49 anos, IGIP, com antecedentes de HTA crónica medicada, perturbações de ansiedade e cirurgia abdominal que não sabe especificar, na infância, após acidente traumático. Enviada à consulta de Ginecologia Geral por formação cística complexa no anexo direito e suspeita de leiomioma na parede uterina anterior. Queixas de algias pélvicas ligeiras. Exame ginecológico sem alterações.

Realizou ecografia transvaginal que revelou os seguintes achados: “Útero com estrutura heterogénea e assimetria das paredes, que sugerem adenomiose. Formação cística anexial direita, com padrão em vidro fosco, com 32 mm x 24 mm de dimensões, sugestiva de endometriose”.

Foi medicada com Dienogest 2 mg. Repetiu ecografia transvaginal 11 meses depois, que mostrou persistência do cisto anexial direito. CA125 37.8 U/L.

Foi proposta para histerectomia e anexectomia direita por via laparoscópica. Intraoperatoriamente objetivaram-se múltiplas lesões sólidas, vascularizadas, dispersas no mesentério, íleo terminal, cólon sigmoide e fundos de saco vaginais. Constatou-se útero discretamente aumentado de tamanho e regiões anexiais sem alterações macroscópicas, motivo pelo qual (e acrescido da incerteza diagnóstica das lesões identificadas) não se realizou a intervenção inicialmente proposta. Foi pedida a colaboração de Cirurgia Geral, que realizou excisão de uma das lesões. Por aderências na cavidade abdominal superior, não foi possível averiguar a presença de baço.

O diagnóstico histopatológico da lesão revelou tecido esplénico ectópico, provavelmente no contexto de uma lesão traumática do baço aquando do acidente na infância.

P 27

ENDOMETRIOSE CICATRICIAL APÓS CESARIANA – CASO CLÍNICO

Autores: Patrícia Goulart¹, Sílvia Vieira¹, Gonçalo Cardoso¹, Francisco Xavier², João Maires²

Instituições: ¹Internato Ginecologia/Obstetrícia, Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Centro Hospitalar Lisboa Central; ²Serviço de Ginecologia Obstetrícia, Hospital das Forças Armadas

Introdução: A endometriose consiste na presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina e afecta 10 a 15% das mulheres em idade fértil. Os locais mais frequentes de implantação são as vísceras pélvicas. A sintomatologia é muito variável e não se correlaciona directamente com a gravidade da doença. A endometriose cicatricial após cesariana é uma complicação rara. Estima-se que a sua incidência seja de 0,15%, sendo uma entidade ainda pouco estudada.

Objectivo: Descrever um caso clínico de endometriose da parede abdominal em cicatriz de cesariana anterior.

Metodologia: Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 35 anos referenciada à consulta de Ginecologia por nódulo inguinal direito, doloroso. Mencionava aumento das dimensões do

mesmo durante as fases pré e peri-catameniais, sem outras queixas. Antecedentes ginecológicos – menarca aos 13 anos, ciclos regulares, com cataménios de 4 dias, associados a dismenorrea e síndrome pré-menstrual, contraceção com anel vaginal. Antecedentes obstétricos – gesta 2 para 1, cesariana 2 anos antes, por falha de indução de trabalho de parto e um aborto espontâneo sem curetagem. À observação, nódulo fibrótico no pólo direito da cicatriz de cesariana (incisão de Pfannenstiel), de pequenas dimensões, sem outras alterações. Pedidos exames complementares de diagnóstico – ecografia das partes moles, que evidenciou nódulo ovalado com 17x9 mm sugestivo de foco de endometriose. Proposta para cirurgia – exérese de nódulo inter-aponevrótico com aproximadamente 50x20 mm.

Resultados: O resultado anátomo-patológico demonstrou fragmento com 1,5x6 cm, consistência variável entre elástica e firme, com áreas brancas, fibrosas e outras com abundante tecido adiposo, reconhecendo-se glândulas e estroma endometrial, compatível com o diagnóstico de endometriose.

Conclusões: Com este caso clínico, pretendemos salientar que a endometriose cicatricial, embora rara, pode ser uma complicação de cesariana. Por existir pouca informação disponível na literatura acerca deste tipo de complicação, seriam úteis mais estudos que permitissem um maior conhecimento dos mecanismos envolvidos, assim como formas de prevenção.

P 28

AVALIAÇÃO DO Q-TIP TEST E DA PALPAÇÃO DOS PUDENDOS COMO TESTES DE DIAGNÓSTICO DE VULVODÍNIA

Autores: Joana Lima-Silva Pedro Vieira-Baptista Jorge Beires

Instituições: Centro Hospitalar São João

Introdução: O *Q-tip test* (*QTT*) e a palpação dos pudendos (PP) têm sido usados como testes auxiliares no diagnóstico de vulvodínia, contudo não existem estudos que avaliem o seu comportamento.

Objetivos: avaliar as características do *QTT* e da PP como testes de diagnóstico de vulvodínia.

Material e métodos: Foram avaliadas prospectivamente 189 mulheres, tendo sido efectuado o *QTT* e a PP em todas. Calculou-se a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN) dos referidos testes.

Resultados e conclusões: A idade média foi 39,8±10,79 anos (18-74). A prevalência de vulvodínia foi de 9,5%. O *QTT* foi positivo (pelo menos um ponto vestibular doloroso) em 21,7% das mulheres, mais frequentemente naquelas com queixas de dor vulvar (77,8% vs. 15,8%, p=0,000). Não se encontrou diferença na graduação da dor entre os dois grupos. A palpação dos pudendos foi dolorosa em 13,0% das mulheres, não havendo diferença entre o grupo com e sem queixas de dor vulvar (25,0% vs. 11,8%, respectivamente; p=0,135). Considerando os dois exames conjuntamente, houve pelo menos um deles positivo em 27% dos casos (83,3% nas mulheres com queixas vs. 21,1% nas mulheres sem, p=0,000). Para o *QTT* foi encontrada uma sensibilidade de 77,8% (IC95% 52,36%-93,45%), especificidade de 84,2% (IC95% 77,86%-89,33%), VPP de 34,2% (IC95% 20,10%-50,59%) e VPN de 97,3% (IC95% 93,22%-99,24%). Para a palpação dos pudendos foi encontrada uma sensibilidade de 25,0% (IC95% 7,42%-52,37%), especificidade de 88,2% (IC95% 82,31%-92,62%), VPP de 16,7% (IC95% 4,84%-37,40%) e VPN de 92,6% (IC95% 87,34%-96,09%).

A frequência de pontos vestibulares dolorosos no *QTT* é significativamente superior nas mulheres com queixas de dor vulvar, ainda que estejam presentes numa relevante percentagem de mulheres assintomáticas, traduzindo-se num reduzido VPP. Contudo, o seu elevado VPN permite praticamente excluir o diagnóstico de vulvodínia. A PP tem um papel menos importante como teste de diagnóstico de vulvodínia.

P 29

REACÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE AO NÍQUEL DO ESSURE®

– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Lara Caseiro, Cristina Bragança, António Vieira Lima, Maria José Janeiro

Instituições: Hospital Espírito Santo de Évora E.P.E.; Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja.

Introdução: O Essure® consiste num dispositivo de contraceção permanente que inclui uma liga de níquel e titânio que pode causar alergia. Foi demonstrada uma incidência muito baixa de efeitos adversos ao Essure®, na ordem de 0,01%.

Objetivo: Este trabalho relata um caso raro de hipersensibilidade ao níquel do Essure® numa mulher saudável que manifestou uma reacção cutânea urticariforme após a inserção dos dispositivos.

Caso clínico: M.C., 36 anos, caucasiana, casada, G4P3, saudável, sem antecedentes pessoais relevantes. Colocou o Essure® em Março de 2014 e, apesar da inserção bilateral sem intercorrências, três me-

ses depois diagnosticou-se o deslocamento do dispositivo na trompa direita nos exames de Rx da bacia e histerossalpingografia, pelo que se teve que colocar novo dispositivo nesta trompa. Contudo, um dia após o procedimento surge um exantema pruriginoso nas pregas inframamárias e ao longo de 4 meses aparece nos flancos, axilas, quadrantes inferiores do abdómen e região interna das coxas. Para estudo etiológico diferencial realizaram-se testes epicutâneos, biópsia cutânea e exames laboratoriais, sendo o único resultado positivo o de hipersensibilidade ao níquel. A primeira abordagem para a remoção dos dispositivos foi a histeroscopia que permitiu a extração do único dispositivo visível na cavidade uterina, o esquerdo, 9 meses após a sua inserção. Para a remoção dos dispositivos à direita recorreu-se à laparoscopia, tendo-se extraído o primeiro Essure® que tinha migrado através do lúmen tubário e se encontrava aderente ao pavimento pélvico, e o outro dispositivo, colocado há 6 meses, através de salpingotomia e tração, exteriorizando-o do interior da trompa. Por fim, foi realizada a salpingectomia bilateral. O exantema desapareceu um mês depois da cirurgia.

Conclusões: Este é caso retrata uma rara reação alérgica ao níquel do Essure®. De acordo com uma pesquisa bibliográfica na *PubMed* utilizando as palavras-chave “Essure” e “níquel”, este é o primeiro caso clínico publicado na Europa. Apenas outros dois casos semelhantes foram publicados nos EUA. Na literatura constam apenas casos de dispositivos Essure® removidos por via histeroscópica até 6 semanas após a sua inserção. Apesar dos dispositivos da doente terem sido colocados há mais tempo, optou-se primeiro por esta abordagem por ser a menos invasiva, tendo sido bem sucedida a remoção de um dispositivo 9 meses depois da sua inserção.

Em conclusão, este trata-se do primeiro caso descrito de alergia ao níquel do Essure®, na Europa, e de extração via histeroscopia 6 semanas após a sua inserção.

P 30

LEIOMIOMA UTERINO ATÍPICO – RELATO DE UMA ENTIDADE RARA

Autores: Carla Marinho, Ariana Gomes, Juliana Rocha, Ana Rita Pinto, Fernanda Costa, Graça Rodrigues, Olimpia Carmo

Instituições: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE, Penafiel

Introdução: Os leiomiomas atípicos são uma variante histológica rara do leiomioma comum e caracterizam-se por um comportamento *borderline* para malignidade.

Estes tumores representam cerca de 0,5% do total das neoplasias mesenquimatosas do útero e histologicamente distinguem-se pela presença de células com núcleos pleomórficos, aumentados e muitas vezes múltiplos, com cromatina grumosa, mas um índice mitótico baixo e ausência de necrose celular tumoral.

As células atípicas podem encontrar-se distribuídas focalmente, multifocalmente ou difusamente por todo o tumor.

Apesar destas alterações celulares sugerirem a hipótese de sarcoma, estas lesões têm tipicamente um comportamento clínico benigno e as doentes são tratadas apenas cirurgicamente.

Material e métodos: Caso clínico e revisão da literatura

Resultados: Caso clínico

Apresentamos o caso clínico de uma mulher obesa de 52 anos, pós-menopáusia e assintomática, que foi referenciada à nossa consulta de Ginecologia por apresentar em ecografia pélvica uma tumefação volumosa (148x68 mm), sugestiva de leiomioma, que ocupava a região anexial esquerda mas com origem aparente no útero.

Posteriormente para melhor caracterização da lesão, foi efetuada ressonância magnética nuclear (RMN) abdomino-pélvica que confirmou os achados ecográficos.

Foi submetida a cirurgia e os achados da laparotomia foram os seguintes: útero aumentado de tamanho (+/-20 cm) e deformado por leiomiomas, com múltiplas aderências à cavidade pélvica; distinguiu-se uma massa anexial esquerda de bordos irregulares com cerca de 12 cm, em localização retroperitoneal, que envolvia toda a extensão da parede uterina posterior, incluindo o colo do útero, assim como todo o paramétrio esquerdo.

Procedeu-se a histerectomia com anexectomia bilateral contudo, devido a dificuldades técnicas, não foi possível a excisão completa desta massa. A massa residual com cerca de 3 cm encontrava-se localizada no paramétrio esquerdo e envolvia o ureter.

O exame histológico da peça cirúrgica revelou a presença de leiomiomas uterinos comuns simultaneamente com leiomiomas atípicos.

O caso foi discutido em consulta de grupo de oncologia multidisciplinar e decidiu-se manter uma conduta expectante. A doente encontra-se em vigilância clínica com reavaliações a cada 6 meses (exame clínico e RMN). A massa residual mantém-se estável 14 meses após a cirurgia.

Conclusão: Os leiomiomas atípicos constituem um grupo heterogéneo de tumores mesenquimatosos uterinos.

Histologicamente caracterizam-se por uma ampla variedade de células atípicas associado a um índice mitótico baixo (número de mitoses não pode exceder 10/10 campos de alta potência; um índice mitótico superior a este valor é diagnóstico de leiomiossarcoma) e ausência de necrose tumoral.

A literatura é controversa quanto ao seu potencial de disseminação quer localmente quer à distância. Atendendo à sua rara ocorrência, poucos estudos foram publicados na *PubMed* e não existem orientações de seguimento disponíveis.

P 31

NEOPLASIAS SEROSAS DO ENDOMÉTRIO: ENVOLVIMENTO ENDOMETRIAL MODESTO EM DOENTES COM DISSEMINAÇÃO EXTRA-UTERINA

Autores: Dusan Djokovic¹, Ana Bello² e Fazila Mahomed²

Instituições: ¹Serviço de Obstetria e Ginecologia, Hospital de São Francisco Xavier/Centro Hospital de Lisboa Ocidental EPE (HSFX/CHLO), Lisboa; ²Serviço de Obstetria e Ginecologia, Hospital Dona Estefânia/Centro Hospital de Lisboa Central EPE (HDE/CHLC), Lisboa

Introdução: O carcinoma seroso do endométrio (CSE) representa cerca de 10% de todos os carcinomas do endométrio (CE), sendo um tipo tumoral não estrogénio-dependente, agressivo, responsável por 40% das mortes e recorrências associadas ao CE. O carcinoma intraepitelial seroso do endométrio (CIESE), antigamente reconhecido como a fase pré-invasiva de CSE, considera-se actualmente uma entidade nosológica independente, sendo que dois terços de doentes apresentam doença extra-uterina da mesma morfologia e características moleculares.

Objectivo: Análise retrospectiva da série de doentes seguidas na Consulta de Ginecologia do HDE/CHLC, diagnosticadas nos últimos 5 anos com CSE ou CIESE, a fim de avaliar os achados histeroscópicos em relação com a extensão e evolução da doença.

Material e métodos: Consulta da base de dados e processos clínicos do CHLC tendo-se identificado 25 doentes com neoplasias serosas do endométrio (8% de todos os CE diagnosticados entre 1 de Janeiro de 2010 e 1 de Janeiro de 2015). Sete doentes que tiveram seguimento na nossa consulta foram incluídas no estudo.

Resultados: A forma de apresentação foi: 1) hemorragia uterina anómala pós-menopausa e evidência ecográfica de espessamento ou pólipo endometrial – 5 casos; 2) episódio de retenção urinária por compressão uterina com evidência imagiológica de hematometra – 1 caso; e 3) distensão abdominal por ascite em doente com espessamento endometrial – 1 caso. As doentes foram submetidas a histeroscopia com biópsia. Identificamos: 1) endométrio atrófico com área branca < 1 cm² (correspondeu a 3 casos com CSE e 1 caso com CIESE) ou 2) formação polipóide endometrial < 1,5 cm³ (correspondeu a 2 casos com CSE e 1 com CIESE). A doente com CIESE em pólipo, apresentou simultaneamente extensa disseminação peritoneal e pleural em RM. Recebeu terapêutica de suporte, tendo falecido 2 meses depois do diagnóstico. O estadiamento cirúrgico foi realizado em todas as outras doentes: 2 encontravam-se no estágio IB e 4 no estágio IIIA. Poli-quimioterapia adjuvante foi administrada em todas as doentes intervencionadas, com ou sem radioterapia. Por doença residual resistente, 1 doente com CSE IIIA faleceu 6 meses após o diagnóstico. As restantes apresentam-se actualmente sem sintomas/sinais de recidiva, com *follow-up* médio de 44 meses.

Conclusão: Com base na nossa série de casos, pode-se confirmar que o envolvimento endometrial modesto, evidenciado na histeroscopia sob forma de placas ou lesões polipóides de dimensões reduzidas, pode cursar com doença extra-uterina ou extra-pélvica. Os nossos resultados são concordantes com os dados disponíveis na literatura, indicando que neoplasias serosas do endométrio, tanto CIESE como CSE, apresentam alta capacidade de disseminação trans-tubária/angio-linfática por disregulação das vias de sinalização molecular que controlam a adesão intercelular.

P 32

ESPLENOSE PARACERVICAL: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE TUMEFACÇÃO PÉLVICA

Autores: Inês Sarmiento Gonçalves¹, Teresa Castro², João Pinto³, Cláudio Rebelo¹, Ana Catarina Silva⁴, Pedro Tiago Silva¹

Instituições: ¹Serviço de Ginecologia e Obstetria, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; ²Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar São João; ³Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; ⁴Serviço de Radiologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A esplenose define-se como a presença de autoimplantes de tecido esplénico ectópico

funcional. Em cerca de 93% dos casos há história de traumatismo esplênico e subsequente esplenectomia. É uma condição adquirida de localização variável na cavidade abdominopélvica e mais raramente noutros locais como o cérebro, o tecido subcutâneo ou cavidade torácica. O diagnóstico desta entidade é difícil porque mimetiza outras entidades peritoneais ou tumores de órgãos sólidos.

Caso clínico: Doente de 51 anos, 1 gesta 1 para, orientada para a consulta de ginecologia por tumefação paracervical hipervascularizada. A tumefação com 63 mm foi diagnosticada por ecografia ginecológica realizada em contexto de estudo de hemorragia uterina anómala (menorragia com 3 meses de evolução). De antecedentes relevantes destacava-se esplenectomia na infância em contexto de traumatismo esplênico por acidente de viação. Ao exame ginecológico era perceptível um abaulamento do fundo de saco vaginal posterior ocupado por tumefação pélvica dolorosa com 6 cm. Foi efetuada ressonância magnética que revelou tumefação sólida polilobulada vascularizada no fundo de saco de Douglas com 70 x 61 x 45 mm, sem evidência de adenopatias pélvicas. Foi constatado também útero volumoso com vários miomas intramurais (o maior de 58 mm na parede posterior do útero). Como hipóteses de diagnóstico considerou-se um tumor mesenquimatoso/estromal ou endometriose. A doente foi submetida a uma laparotomia exploradora constatando-se múltiplas formações nodulares vascularizadas adjacentes à parede posterior do corpo uterino com extensão ao fundo de saco de Douglas aderentes à parede anterior da porção terminal do sigmóide. Procedeu-se a histerectomia total com anexectomia bilateral e exérese da lesão retrouterina. O exame extemporâneo permitiu concluir tratar-se de um caso de esplenose com múltiplos implantes de tecido esplênico na parede posterior do útero e colo. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências. A doente está atualmente a terminar o primeiro ano após a cirurgia, sem outra terapêutica além da terapia hormonal de substituição.

Conclusões: A esplenose peritoneal é rara e, na maioria das vezes, um achado incidental. Neste caso, o diagnóstico foi realizado no contexto de estudo imagiológico de hemorragia uterina anómala por útero fibromiomaso e tumefação pélvica dolorosa no fundo de saco vaginal posterior. Quando o diagnóstico de esplenose não é considerado, como ocorreu neste caso, é necessário realizar biópsia ou excisão da lesão para confirmação histológica e exclusão de etiologia neoplásica. Por mimetizar um tumor sólido ao exame físico e imagiológico, foi realizada uma laparotomia exploradora para diagnóstico histológico da formação pélvica.

O diagnóstico de esplenose deverá ser sempre considerado face a um nódulo único ou tumefações múltiplas intraperitoneais numa doente com antecedentes de esplenectomia pós-traumática.

P 33

ABCESSO TUBO-OVÁRICO: DA SUSPEITA DIAGNÓSTICA À PROBLEMÁTICA DO TRATAMENTO

Autores: Patrícia Silva, Filipa Santos, Hugo Gaspar, Cláudia Freitas, Helena Pereira

Instituições: Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal

Introdução: O abscesso tubo-ovárico (ATO) é uma complicação relativamente frequente da doença inflamatória pélvica (DIP) e é uma das causas mais comuns de massa pélvica na mulher em idade fértil. As manifestações clínicas do ATO e da DIP são semelhantes, carecem de especificidade e muitas vezes não se correlacionam com a gravidade da infeção. A suspeição clínica e a instituição de tratamento precoce é, assim, de suma importância na prevenção das complicações tardias associadas a estas patologias. A abordagem terapêutica dos ATO tem evoluído para opções mais conservadoras, eleitas de acordo com a situação clínica e o desejo genésico da doente. Os autores descrevem um caso clínico que ilustra a abordagem diagnóstica e o tratamento do abscesso tuboovárico em mulher jovem.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 23 anos de idade, portadora de implante subcutâneo de etonogestrel, que recorreu ao serviço de urgência por spotting com 3 semanas de evolução. Nos antecedentes ginecológicos e obstétricos, destaca-se menarca aos 12 anos; ciclos menstruais regulares; data da última menstruação há 3 semanas; coitarca aos 16 anos com 2 parceiros sexuais; ausência de método de barreira; última citologia negativa para lesão intraepitelial mas com desvio da flora sugestivo de vaginose bacteriana; parceiro estável há 3 anos e 1 parto eutócico de termo há 2 anos. Sem antecedentes médicos/cirúrgicos/familiares de relevo nem história prévia conhecida ou valorizada pela doente de infeções de transmissão sexual ou de DIP. Ao exame físico apresentava-se afebril, normotensa e normocárdica. O exame vulvoperineopélvico não revelou alterações, à exceção de dor à palpação de ambas as áreas anexas. A ecografia ginecológica por via transabdominal revelou a presença de formação quística justa-ovárica complexa e bilateral, de parede espessada, com septos incompletos e conteúdo não puro no seu interior. O estudo analítico demonstrou os seguintes dados: leucócitos – 8300/µL; neutrófilos – 74,6%; hemoglobina – 13,4 g/dL; velocidade de sedimentação – 46 mm; proteína C reativa – 5,23 mg/L; CA 125 – 762 U/mL e serologias para infeção VIH; sífilis e hepatite B

e C negativas. Tratandose de uma mulher jovem, hemodinamicamente estável, com ATO inferior a 9 cm de maior diâmetro e sem sinais de rotura foi decidido a instituição de tratamento médico com repouso relativo no leito, analgesia e antibioticoterapia endovenosa de largo espectro: cefoxitina 2 g, de 6 em 6h; clindamicina 600 mg, de 8 em 8h e metronidazol 500 mg, de 8 em 8h. Ao 1º dia de terapêutica constatou-se agravamento do quadro clínico com dor aguda de início súbito nos quadrantes inferiores do abdómen e com sinais clínicos de abdómen agudo, pelo que se decidiu, juntamente com a colaboração dos colegas da cirurgia geral, a exploração da cavidade abdominal por laparoscopia. Intra-operatoriamente, verificou-se a presença de múltiplas aderências no andar superior e inferior do abdómen, abscesso justaovárico com envolvimento de ambas as trompas de Falópio e do apêndice íleocecal e aderências da porção terminal das trompas à fosseta ovárica com hidrossalpinge terminal grau 1 e obstrução tubária total. No processo de libertação dos anexos observou-se a drenagem de pús em quantidade moderada por ambos os óstios tubares. Realizou-se adesiólise, apendicetomia, lavagem copiosa da cavidade abdominal e salpingostomia terminal bilateral. Após a cirurgia constatou-se melhoria clínica e ao 3º dia de internamento a doente abandonou o serviço, sem qualquer orientação médica. O exame bacteriológico do líquido peritoneal foi negativo e o estudo anatomopatológico do apêndice íleocecal revelou lesões de apendicite aguda supurada.

Discussão: O ATO caracteriza-se pela presença de uma massa pélvica de origem infecciosa que envolve os anexos, de forma uni ou bilateral, e por vezes, outras estruturas adjacentes, tais como: apêndice, intestino ou bexiga. A sua incidência e prevalência são desconhecidas em Portugal. Os ATO ocorrem por: 1) disseminação local de processos inflamatórios e/ou infecciosos de órgãos vizinhos, nomeadamente: apendicite, doença inflamatória intestinal ou diverticulite; 2) disseminação hematogénea; 3) após cirurgia ginecológica e, mais frequentemente 4) como complicação precoce ou sequela da DIP4. Dependendo das séries surgem em 15 a 60% das mulheres internadas por DIP5, no entanto a maioria das doentes com diagnóstico de ATO não reporta antecedentes de DIP conhecida. Relativamente à fisiopatologia, os ATO são o estadio final da progressão da infeção do trato genital inferior6. Os agentes infecciosos, quer adquiridos quer comensais da flora vaginal, ascendem às estruturas do trato genital superior (TGS), com consequente salpingite, lesão por isquémia e inflamação das células secretoras e ciliadas do endotélio tubar. Os mecanismos acima descritos e a formação de aderências à extremidade distal da trompa, levam à sua oclusão e à piossalpinge, a extensão por continuidade ao parênquima ovárico e/ou outras estruturas adjacentes, conduz à formação de um abscesso. Na maioria dos casos, os ATO são infeções polimicrobianas com associação de bactérias aeróbias e/ou anaeróbias, presentes na flora vaginal normal. Raramente se demonstra a presença de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* no exsudado purulento dos ATO, os estudos revelam que estes agentes são importantes em infeções prévias e atuam como facilitadores da progressão da infeção às estruturas do TGS. Os fatores de risco para aquisição de ATO são semelhantes aos da DIP – idade jovem (15 a 25 anos), múltiplos parceiros sexuais, antecedentes de DIP, ausência de método contraceutivo de barreira e baixo nível socio-económico. Os dispositivos intra-uterinos (DIU) de nova geração apresentam um aumento de risco negligenciável para DIP, que se cinge às 3 primeiras semanas de uso, a associação entre ATO e DIU é controversa e não foi corroborada pelos estudos mais recentes. Tipicamente os ATO manifestam-se de forma semelhante à DIP com dor aguda nos quadrantes inferiores do abdómen, febre (>38°C), leucorreia purulenta e dor à mobilização uterina e/ou palpação das áreas anaxiais. Não obstante, em 60% dos casos a apresentação poderá ser atípica com sintomas frustres e pouco específicos (CDC 2014). Laboratorialmente, a leucitose pode estar ausente, a VS e a PCR são os marcadores que melhor se correlacionam com a presença de ATO. No caso clínico apresentado o sintoma inicial foi a presença de spotting com 3 meses de evolução associado a dor à palpação anexial bilateral, aumento da VS e presença ecográfica de imagem sugestiva de ATO. Dado à grande variabilidade de sinais e sintomas, os exames de imagem assumem grande importância na avaliação desta patologia. A ecografia é o exame de eleição na abordagem inicial dos ATO e tipicamente revela, a presença de massa multilocular complexa com conteúdo heterogéneo no seu interior. As opções terapêuticas dependem de múltiplos fatores: *status* hemodinâmico, rotura do abscesso, dimensão da massa e desejo de fertilidade, prevalecendo o tratamento médico, nas doentes com desejo genésico futuro, ausência de sépsis e massa com diâmetro inferior a 9 cm. A antibioticoterapia é primordial no tratamento do ATO antes, durante e após a eventual necessidade de realização de drenagem. A associação de antibióticos de largo espectro por via endovenosa, que incluem a clindamicina e/ou o metronidazol, apresenta eficácia comprovada em 70% dos casos. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos de suspeita de rotura ou na falha do tratamento médico (persistência de febre 48 a 72h de antibioticoterapia ou persistência ou aumento do abscesso) e inclui a drenagem e extirpação de tecido infetado. A punção percutânea, vaginal ou transrectal guiada por imagem apresenta taxas de sucesso altas (70 a 100%), essencialmente para abscessos pequenos e uniloculares, no entanto a maioria dos centros opta pela cirurgia. No passado, a cirurgia de eleição para o tratamento dos ATO, era a histeretomia total

com anexectomia bilateral por laparotomia, presentemente, e após a desmistificação que os abscessos não poderiam ser tratados apenas com antibióticos, surgiram novas abordagens cirúrgicas mais conservadoras, nomeadamente anexectomia ou salpingectomia unilateral. A via laparotômica é a via de eleição, contudo a decisão depende da experiência do cirurgião, do estado hemodinâmico e da presença peritonite difusa. A laparoscopia deve ser considerada em doentes estáveis e sem suspeita de infeção disseminada da cavidade peritoneal. No caso descrito, constatou-se nas primeiras horas de antibioticoterapia, agravamento clínico com sinais de abdómen agudo, contudo a doente manteve-se hemodinamicamente estável e sem deterioramento analítico, pelo que foi decidido a abordagem laparoscópica. Tratando-se de doente jovem com desejo genésico futuro e com hidrossalpinge grau 1, em que as trompas mantinham as pregas terminais e não apresentavam adesões intraluminais, optou-se pela realização de salpingostomia terminal bilateral, assegurando a fertilidade e considerando os riscos de uma possível recidiva/recorrência do ATO e de gravidez ectópica. O caso descrito ilustra a problemática associada às infeções de transmissão sexual e à DIP, na medida em que, as sequelas e complicações tardias, nomeadamente, ATO; dor pélvica crónica; gravidez ectópica e infertilidade acarretam um fardo substancial em termos de saúde pública e bem estar da mulher. Considerando que cerca de 60% das DIP manifestam-se de forma subclínica ou inespecífica, é recomendado diminuir o limiar de suspeição e ponderar o tratamento de forma empírica de mulheres em idade fértil com dor à palpação anexial e/ou dor à mobilização uterina (CDC 2014).

P 34

OLHAR PARA ALÉM DO ÓBVIO – MASSA TUBO-OVÁRICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Vanessa Olival, Joana Faria, Maria do Carmo Silva, Celina Ferreira, Ricardo Mira

Instituições: Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital de Dona Estefânia

Introdução: Ao detectarmos no exame ginecológico uma massa pélvica é importante fazer a distinção entre a origem uterina ou anexial e, neste último caso, fazer o diagnóstico de benignidade ou não e da origem tubária ou ovárica. Para isso é essencial realizar uma história clínica detalhada, pedir exames laboratoriais e imagiológicos. Por vezes, apenas quando se recorre à cirurgia se consegue ter um diagnóstico definitivo. Há que diferenciar de leiomioma e sarcoma uterino, massa ovárica benigna ou maligna e massas tubares, nomeadamente abscesso tubo-ovárico.

Objectivos: Descrevemos um caso de uma doente com sintomatologia de massa pélvica, no contexto de aparente doença inflamatória pélvica.

Metodologia: Doente 47 anos, caucasiana, IO 1001 e com antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, foi enviada à Consulta de Ginecologia da nossa instituição por quadro clínico de dor pélvica, leucorreia patológica e febre. Ao exame objectivo, observou-se leucorreia arejada e com cheiro fétido e dor à mobilização uterina. Foram realizados exames complementares de diagnóstico: citologia negativa, exsudado vaginal negativo, análises laboratoriais com parâmetros inflamatórios positivos e ecografia pélvica que revelou abscesso tubo-ovárico bilateral com cerca de 60 mm. Foi instituída terapêutica antibiótica tripla, tal como analgesia e anti-inflamatórios. O quadro clínico foi agravando, tal como os parâmetros inflamatórios laboratoriais; foi repetida ecografia pélvica 2 semanas depois que revelou aumento das dimensões dos abscessos bilateralmente. Foi decidida laparoscopia diagnóstica e cirúrgica.

Resultados e conclusões: A doente foi então submetida a laparoscopia tendo-se observado múltiplas vegetações implantadas em ambos os ovários e ausência de abscesso tubo-ovárico. Foram feitas biópsias e exame extemporâneo que sugeriu adenocarcinoma de origem desconhecida. Posteriormente foram pedidos marcadores tumorais, tal como CA 125 com valor de 344,6 U/ml e TC toracoabdominopélvica com aumento das dimensões dos ovários e dos gânglios paraaórticos. A histologia definitiva confirmou adenocarcinoma do ovário e a citologia do líquido ascítico positiva. A doente foi encaminhada para o IPO onde foi submetida a histerectomia total abdominal mais anexectomia bilateral e todo o estadiamento protocolado para a neoplasia do ovário e encontra-se, até ao momento, a realizar quimioterapia. Este caso alerta-nos para os diversos diagnósticos diferenciais de massa pélvica, sobretudo os menos frequentes, principalmente em mulheres relativamente jovens e com seguimento ginecológico conveniente.

P 35

VACINAÇÃO PROFILÁTICA CONTRA O HPV: RESULTADO DE INQUÉRITO A INTERNOS E ESPECIALISTAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Autores: José Alberto Fonseca Moutinho; Ana Teresa Salvador Domingos, Sara Monteiro Morgado Dias Nunes

Instituições: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; Escola Superior de Gestão, Instituto Politécnico de Castelo Branco

Introdução: Desde a comercialização, em Portugal, em 2006, que as vacinas profiláticas contra a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano têm despoletado controvérsia sobre a sua aplicabilidade, segurança, eficácia e relação custo-benefício. A sua administração em jovens, para já no sexo feminino, foi introduzida no Plano Nacional de Vacinação em 2008. A evidência científica sugere também benefício da vacinação em mulheres já não abrangidas pelo Plano Nacional de Vacinação, e mesmo no sexo masculino, pelo que se torna importante aumentar a sua adesão. Várias estratégias têm sido utilizadas, nas quais a importância dos profissionais de saúde tem assumido forte relevância. Os objetivos deste estudo foram avaliar da sensibilidade dos médicos de Ginecologia e Obstetrícia sobre a utilização da vacinação profilática contra o Vírus do Papiloma Humano.

Metodologia: Durante o 20º Congresso de Obstetrícia e Ginecologia (outubro 2014, Centro de Congressos Altis de Lisboa), foi distribuído um inquérito, por nós elaborado e validado, anónimo e de preenchimento voluntário, dirigido a internos e especialistas de Ginecologia e Obstetrícia. O inquérito consistiu de questões para caracterização demográfica, grau de concordância com a vacinação nos diferentes grupos etários e tipo de aconselhamento perante diferentes situações, nomeadamente relacionadas com o sexo.

Resultados: Dos 206 profissionais que responderam ao inquérito, a maioria era do género feminino, especialistas e na faixa etária entre os 25 e os 40 anos. 98,5% referiram concordar com a inclusão da vacina no Plano Nacional de Vacinação, 86,3% aconselham todas as mulheres a serem vacinadas até aos 26 anos, 40,9% igualmente dos 27 aos 45 anos e depois dos 45 anos, apenas 4,4% o aconselham. 79,1% dos inquiridos responderam que aconselham sempre as suas utentes a vacinarem as filhas (sexo feminino) e 37,4% aconselham as utentes a vacinarem os filhos (sexo masculino). Apenas 17,4% aconselham a vacinação do parceiro sexual da utente.

Conclusão: Os médicos inquiridos demonstram elevada concordância com a vacinação das mulheres até aos 26 anos. Menor concordância foi observada em relação à vacinação de mulheres com idades superiores aos 26 anos e também do sexo masculino, o que sugere a necessidade de alguma intervenção junto da classe médica.

P 36

TUMORES BORDERLINE DO OVÁRIO: CASUÍSTICA DE 8 ANOS DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DA MATERNIDADE BISSAYA-BARRETO

Autores: Francisco Évora, Margarida Barros, Joana Belo, Isabel Henriques

Instituições: Maternidade Bissaya-Barreto, CHUC

Introdução: Os tumores *borderline* do ovário (TBO) apresentam características histológicas e comportamento biológico intermédio entre as lesões benignas e malignas do ovário. A apresentação clínica é semelhante a outras massas anexiais com sintomas como dor ou distensão abdominal, contudo, a maioria é assintomática, ocorrendo geralmente sob a forma de achado incidental aquando do exame ginecológico ou estudos imagiológicos realizados. A nossa actuação deve pautar-se pelo corolário de que qualquer massa anexial suspeita deve ser excisada, tendo o cuidado de a remover intacta e requisitar o estudo extemporâneo.

Objectivos: Avaliação retrospectiva de 33 casos de TBO, num universo de 895 tumores do ovário, para análise e comparação de parâmetros clínicos, terapêuticos e prognósticos com a literatura científica actual.

Metodologia: Levantamento dos processos com diagnóstico de TBO, no Serviço de Ginecologia da Maternidade Bissaya-Barreto, durante o período de 8 anos (2007 a 2014). Recolha dos principais parâmetros e elaboração de uma base de dados (Excel).

Resultados e conclusões: A frequência de TBO (4%) aproximou-se daquela encontrada na literatura (10%). Em termos de média de idades (47 anos), percentagem de tumores mucinosos (55%) e serosos (45%), bilateralidade (21%) e dimensão tumoral média (10 cm), os resultados foram concordantes com a bibliografia. A inespecificidade do CA125 foi demonstrada pela ausência de elevação deste marcador em 79% dos casos. O tipo de cirurgia mais frequente foi a histerectomia total com anexectomia bilateral (73%), consistindo as restantes em anexectomia unilateral (21%), quistectomia bilateral (3%)

e quistectomia unilateral (3%). Nesta casuística ocorreu gravidez após cirurgia conservadora em 22%, estando descritas taxas de fertilidade na ordem dos 30-80%. Realizou-se estadiamento cirúrgico em 67% dos casos, obtendo-se a seguinte distribuição na classificação da FIGO: Ia 67%; Ib 9%; Ic 15%; IIa 3%; IIb 6%. Foi realizada quimioterapia em 12% dos casos. Todas as pacientes encontram-se em *follow-up*, excepto 4 casos que foram perdidos e 1 óbito (única recidiva documentada). Não existe actualmente consenso no que respeita à frequência e duração do *follow-up*, sabe-se porém que deverá ser longo no caso de cirurgia conservadora (20-35 anos) devido ao crescimento indolente destes tumores. Globalmente os TBO têm excelente prognóstico, uma vez que a malignização é rara e a recidiva ocorre sobretudo sob a forma de tumor *borderline*.

P 37

TUMORES SÍNCRONOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Joana Sampaio¹, Rosa M. Lourenço², Fernanda Águas²

Instituições: ¹Hospital Pedro Hispano; ²Maternidade Bissaya Barreto

Introdução: As neoplasias primárias múltiplas não são raras. O aparecimento de neoplasias metácrônicas torna-se mais comum com o envelhecimento da população e com o aparecimento de novas modalidades de diagnóstico e estadiamento. No entanto, as neoplasias síncronas cujo aparecimento ocorre com intervalo inferior a 6-12 meses (dependendo dos autores) ocorrem apenas em 1-6% dos tumores. Embora a etiopatogenia destes tumores permaneça desconhecida foi proposto que fatores comuns desempenhem um papel importante. A ocorrência simultânea de carcinomas do colo uterino e carcinomas aero-digestivos foi bem documentada, presumivelmente por partilharem fatores histológicos, epidemiológicos e etiológicos como o tabaco e agentes víricos (HPV, EBV). Os tumores simultâneos da mama e colo uterino são muito raros, existindo poucos casos descritos na literatura. **Objectivos/materiais e métodos:** Descrição de caso clínico de neoplasias síncronas da mama e colo do útero e revisão da literatura.

Caso clínico: 70 anos, caucasiana, menopausa aos 40 anos sem necessidade de TH. Diagnóstico de neoplasia epidermoide papilar do colo do útero em contexto de hemorragia uterina anormal pós-menopausa, em estadió IIB da FIGO. Aos 2 meses refere aparecimento de nódulo mamário esquerdo. Após estudo da lesão foi diagnosticado carcinoma lobular invasor (RE +, RP +, HER2 negativo). Submetida a mastectomia esquerda com pesquisa de gânglio sentinela. Estadió pTMN: T2N0M0. Submetida quimioterapia, radioterapia externa, braquiterapia e hormonoterapia com anastrozol.

Discussão e conclusão: A maioria dos tumores síncronos são achados incidentais. Um elevado índice de suspeição e o recurso a exames complementares de diagnóstico com o PET-scan são fundamentais na abordagem inicial com vista à exclusão de doença metastática. Estas pacientes apresentam-se como um desafio no planeamento e na implementação terapêuticas, não existindo opiniões consensuais em relação às estratégias para a conjugação das múltiplas modalidades terapêuticas necessárias. Estes tumores devem ser avaliados e estagiados de forma independente apresentando um prognóstico substancialmente melhor quando comparado ao da doença metastática. A maioria dos tumores ressecáveis pode ser removido num ato cirúrgico único. Em situações não ressecáveis, a terapêutica deve ser dirigida à neoplasia mais avançada ou deve ser realizada abordagem terapêutica simultânea com especial atenção à toxicidade.

P 38

MIGRAÇÃO PÉLVICA DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO: CLÍNICA, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Autores: Rita Martins, Vera Mourinha, Leonor Ferreira, Ângela Ferreira, Ana Casquilho, Ana Silva

Instituições: Centro Hospitalar do Algarve, Unidade de Faro, Serviço de Ginecologia

Introdução: O dispositivo intra-uterino (DIU) é dos métodos contraceptivos mais eficazes disponíveis nos dias de hoje, além de um método seguro, garante adesão consistente, por o seu uso não ser utilizador-dependente e proporciona contraceção prolongada. A perfuração/migração do DIU é uma situação rara. **Objectivo:** Apresentação de um caso clínico de migração de DIU de cobre para o fundo de saco de Douglas, bem como o seu diagnóstico e abordagem terapêutica.

Material e métodos: Revisão do processo clínico da utente e da literatura sobre o tema.

Resultados e conclusões: O caso apresentado refere-se a uma múltipara de 35 anos, saudável, que tem como antecedentes obstétricos 1 abortamento espontâneo sem complicações e 3 partos eutócicos, último dos quais há 20 meses. Desde o último parto encontrava-se em amenorreia e sob contraceção prostagrativa oral. Colocou um DIU de cobre nos cuidados de saúde primários por desejo de

contração de longa duração, terá feito ecografia de controlo no mês seguinte que confirmava um posicionamento correto. É referenciada para a consulta hospitalar, um mês depois, por o médico assistente não visualizar os fios do DIU ao exame ginecológico. Apresentando-se a utente assintomática, constata-se ecograficamente imagem compatível com DIU com uma extremidade a nível do istmo uterino e a outra a nível da cavidade peritoneal, envolvida por uma bolsa de líquido. É então realizada laparoscopia com exérese de DIU que já se encontrava na sua totalidade no fundo de saco de Douglas envolto por uma bolsa abcedada. No mesmo tempo operatório é realizada laqueação tubária bilateral, sem intercorrências.

As mulheres portadoras de DIU devem ser regularmente submetidas a exame ginecológico e se necessário controlo imagiológico da posição do dispositivo. A possibilidade de perfuração uterina e/ou migração pélvica impõe-se nas utentes em que não sejam visualizados os fios ao exame ginecológico. Na maioria dos casos as utentes apresentam sintomatologia mas a ausência de sintomas, como no caso clínico apresentado, pode retardar o diagnóstico. A remoção laparoscópica é um tratamento seguro e eficaz.

P 39

CORRELAÇÃO ENTRE A CITOLOGIA/IMPRESSÃO COLPOSCÓPICA E O DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

Autores: Pedro Vieira-Baptista¹, Joana Lima-Silva¹, Cândida Pinto¹, Isabel Amendoeira², Jorge Beires¹
Instituições: ¹Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar de São João, Porto; ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João, Porto

Introdução: Sendo a colposcopia o exame utilizado para avaliar mulheres com alterações dos testes de rastreio de cancro do colo, guiando a realização de biópsias e permitindo programar as estratégias de tratamento ou seguimento, é fundamental que os centros saibam qual o seu desempenho e compará-lo com o descrito na literatura (índice k de concordância 0,17-0,49).

Objectivos: Correlação entre os resultados citológicos/impresão colposcópica e os diagnósticos histológicos.

Material e métodos: Estudo prospectiva de todas as mulheres avaliadas numa consulta de Patologia Cervical, entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2014. Excluídas mulheres sem diagnóstico histológico, com suspeita de doença glandular ou com colposcopia não adequada. Os resultados de citologia foram agrupados em: 1) NILM, 2) ASC-US/LSIL, 3) ASC-H/HSIL e 4) invasão; a impresão colposcópica em: 1) normal, 2) alterações tipo 1 (minor), 3) alterações tipo 2 (major) e 4) invasão; os diagnósticos histológicos em: 1) normal; 2) LSIL (coilocitose/CIN1); 3) HSIL (CIN2, CIN3/CIS) e 4) invasão.

Resultados e conclusões: Avaliadas 515 mulheres, das quais 276 (53,6%) foram elegíveis para o estudo. A idade média foi de 38,3±9,97 [19-70] anos. Os testes que precederam a colposcopia foram: LSIL (33,3%), HSIL (23,2%), ASC-US (19,2%), NILM (HPV positivo) (10,9%), ASC-H (8,0%), AGC (2,9%), carcinoma/adenocarcinoma (0,4%) e desconhecido em 2,2%.

Houve concordância entre o resultado citológico e o diagnóstico final em 63,7% (167/262) dos casos, o que representou um índice k de concordância de 0,37 (IC95%; 0,265-0,468). A citologia subestimou o diagnóstico final em 48 (18,3%) casos e sobrestimou em 47 (17,9%).

A concordância entre a impresão colposcópica e o diagnóstico histológico final foi de 73,2% (202/276); o índice k de concordância foi de 0,55 (IC95% 0,459-0,636). A sensibilidade para CIN2+ foi de 82,2% (IC95%; 72,74-89,48%), a especificidade 81,7% (IC95%; 75,40-87,00%), o valor preditivo positivo 68,5% (IC95%; 58,87-77,11%) e o valor preditivo negativo 90,5% (IC95%; 84,99-94,45%). Foram subestimadas 24 lesões (8,7%) e 48 sobrestimadas (17,4%).

Conclusão: A concordância entre a citologia e o diagnóstico histológico foi baixa (k=0,37), sendo cerca de 20% das lesões subestimadas e outro tanto sobrestimadas.

A colposcopia teve um desempenho moderado (k=0,55), ainda que acima do habitualmente descrito na literatura. A probabilidade de sobrestimar lesões na colposcopia foi o dobro da de as subestimar.

P 40

RECIDIVA DE CARCINOMA DO COLO UTERINO ESTÁDIO IA1, 13 ANOS APÓS TRATAMENTO – CASO CLÍNICO

Autores: Norinho de Oliveira P., Caldas R., Rodrigues C., Soares C., Reis I., Leitão S., Ferreira., Teles T.P.
Instituições: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE

Introdução: A metastização ganglionar é tanto maior, quanto mais avançado for o estágio do carcinoma do colo uterino. Um correto estadiamento é necessário para a escolha do tratamento mais adequado.

Objetivos: Mostrar que o carcinoma do colo uterino em estágio precoce também pode metastizar e ocorrer recidiva a longo prazo.

Material e métodos: Paciente de 63 anos, apresentava edemas acentuados dos membros inferiores e adenopatias inguinais bilaterais.

Como antecedentes pessoais referia histerectomia total com anexectomia bilateral, 13 anos antes, por carcinoma epidermoide do colo uterino no estágio IA1, noutra instituição.

Fez vigilância regular com citologia da cúpula vaginal, estudo analítico e TAC até 7 anos após cirurgia, não se tendo observado sinais de recidiva.

No exame objetivo não se observaram lesões cutâneas dos membros inferiores.

Efetou nova TAC abdominal, onde se observou hidronefrose esquerda, várias adenomegalias latero-aórticas assim como ao longo das cadeias ilíacas comuns, internas e externas.

Foi submetida a nefrostomia percutânea esquerda.

Fez exérese de adenopatia inguinal esquerda, cujo resultado histológico revelou metastização ganglionar de carcinoma epidermoide pouco diferenciado.

O exame ginecológico era normal, sendo colhida citologia e biopsia da cúpula vaginal que também foram normais.

A TAC torácica evidenciou a existência de adenopatias mediastínicas.

A RMN abdominal mostrou múltiplas adenopatias no retroperítoneu mediano e nas cadeias linfáticas ileo-obturadoras.

A PET identificou diversos focos em gânglios linfáticos supra e sub-diafragmáticos.

A endoscopia alta e colonoscopia foram normais.

A decisão da consulta multidisciplinar de grupo oncológico, foi de recidiva de carcinoma epidermoide do colo uterino, sendo proposta quimioterapia.

Conclusão: A invasão dos espaços linfovasculares (IELV) é pouco frequente no estágio IA1. A possibilidade de metastização ganglionar aumenta com o estágio do tumor, tamanho, profundidade da invasão do estroma, mas também da infiltração dos espaços linfovasculares.

Portanto é conveniente tratar as doentes com extenso envolvimento dos ELV de modo mais agressivo, pois têm mais possibilidade de recorrências.

No exame histológico do caso clínico apresentado, não estava especificado o grau de IELV, o que pode ter condicionado o tipo de tratamento inicial e a possibilidade de recorrência a longo prazo.

P 41

RELAÇÃO ENTRE O EXAME A FRESCO DO CORRIMENTO VAGINAL E ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS CERVICAIS MAJOR

Autores: Pedro Vieira-Baptista¹, Joana Lima-Silva¹, Cândida Pinto¹, Conceição Saldanha², Jorge Beires¹, José Martinez-de-Oliveira^{3,4}, Gilbert Donders⁵

Instituições: ¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João, Porto; ²LAP, Unilabs, Porto; ³Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã; ⁴Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã; ⁵Femicare vzw, Clinical Research for Women, Tienen, Bélgica

Introdução: Apesar de perfeitamente estabelecido o papel do HPV no cancro do colo e suas lesões precursoras, outros factores estarão envolvidos neste processo, alguns deles possivelmente do meio vaginal.

Objetivos: Avaliar se as alterações citológicas major se associam a alterações do microbioma vaginal.

Material e métodos: Estudo prospectivo, realizado entre Junho de 2014 e Março de 2015, consistindo na recolha sistemática de corrimento vaginal para uma lâmina de vidro, previamente à colheita de citologia cervical (CC). As lâminas foram lidas de forma cega, pelo mesmo investigador, de acordo com os critérios de Donders. As CC foram lidas no laboratório da instituição; foi realizado teste de cobas® HPV (Roche).

Resultados e conclusões: Foram avaliados 417 casos, 346 (83,0%) dos quais oriundos da consulta de Patologia Cervical. A idade média foi de 41,3±10,51 (21-72) anos.

Houve 56 (13,4%) casos de citologia com alterações superiores a LSIL. Comparando este grupo com as restantes, não se verificaram diferenças relativamente à presença de Cândida (28,6% vs. 29,6%, p=1,000) ou ausência de lactobacilos (35,7% vs. 30,5%, p=0,441),

Pelo contrário, foi mais frequente no primeiro grupo a presença de inflamação moderada/severa (48,2% vs. 29,4%, p=0,008), vaginite aeróbica moderada/severa (VAMs), (19,6% vs. 7,8%, p=0,011) e bacteriose vaginal (BV) (21,4% vs. 11,6%, p=0,05).

Foram testadas as mesmas variáveis relativamente à positividade para HPV de alto risco (qualquer, 16, 18 ou outros), não se tendo estabelecido qualquer diferença entre grupos.

A presença de inflamação moderada/severa, VAmS ou de BV associa-se de forma independente a um risco aumentado de alterações citológicas major, mas não de infecção pelo HPV.

P 42

GRAVIDEZ HETEROTÓPICA EM MULHER COM DISPOSITIVO INTRAUTERINO – CASO CLÍNICO

Autores: Soares C., Rodrigues C., Norinho De Oliveira P., Caldas R., Gameiro M., Costa C., Pina C., Teles T. P

Instituições: Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga – CHEDV Serviço de Ginecologia e Obstetria

Introdução: A gravidez heterotópica (GH) é definida como a coexistência de, pelo menos, duas gestações em diferentes locais de implantação. A incidência de GH em gestação espontânea é de 1/30000. Devido às técnicas de procriação medicamente assistida a incidência global aumentou para 1/7000. É uma patologia clínica potencialmente fatal e o seu diagnóstico precoce é difícil pela presença de uma gravidez intrauterina, sendo o seu diagnóstico realizado, na maioria das situações, após rotura da gravidez ectópica (GE).

Os fatores de risco da GH são os mesmos da GE, sendo os casos de GH superior em mulheres que engravidam com DIU.

Objetivo: Apresentação de um caso de gravidez heterotópica em mulher com DIU.

Material e métodos: Revisão retrospectiva do processo clínico.

Resultados e conclusões: Mulher de 40 anos, IIIGIP (cesariana), com gravidez espontânea e portadora de DIU de cobre, foi submetida a esvaziamento uterino com tratamento médico (misoprostol) por aborto incompleto. Quando deste diagnóstico apresentava imagem para-ovárica direita, pouco esclerecedora, pelo que foi reavaliada em três semanas dado se encontrar assintomática. Na reavaliação a mulher referiu dor persistente e ligeira na fossa ilíaca direita, apresentava elevação da beta-hCG (19252m U/ml) e imagem ecográfica sugestiva de GE na trompa direita (tumefação 40 x 26 mm com vascularização em “anel de fogo”), sem líquido livre no fundo-de-saco de Douglas. Foi realizada laparoscopia diagnóstica com salpingectomia direita. O estudo anatomopatológico confirmou a presença de fragmentos ovulares intrauterinos e tubários.

A GH é uma entidade rara, de difícil diagnóstico e potencialmente fatal se não tratada precocemente. O seu diagnóstico deve ser considerado em mulheres com gravidez intrauterina e dor abdominal. Nas ecografias realizadas durante o 1º trimestre de gravidez a avaliação anexial é mandatória e permite a exclusão de GH.

P 43

LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA – DOIS ANOS DE EXPERIÊNCIA

Autores: Ana Gonçalves Andrade¹, Bruno Nogueira², José Reis², Fátima Faustino²

Instituições: ¹Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Lisboa Central; ²Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A endometriose profunda caracteriza-se pela presença de lesões infiltrativas mais de 5 mm abaixo da superfície endometrial e corresponde a 5-10% das lesões de endometriose. A lesão mais característica é o nódulo do septo recto vaginal (SRV) mas o envolvimento dos ligamentos útero-sagrados (LUS), septo vesico-uterino ou espaço peri-ureteral estão também descritos.

A laparoscopia é considerada a abordagem primordial para diagnóstico e tratamento da endometriose. É eficaz no controlo da dor e na recorrência da doença e parece melhorar o potencial fértil da mulher. A abordagem laparoscópica da endometriose profunda, pelo elevado risco de complicações graves, implica elevada diferenciação técnico-cirúrgica.

Objetivos: Avaliar a atividade cirúrgica de uma unidade de Laparoscopia com destaque para as complicações intra e pós-operatórias e para a melhoria sintomática das doentes.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das laparoscopias realizadas de Janeiro 2013 a Dezembro 2014 por endometriose profunda. Foi avaliada a apresentação clínica, resultados dos exames complementares pré-operatórios (ecografia endovaginal, Ressonância Magnética (RM) e colonoscopia), dados cirúrgicos intra e pós-operatórios e dados da vigilância pós-operatória.

Resultados e conclusões: Foram realizadas 16 cirurgias em 15 doentes, com idade média 35 anos [28-43]. Dez eram nulíparas das quais 9 tinham história de infertilidade. Dismenorreia foi o sintoma mais

frequente (n=12) seguido de dispareunia (n=8). Em 6 doentes identificou-se nódulo do SRV ao exame objetivo. Um nódulo do SRV foi identificado apenas na RM.

Em 6 casos a excisão completa do nódulo SRV implicou a abertura da vagina e num caso realizou-se ressecção discóide anterior do recto. Não houve conversões para laparotomia. O tempo operatório médio foi 142±55min, com perda hemática <250 ml em 8. Documentou-se um caso de abscesso intra-abdominal. A vigilância pós-operatória foi em média de 8 meses em que 69% das doentes referiu melhoria dos sintomas. A cirurgia laparoscópica da endometriose profunda implica um elevado grau de diferenciação cirúrgica e a abordagem por parte de uma equipa multidisciplinar, por forma a conseguir a excisão completa das lesões. Nestas condições a taxa de complicações é baixa, a melhoria sintomática elevada e o potencial para melhorar a fertilidade promissor.

Devem ser criadas condições para criar equipas especializadas e centros de referência na abordagem desta patologia e assim otimizar os resultados obtidos.

P 44

LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU TRATADAS NUMA UNIDADE DE PATOLOGIA CERVICAL

Autores: Ana Correia, Ana Santos, Susana Oliveira, Margarida Brandão, Helena Nascimento, Fátima Leitão, Mário Oliveira

Instituições: Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A lesão intraepitelial cervical de alto grau, nomeadamente o HSIL representa cerca de 0,5% dos esfregaços citológicos. Perante citologia com alteração de alto grau, ASC-H ou HSIL, está recomendada a colposcopia imediata em todas as mulheres. A orientação para procedimento diagnóstico excisional tem em conta vários fatores, nomeadamente a idade e a paridade, assim como a correlação cito-colpo-histológica. Na peça excisada, entre outras variáveis clínico patológicas, as margens de ressecção são avaliadas como possíveis preditores de doença residual ou recorrente.

Material e métodos: Estudo retrospectivo com análise dos processos clínicos de utentes enviadas a consulta de Patologia Cervical do CHBV por alteração citológica de lesões intraepiteliais de alto grau e submetidas a terapêutica excisional da lesão entre os anos 2013 e 2014.

Resultados: No período estudado 92 utentes foram submetidas a exérese da zona de transformação. A idade variou entre os 21 e 70 anos, sendo que 37% apresentaram idade inferior a 35 anos e 22% superior a 50 anos. Do total, 27% eram nulíparas sendo que 65% com idade inferior a 35 anos. Em 13% dos casos foi efetuada conização por discrepância cito-colpo-histológica. Em um terço desses casos a histologia da peça excisada revelou lesão de baixo grau, sendo que dos restantes com lesão de alto grau 37,5% tinham margens positivas para lesão de alto grau nas margens da peça. Nos casos orientados para conização por lesão de alto grau (87%) a histologia da peça revelou lesão de baixo grau em 11%, no entanto, em um desses casos durante o seguimento posterior houve necessidade de reconização por lesão de alto grau. O diagnóstico revelou 2 casos de carcinoma epidermoide invasor. A histologia da peça de conização revelou lesão de alto grau/carcinoma in situ em 87,5%, sendo que as margens foram negativas para lesão em 70% e positivas em 30%. Dos casos em que as margens foram positivas, 65% foram submetidas a reconização. Destas utentes a totalidade tinha pelo menos um filho, no entanto 36% encontrava-se em idade reprodutiva. Na histologia da peça do recone a totalidade das margens foram negativas para lesão. Nas utentes que se manteve seguimento com vigilância colpo-citológica após peça de conização com margens positivas para lesão (35%), 67% encontram-se em idade reprodutiva, e os achados são tranquilizadores até ao momento.

Conclusão: A finalidade da terapêutica da neoplasia intraepitelial do colo do útero é interromper a progressão da doença para cancro invasivo. A decisão de tratar e o tipo de tratamento (destrutivos ou excisionais) deve ser baseada na história natural das lesões, segurança do diagnóstico e na disponibilidade de seguimento.

P 45

TORÇÃO ANEXIAL NA MULHER JOVEM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Santos, A.; Cunha, S.; Coutinho-Borges JP.; Abreu, R. Faria, M.; Gama, A.; Pinheiro, P.

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A torção anexial é uma das emergências ginecológicas mais frequentes, apresentando uma incidência de 2-3% no contexto de dor pélvica aguda. A maioria dos casos verifica-se em mulheres em idade reprodutiva (70-75% abaixo dos 30 anos) mas pode ocorrer em qualquer faixa etária.

Objectivos: Os autores apresentam o caso clínico de uma jovem de 19 anos com torção anexial direita, submetida a anexectomia direita, caso que sobressai pelos achados intra-operatórios obtidos.

Material e métodos: Os autores apresentam o caso clínico de uma jovem de 19 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dor localizada a nível da fossa ilíaca direita, tipo cólica, com dois dias de evolução, associada a náuseas e vômitos. Referência a episódio semelhante no mês anterior, tendo-se diagnosticado um cisto simples do ovário direito com 50 mm de maior diâmetro. Medicada desde então com estroprogestativo.

Antecedentes pessoais irrelevantes.

Menarca aos 12 anos, sem coitarca.

Ao exame objectivo apresentava-se apirética, com dor à palpação profunda abdominal, mais acentuada na fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal. Ao exame ginecológico foi constatada integridade do hímen.

Na ecografia pélvica foi visualizado um cisto simples do ovário direito com 70 x 55 mm. Sem outras alterações ecográficas.

Hemograma e PCR sem alterações de relevo.

Foi submetida a laparoscopia diagnóstica tendo-se constatado torção em hélice do anexo direito, com quatro voltas de 360°, com sinais marcados de isquemia. Realizada anexectomia direita por via laparoscópica.

O estudo histológico demonstrou tratar-se de uma cistadenoma seroso de ovário associado a torção ovárica.

Resultados e conclusões: O diagnóstico de torção anexial permanece um desafio uma vez que a apresentação clínica e o exame objectivo são variados e inespecíficos.

A abordagem cirúrgica, preferencialmente por via laparoscópica, permite a confirmação da torção e a avaliação da viabilidade do ovário e da trompa.

A destorção anexial, realizada precocemente, é o tratamento de eleição. No entanto, perante necrose, altamente sugestiva na presença de tecidos de consistência gelatinosa e friáveis, com perda da estrutura anatómica, o tratamento baseia-se na salpingo-ooforectomia.

Os autores consideram este caso particularmente interessante por apresentar o principal factor de risco para torção anexial, ou seja, a existência de uma massa ovárica com diâmetro igual ou superior a 50 mm e o achado intra-operatório de uma torção espiralada com quatro voltas completas, que originou necrose ovárica e a consequente salpingo-ooforectomia terapêutica

P 46

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS ASSOCIADOS À BEXIGA HIPERACTIVA NUMA AMOSTRA DE MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA

Autores: Catarina Policiano, Catarina Carvalho, Joaquim Neves, Carlos Calhaz-Jorge

Instituições: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia CHLN, Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa

Introdução: A bexiga hiperativa é uma patologia muito frequente nas mulheres em pós-menopausa, com importante impacto na respetiva qualidade de vida e nas componentes sociopsicológicas.

Objetivo: Avaliação da prevalência de sintomas associados à bexiga hiperativa nas mulheres em pós-menopausa com idade igual ou superior a 50 anos e eventuais fatores clínico-demográficos relacionados.

Material e métodos: Estudo prospetivo observacional que decorreu no ambulatório de ginecologia entre setembro de 2014 e fevereiro de 2015. Incluíram-se mulheres em pós-menopausa com idade igual ou superior a 50 anos, às quais foi realizado o Questionário para Avaliação de Bexiga Hiperativa (versão validada em português de OAB-V8), considerando-se a pontuação ≥ 8 como diagnóstico de bexiga hiperativa. Para a análise estatística foi utilizado o teste χ^2 para comparações entre variáveis, e a associação considerada como estatisticamente significativa se $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 210 mulheres, com idade média de 65 anos (50-84). Em 59% (102/210) foi registada a pontuação ≥ 8 . Em média, o questionário foi aplicado 15 anos depois da menopausa (1-42). Pelo respetivo impacto na qualidade de vida, 47% (48/102) dessas mulheres foram referenciadas para investigação mais detalhada em Uroginecologia. O índice de massa corporal (IMC) médio foi de 28 kg/m² (18-48), sendo que 72% da amostra correspondia ao IMC ≥ 25 kg/m² (152/210). Verificou-se que as mulheres com o IMC ≥ 25 kg/m² registaram mais frequentemente, a pontuação ≥ 8 comparativamente ao grupo com o IMC

Os dados revelam prevalência significativa de sintomas associados a bexiga hiperativa nesta amostra de mulheres na pós-menopausa, constatando-se relação estatisticamente significativa com excesso de peso ou obesidade.

P 47

SÍNDROME DE PSEUDO-MEIGS MIMETIZANDO MALIGNIDADE OVÁRICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: João Cavaco Gomes, Raquel Mota, Antónia Costa, Vera Paiva

Instituições: Centro Hospitalar de São João

Introdução: O Síndrome de Meigs define-se pela presença de ascite e/ou derrame pleural associados a um tumor ovárico com resolução espontânea após resseção do referido tumor. Originalmente o tumor ovárico descrito por Meigs é histologicamente benigno e caracteristicamente do tipo fibroma ou tectoma. A denominação de Síndrome de pseudo-Meigs tem vindo a ser utilizada quando o quadro se associa a outros tipos histológicos de tumores ováricos, quer benignos (tais como teratomas maduros, struma ovarii e leiomiomas), quer malignos.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por distensão abdominal com 2 anos de evolução associada a aparecimento de lesão ulcerada na região hipogástrica desde há 3 meses, através da qual se iniciou desde há 1 dia drenagem de quantidade abundante de líquido amarelo citrino e com diminuição significativa subsequente do volume abdominal. O exame físico corroborou a presença de ascite de grande volume com fistulização cutânea espontânea. A TC abdominopélvica realizada no exterior confirmava ascite de grande volume e identificava massas anexiais císticas bilaterais. A ecografia transvaginal revelou tumefacção anexial esquerda bilobada unilocular sólida com 65x54 mm, e tumefacção anexial direita cística de conteúdo homogéneo com 100x82 mm. Analiticamente apresentava hipoalbuminemia e aumento de cerca de 5 vezes o limite superior do normal do CA125. O estudo do líquido ascítico mostrou tratar-se de um exsudado negativo para células malignas. Em TC torácica identificou-se derrame pleural esquerdo de médio volume. Foi submetida a laparotomia exploradora, onde se confirmou a presença de ascite e tumefacções ováricas bilaterais, não se identificando outras lesões abdominopélicas. Foi efetuada anexectomia bilateral com exame extemporâneo, seguida de histerectomia total e apendicectomia. O estudo anatomopatológico revelou struma ovarii no ovário direito e cistadenoma seroso associado a teratoma cístico maduro tipo dermóide no ovário esquerdo. Após a cirurgia, verificou-se a resolução total da ascite e derrame pleural.

Conclusão: Os Síndromes de Meigs e pseudo-Meigs encontram-se na maioria dos casos associados a tumores ováricos de natureza benigna. São um diagnóstico raro e, devido à sua forma de apresentação clínica, deverá ser sempre efetuada uma abordagem diagnóstica de exclusão de malignidade. A abordagem terapêutica deverá ser efetuada por uma equipa especializada em cirurgia oncoginecológica. O Síndrome de pseudo-Meigs pode ocorrer associado tanto ao struma ovarii, como a outros teratomas maduros e aos cistadenomas, pelo que qualquer um destes pode justificar o quadro apresentado por esta doente.

P 48

STUMP NA GRAVIDEZ – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Autores: Reis, L.; Diniz da Costa, T.; Vilhena, V.; Costa, A.C.; Matos, F.; Pereira, J.; Nazaré, A.

Instituições: Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca EPE

Introdução: A classificação actual da Organização Mundial da Saúde indica que tumores do músculo liso uterino cuja histologia não permite classificação inequívoca em benigno ou maligno são classificados como *smooth muscle tumor of uncertain malignant potential (STUMP)*. São tumores, raros de curso clínico imprevisível, exigindo seguimento a longo prazo.

Objectivos: Apresentação de caso clínico de grávida com massa pélvica, que se revelou histologicamente como STUMP.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, raça negra, múltipara, grávida de 35 semanas e 3 dias com antecedentes pessoais irrelevantes. Seguida na consulta de Obstetria por massa pélvica de etiologia desconhecida, diagnosticada às 26 semanas, suspeitando-se de mioma em degenerescência. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal intensa e redução dos movimentos fetais com 3 dias de evolução; encontrava-se prostrada, desidratada, com leucocitose exuberante e em oligúria, sem resposta à hidratação endovenosa; a cardiocografia era de categoria II, sem contractilidade. Após discussão multidisciplinar, realizou-se laparotomia exploradora e cesariana urgente, sob anestesia geral; constatou-se massa uterina anterior, de grandes dimensões e realizou-se cesariana, com extracção de feto vivo do sexo feminino, 2050 gramas e Índice de Apgar 8/8/9, após o que se procedeu a excisão da referida massa. Ficou internada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com necessidade de ventilação mecânica invasiva; houve melhoria progressiva do estado clínico, com transferência para a enfermaria de Obstetria ao 4º dia de internamento e alta ao 7º dia de pós-operatório, juntamente

com o recém-nascido. O diagnóstico histológico da peça operatória revelou “tumor de músculo liso de potencial de malignidade incerto (*STUMP*)”, pelo que a doente foi proposta para histerectomia total abdominal; está neste momento a aguardar RMN pélvica pré-operatória e cirurgia.

Conclusão: Os *STUMP* são um grupo heterogéneo de tumores cuja história natural e potencial de malignidade são incertos; a terapêutica ideal é a ressecção cirúrgica completa. Geralmente são clinicamente benignos, mas recorrências (sob forma de *STUMP* ou leiomiossarcoma), podem ocorrer, exigindo seguimento prolongado.

P 49

RECIDIVA EXTRAPERITONEAL DE TUMOR DE CÉLULAS DA GRANULOSA DO OVÁRIO: A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA PROLONGADA

Autores: Prata, JP; Santos, A.; Cunha, S.; Carvalho, A.; Magalhães, D.; Pinheiro, P.

Instituições: Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: Os tumores de células da granulosa são os mais frequentes dos tumores do estroma e dos cordões sexuais, embora globalmente raros já que constituem apenas 3% de todos os tumores do ovário. Dividem-se em dois grupos, tipo adulto (o mais frequente) e juvenil. Cerca de 90% dos casos apresentam-se em estadió precoce, mas estes tumores têm potencial para metastização e recorrência, muitas vezes de forma atípica e vários anos após o tratamento inicial (estando descritos casos de até 40 anos após o diagnóstico).

Objectivo: Alertar para a problemática da particularidade da recidiva destas neoplasias, em termos de forma de apresentação, localização e timing.

Material e métodos: Descrição de um caso clínico que ilustra esta temática.

Resultados: Aquando da realização de uma cirurgia de laqueação tubar, foi identificada uma tumefacção anexial complexa a uma mulher de 42 anos, pelo que se procedeu a anexectomia direita. O resultado histológico foi compatível com tumor de células da granulosa do adulto, tendo-se optado pela realização posterior de cirurgia de estadiamento – estadió IA. A doente não foi submetida a tratamentos complementares e manteve-se aparentemente livre de doença nos 5 anos seguintes. Seis anos depois apresenta dor no flanco direito, pelo que realizou ecografia e TAC abdominal que revelaram uma massa abdominal com 13 cm de aparente origem anexial, com Ca125 e CEA negativos. Submetida a laparotomia exploradora, em que se constatou tumefacção extraperitoneal, localizada na parede abdominal anterior e aderente ao músculo recto abdominal direito, muito vascularizada, com capsula lisa que rompeu durante a manipulação, com saída de conteúdo de aspecto cerebroides. O exame anatomo-patológico confirmou metástase de tumor de células da granulosa do adulto de padrão difuso. Nove anos após o diagnóstico inicial a doente mantém-se em seguimento em centro oncológico de referência, dado já ter apresentado nova recidiva da doença.

Conclusões: Este caso demonstra que estes tumores, embora sejam diagnosticados maioritariamente em estadiós precoces, apresentam um crescimento indolente e recidivas tardias, a maioria das vezes após os 5 primeiros anos. O local de recorrência é habitualmente a pelve, mas podem ocorrer noutras localizações, como foi demonstrado. Dada a raridade destes tumores, não existem protocolos de seguimento bem definidos, embora seja sensato adoptar uma vigilância prolongada durante vários anos após o seu diagnóstico.

P 50

ENDOMETRIOSE PROFUNDA – SINTOMAS, EXAME FÍSICO E SONOVAGINOGRRAFIA

Autores: Cátia Moreira¹, Joana Cruz^{1,2}, Ana Rosa Costa¹, José Ferreira¹, Margarida Martinho^{1,2}

Instituições: ¹Centro Hospitalar de São João, EPE; ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A endometriose profunda (EP) representa um importante problema clínico nas mulheres em idade reprodutiva, com elevado impacto na qualidade de vida e em que o diagnóstico é frequentemente tardio face ao início das queixas. O exame físico pode permitir identificar e visualizar lesões de endometriose e orientar o pedido de exames de diagnóstico. A sonovaginografia (SVG) complementa o exame físico e permite uma melhor caracterização das lesões.

Objectivo: Avaliar e comparar os dados clínicos e do exame ginecológico com os resultados da SVG, em doentes com suspeita de EP.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos dados clínicos, exame ginecológico e achados da SVG a partir dos processos de doentes com suspeita clínica de EP de Janeiro/2014 a Fevereiro/2015.

Resultados: Foram incluídas 22 mulheres com idade média de 35 anos. Os sintomas mais frequentes foram: dismenorria (18/22) e dispareunia (9/22). Outros sintomas mencionados foram: sintomas in-

testinais (8) como rectorragias (4), sintomas urinários (2) como disúria e polaquiúria e ainda hemorragia uterina anómala (4). Dez casos tinham infertilidade. O Ca 125, um marcador tumoral que pode estar associado a casos mais avançados de EP, determinado em 12 casos, estava aumentado em 4. Como tratamento prévio, 4 haviam sido submetidas a cirurgia incluindo cistectomia por endometriomas (3 doentes) e ressecção de segmento de rectosigmoide com presença de nódulo de endometriose (uma doente). Das restantes, 15 efectuavam tratamento hormonal. O exame ginecológico com espéculo revelou lesões sugestivas de endometriose a nível do fundo de saco posterior em 5 pacientes e no fundo de saco lateral direito em duas. O toque vaginal revelou presença de lesões nodulares no fundo de saco anterior (2), a nível posterior (7), no fundo de saco lateral direito (1) e no fundo de saco lateral esquerdo (1). A SVG detectou lesões sugestivas de EP em 15 mulheres, 4 das quais apresentavam concomitantemente lesão ovárica (endometrioma), e sinal de *sliding* negativo em duas mulheres. A avaliação tridimensional mostrou aumento da zona juncional (>8 mm) em três mulheres. Destas mulheres, 9 foram submetidas a cirurgia laparoscópica que confirmou a presença de lesões de EP em todas.

Conclusões: Apesar do reduzido número de mulheres com suspeita EP e que foram submetidas a SVG a sua realização foi um importante complemento à avaliação clínica por ter revelado lesões não detectadas ao exame e caracterizando melhor a sua localização e extensão, o que é de suma importância para o planeamento do tratamento.

P 51

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA PROFUNDA – A EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Autores: Braga A, Ferreira H, Cubal R, Morgado A

Instituições: Serviço de Ginecologia, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A endometriose pélvica é uma patologia frequente por vezes associada a sintomatologia incapacitante com grande impacto na qualidade de vida. O objetivo deste trabalho é analisar a nossa experiência no tratamento cirúrgico de endometriose pélvica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo, que incluiu todos os tratamentos cirúrgicos em doentes com endometriose pélvica entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2014. Os parâmetros registados foram: a indicação cirúrgica, a avaliação laparoscópica da localização da doença, o tipo de tratamento cirúrgico efetuado, as complicações operatórias, a necessidade de conversão para laparotomia, o tempo de internamento, a duração do procedimento cirúrgico, as sequelas pós-operatórias e o impacto da qualidade de vida após o procedimento cirúrgico

Resultados: Foram incluídos 123 casos, com idade média de 36,2 anos. A indicação mais frequente foi a dor pélvica cíclica incapacitante e a dispareunia (92% dos casos) seguido da presença de endometriomas (84% dos casos). Os procedimentos cirúrgicos mais frequentes foram a adesiólise (93% dos casos) e a exérese de endometriomas ováricos (82% dos casos). Foi efetuada exérese de nódulo do septo reto-vaginal em 28% dos casos, shaving retal em 24%, ressecção intestinal discóide em 13% e segmentar em 3% dos casos. Foi ainda efetuada cistectomia parcial em 3% das cirurgias e efetuada ureteroneostomia em 1 doente. O tempo médio de duração do procedimento cirúrgico foi de 82 minutos. O tempo de internamento médio foi de 3,1 dias. Verificou-se a existência de complicações intra ou pós operatórias em 3,7% dos casos. Existiu necessidade de conversão para via laparotómica em 2 casos. Referiram melhoria das queixas 92% das doentes.

Discussão: A abordagem laparoscópica é o gold standard do tratamento cirúrgico da endometriose pélvica. A nossa curta experiência tem demonstrado bons resultados, com melhoria da qualidade de vida das doentes, associada a uma reduzida taxa de complicações.

P 52

SIRINGOMA VULVAR: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Autores: Ana Cláudia Santos, Ana Correia, Sandra Lemos, Adriana Cruz, Maria José Almeida, Mário Oliveira

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Hospital de Aveiro

Introdução: O siringoma, um tumor benigno dos anexos cutâneos de diferenciação écrina, é relativamente comum, mais frequente nas mulheres, com localização habitual a nível palpebral e da região malar. A localização vulvar tem sido descrita como rara; no entanto, nos últimos anos, têm surgido estudos que defendem que esta entidade não é tão rara como se pensava mas que tem sido subdiagnosticada e pouco relatada.

Objetivos: Apresentação de 2 casos clínicos e breve revisão bibliográfica sobre uma entidade nosológica pouco descrita.

Casos clínicos: Mulher de 43 anos, saudável, enviada à consulta de Ginecologia por apresentar lesões vulvares, com 1 ano de evolução, sem queixas associadas. Ao exame objetivo, apresentava múltiplas lesões papulares milimétricas a nível dos grandes lábios, pequeno lábio e região inguinal esquerdas, com aspeto sugestivo de condilomas. A colpocopia era normal; à vulvoscopia, as lesões descritas não eram compatíveis com condilomas. O diagnóstico histológico foi de siringoma vulvar. Foi realizada vaporização LASER das lesões, com boa evolução cicatricial. Não há relato de recidiva até 3 anos de *follow up*. Mulher de 52 anos, saudável, enviada à consulta de Ginecologia por lesões vulvares com vários anos de evolução, associadas a períodos de vulvodinia e prurido. Ao exame ginecológico, apresentava grande lábio direito com várias lesões papulares de 3-4 mm cada, indolores, de superfície espessada, sem sinais inflamatórios, cujo diagnóstico histológico foi de siringoma vulvar. Uma vez que desde o início das consultas no nosso serviço se mantinha sem queixas, optou-se por uma atitude expectante.

Discussão/conclusões: O siringoma vulvar tem sido descrito como mais frequente em mulheres em idade média, sendo a sua apresentação clínica mais habitual na forma de múltiplas pápulas, da cor da pele ou ligeiramente acastanhadas, a nível dos grandes lábios, habitualmente assintomáticas mas que podem associar-se a vulvodinia e/ou a prurido. Frequentemente não é necessária terapêutica, no entanto, tanto em termos estéticos como na resolução do prurido, o tratamento LASER tem sido descrito como eficaz. Com a descrição destes casos, pretendíamos salientar o facto de esta entidade não ser tão rara como inicialmente se descrevia e o facto de ser necessário considerá-la no diagnóstico diferencial em casos de patologia vulvar, nomeadamente na presença de lesões papulares multicêntricas, vulvodinia e prurido crónico refratário à terapêutica convencional.

P 53

SARCOMAS UTERINOS – REVISÃO DE 3 ANOS

Autores: Ana Rocha, Sofia Rodrigues, António Braga, Alexandre Morgado

Instituições: Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Os sarcomas uterinos são tumores de origem mesodérmica, relativamente raros, representando cerca de 3% a 5% de todas as neoplasias do corpo uterino. Em geral afectam mulheres entre os 40-60 anos sendo o prognóstico adverso. Estima-se uma sobrevida global inferior a 50% aos 24 meses. A sua raridade e diversidade patológica condicionam dificuldade no estudo de grandes séries, e consequentemente na avaliação das modalidades terapêuticas.

Objetivos: Descrição dos casos de sarcomas uterinos diagnosticados num centro de referência durante 3 anos, de acordo com tipo histológico, estadiamento e prognóstico.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos sarcomas uterinos diagnosticados no CMIN entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2014.

Resultados: No período referido diagnosticaram-se 108 neoplasias do corpo uterino e 6 delas (5,6%) eram sarcomas: 3 leiomiossarcomas, 2 Adenossarcomas e 1 Sarcoma do Estroma Endometrial (SEE). Ao diagnóstico, a idade média foi 57,3 anos (46-89) e metade das doentes eram pré-menopáusicas. Em nenhuma havia história prévia de radioterapia pélvica. Metade das doentes estavam assintomáticas aquando diagnóstico: em 2 casos foram identificados leiomiossarcomas no estudo histológico após histerectomia por miomas uterinos e num caso adenossarcoma após ressetoscopia por pólipos endometrial. Das sintomáticas, 2 apresentavam hemorragia uterina anómala (HUA) e 1 tumefacção abdominal palpável. Considerando a classificação da FIGO, os adenossarcomas encontravam-se em estadio IA, o SEE em estadio IVA, e os leiomiossarcomas em estadio IA, IB e IVA. Foi histologicamente evidenciada invasão linfovascular em apenas 1 das doentes submetidas a cirurgia.

Foi realizado tratamento paliativo no caso do SEE pelo elevado risco cirúrgico e pela evidência de doença avançada. À doente com leiomiossarcoma estadio IVA foi realizada quimioterapia e radioterapia pós cirurgia. Nos restantes casos manteve-se vigilância após estadiamento cirúrgico. No *follow-up* ocorreu 1 óbito (SEE) e 1 doente apresentou metastização pulmonar e carcinomatose peritoneal (leiomiossarcoma estadio IVA), mantendo-se as restantes 4 livres de doença (2 delas com ≥ 24 meses de seguimento).

Esta é uma amostra heterogénea e reduzida, o que é característico destes tumores, e a sua prevalência é comparável à referida na literatura. No entanto, apenas uma minoria apresentava doença avançada, contrariamente ao descrito. Apesar de se manterem ainda em seguimento, o prognóstico tem sido favorável para a maioria.

P 54

LINFOMA PRIMÁRIO DA MAMA: CASOS CLÍNICOS E BREVE REVISÃO TEÓRICA.

Autores: Mariana Torres, Elizabeth Castelo-Branco, Renata Veríssimo, Paulo Correia, Luís Sá

Instituições: Serviço de Ginecologia do IPO de Coimbra

Introdução: O linfoma, uma neoplasia sanguínea, é a quinta causa de morte em pacientes oncológicos. Os linfomas primários da mama são neoplasias incomuns, representando aproximadamente 0,5% das neoplasias mamárias e 2% dos linfomas extra-nodais. A maioria deriva da transformação de células B, sendo os tumores com fenótipo de células T extremamente raros e tendo uma evolução clínica mais agressiva.

Objetivos: Discussão de dois casos clínicos de linfoma primário da mama e revisão da literatura sobre o diagnóstico desta neoplasia.

Material e métodos: Levantamento de processos clínicos de doentes com diagnóstico de linfoma primário da mama e que frequentaram consultas nos serviços de ginecologia e hematologia no IPO de Coimbra e pesquisa da literatura existente sobre esta neoplasia utilizando como ferramentas de pesquisa a *MedLine* e o *UpToDate*.

Resultados: O primeiro caso clínico é referente a doente de 63 anos que apresenta nódulo mamário sendo submetida a múltiplas biópsias no curso de 3 anos, cujo resultado anatomo-patológico não revelou haver sinais de malignidade, mas sim uma mastite linfocítica. Posteriormente surge uma lesão cutânea na mesma mama que foi biopsada e o diagnóstico foi de linfoma não-Hodgkin de células B com padrão de crescimento nodular/difuso e envolvimento cutâneo, subcutâneo e do tecido mamário adjacente.

O segundo caso é referente a doente de 44 anos de idade, nuligesta, encaminhada do centro de saúde por uma mamografia classificada como BI-RADS 4. Apresentava ecograficamente uma imagem com cerca de 30 mm, ovalada, predominantemente sólida, de contornos lobulados e com pequenas áreas quísticas, não palpável. Foi inicialmente realizada core-biópsia cujo estudo anatomopatológico revelou uma proliferação linfóide T não classificável. Manteve-se no IPO em vigilância clínica e cerca de um ano depois, por aumento das dimensões do nódulo, foi realizada biópsia excisional que confirmou o diagnóstico de linfoma não-Hodgkin de células B do tipo difuso de grandes células.

Conclusão: A apresentação e evolução clínicas do linfoma primário da mama podem ser muito variáveis. O diagnóstico nem sempre é fácil, podendo a doente apresentar-se com um nódulo palpável e indolor como apresentar alterações na mamografia de rastreio não palpáveis. Quanto à evolução clínica, esta pode ser indolente como no primeiro caso descrito ou haver um crescimento tumoral rápido como no segundo caso.

P 55

ADENOCARCINOMA DO COLO DO ÚTERO – DO DIAGNÓSTICO AO FOLLOW-UP

Autores: Bruna Ambrósio, Teresa Diniz da Costa, José Silva Pereira

Instituições: Hospital Prof Doutor Fernando da Fonseca (HFF)

Introdução: O adenocarcinoma do colo uterino é o 2.º tumor do colo do útero mais frequente, correspondendo a cerca de 20% de todos os cânceros do colo do útero. A sua incidência tem aumentado, sobretudo em mulheres jovens. O diagnóstico é histológico, em biópsia, peça de conização ou de histerectomia. A terapêutica é influenciada pelos fatores prognósticos da doença e pela preferência da doente, podendo ser cirúrgica (conservadora ou radical) ou médica (QT, RT externa e/ou interna). O *follow-up* implica consulta de ginecologia oncológica com exame físico, citologia anual e/ou outros exames complementares de diagnóstico.

Objetivos: com este trabalho pretendemos realizar uma revisão dos casos de adenocarcinoma do colo do útero diagnosticados entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2012 no Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca.

Material e métodos: consulta dos processos clínicos.

Resultados: foram diagnosticados 16 casos de adenocarcinoma do colo do útero (1 em 2009, 3 em 2010, 5 em 2011 e 7 em 2012), em mulheres cuja idade mediana foi de 62 anos (28-88 anos). O diagnóstico foi estabelecido por biópsia de lesão cervical macroscópica suspeita em 7 casos, por biópsia dirigida por colposcopia em 5 casos, por conização cervical em 3 casos e num caso em peça de histerectomia por tumor do ovário. Nove casos (56%) foram diagnosticados em estágio I. Dos restantes, 3 (19%) diagnosticados em estágio II, 2 (12,5%) em estágio III e 2 (12,5%) em estágio IV. O tratamento foi cirúrgico em 8 casos (1 fez QT neoadjuvante), médico com QT e/ou RT (externa e/ou interna) em 3 casos, combinado entre cirurgia e QT/RT em 2 casos, não foi realizado qualquer tratamento em 2

casos e num caso a doente fez uma sessão de QT e abandonou o tratamento. Em relação ao *follow-up* nos primeiros 2 anos, tiveram uma evolução favorável sem recidiva 8 doentes (todas em estágio I), 2 tiveram recidiva local no primeiro ano (1 submetida a exenteração pélvica e outra a QT seguida de RT), 1 caso tratado cirurgicamente em estágio I complicou-se com fistula vesicovaginal após 3 meses que foi corrigida, 4 doentes faleceram no primeiro ano (todas em estágio avançado) e 1 abandonou o tratamento e o *follow-up*.

Conclusão: Com este trabalho podemos concluir que na nossa instituição a incidência de adenocarcinoma do colo do útero tem vindo a aumentar. A maioria dos casos foram diagnosticados em estágio inicial, submetidos a terapêutica cirúrgica e com evolução favorável nos primeiros dois anos. A vigilância ginecológica frequente bem como o rastreio do cancro do colo do útero são fundamentais para um diagnóstico precoce e um tratamento curativo. O *follow-up* com exame físico e citologia da cúpula vaginal são igualmente importantes, permitindo a deteção e terapêutica atempadas em caso de recidiva.

P 56

DISGENESIA GONADAL MISTA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Dr^a Diana Vale¹, Fernanda Geraldês², Maria José Noruegas³, Manuela Meruje⁴

Instituições: ¹Serviço Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC; ²Serviço Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC; ³Serviço Imagiologia, CHUC; ⁴Serviço Anatomia Patológica, CHUC

Introdução: A disgenesia gonadal mista 45X/46XY é uma patologia do desenvolvimento sexual caracterizada pela coexistência de uma anomalia numérica ligada ao cromossoma X e outra relacionada com uma patologia estrutural e funcional do cromossoma Y condicionando um desenvolvimento anómalo das gónadas levando a um estado de ambiguidade sexual. O fenótipo das gónadas e dos genitais externos depende da proporção das células monossómicas.

Objetivos: Apresentar um caso clínico raro.

Material e Métodos: Informação presente no processo clínico.

Resultados: Adolescente com diagnóstico de ambiguidade sexual ao nascimento pelo que foi encaminhada para a consulta de Endocrinologia com 1,5 meses onde se fez o diagnóstico de disgenesia gonadal mista 45X(20)/46XY(10). Aos 12 meses foi submetida a exérese das gónadas e 3 meses depois a vaginoplastia e clitoroplastia.

Aos 11 anos com um desenvolvimento pubertário M1P2, realizou doseamentos hormonais: estado hipergonadotrófico, hipogonádico, iniciando posteriormente estradiol 50 µg transdérmico bissemanal. Foi pedida avaliação de consulta de Ginecologia aos 13 anos por ausência de menarca. O exame objetivo revelou M3P3, estenose do intróito vaginal, vagina com comprimento normal e estruturas müllerianas ao toque retal pelo que foi efetuada alteração terapêutica para estroprogestativo. A RMN pélvica confirmou presença de útero de pequenas dimensões, ausência de ovários e imagem sugestiva de vagina.

Manteve-se em amenorreia pelo que aos 16 anos, foi decidido realizar observação ginecológica com vaginoscopia sob anestesia. Dos achados, de realçar a hipertrofia do clítoris, sequelas de vulvoplastia, introito vaginal estenosado, vagina normal com comprimento de 4,5 cm distensível, ausência de colo e presença de zona heterogénea no fundo de saco vaginal à esquerda.

Os pais e a adolescente foram esclarecidos da situação clínica dando realce à necessidade de manter terapêutica hormonal com estrogénios e progestativo pelo menos até à idade da menopausa e dilatação vaginal com dilatadores vaginais progressivos utilizando o método de Frank associado a estrogénios locais antes do início da atividade sexual.

Conclusão: A ambiguidade sexual é um problema médico complexo, com implicações psicológicas e sociais que podem ser minimizadas com uma abordagem precoce e por uma equipa multidisciplinar sendo que o apoio psicológico deverá ser também extensível aos pais e cuidadores.

A abordagem destas jovens deverá ter em conta questões importantes que a definem como mulher como sejam a fertilidade e a sexualidade. Se em relação à fertilidade o problema é muito mais complexo e de difícil resolução, no que diz respeito à sexualidade é algo em que a aposta pode e deve ser ganha pelo que todo o investimento médico e cirúrgico é obrigatório.

O envolvimento de toda uma equipa multidisciplinar deve ter como objetivo proporcionar a estas adolescentes e às suas famílias uma vida tão normal quanto possível.

P 57

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS REVISÃO DA LITERATURA E CLÍNICA

Autores: Renata Veríssimo¹, Mariana Torres³, Elizabeth Castelo-Branco², Luis Sá²

Instituições: ¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE; ²Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Coimbra; ³Hospital Garcia da Horta

Introdução: A incidência do adenocarcinoma do colo tem vindo a aumentar nas últimas décadas. O seu rastreio mostrou-se menos eficaz do que para a neoplasia escamosa, possivelmente devido ao facto das lesões glandulares se desenvolverem frequentemente no canal endocervical. São um espectro de tumores com vários subtipos histológicos que incluem: endometrióide, intestinal, em anel de sinete, seroso, de células claras e mesonéfrico. O carcinoma de células claras (CCC) é um adenocarcinoma invasivo, raro, composto essencialmente por células claras em “cabeça de prego”, não limitado ao colo uterino, mas podendo ocorrer em outros órgãos (ovário e endométrio). O CCC tem uma distribuição de idade bimodal: o primeiro pico ocorre entre os 17 e os 37 anos, embora também tenham sido descritos casos em crianças; o segundo pico ocorre em mulheres com idade compreendida entre os 44 e os 88 anos. A sua patogénese ainda é parcialmente desconhecida. Casos ocorridos em pacientes mais jovens estavam associados à exposição do útero ao diethylstilbestrol (DES).

Objectivos: Revisão da literatura mundial e descrição das características clínicas e resultados dos tratamentos para o CCC do colo do útero.

Material e métodos: Estudo analítico, retrospectivo da resposta aos tratamentos das pacientes com CCC que frequentaram a Consulta de Ginecologia Oncológica do Serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2014.

Resultados: São apresentados os casos clínicos de três pacientes com diagnóstico de CCC do colo do útero com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos, uma das quais com história familiar de patologia oncológica e nenhuma com exposição ao DES. À data do diagnóstico, uma das pacientes encontrava-se no estadió IIB de FIGO e outra no estadió IIA. As pacientes cujo resultados histológicos revelaram invasão dos paramétrios efectuaram terapêutica com radioterapia e quimioterapia concomitantes, com Cisplatina semanal, seis ciclos durante 6 semanas. Na sequência de *follow-up* as doentes não apresentaram recidiva ou metástases encontrando-se em vigilância.

Conclusões: O Carcinoma de Células Claras do Colo do Útero é uma patologia rara cujas pacientes podem ser tratadas com cirurgia radical, com ou sem necessidade de quimioterapia ou radioterapia adjuvante. Nos estádios avançados os tratamentos com uma combinação de radio-quimioterapia a título intensivo, com cisplatina semanal, em 6 semanas têm-se mostrado eficazes.

P 58

PÓLIPOS DO ENDOMÉTRIO – UM DESAFIO PARA O GINECOLOGISTA

Autores: Elisa Pereira, Lara Caseiro, Ana Regalo, Fernando Fernandes, Joaquim Carvalho

Instituições: Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: Os pólipos do endométrio constituem uma preocupação frequente para os ginecologistas e para as doentes. Com a popularização da histeroscopia o número de casos diagnosticados tem aumentado nos últimos anos e estima-se que sua prevalência seja bastante elevada, cerca de 25 a 30% da população, com um risco de carcinoma do endométrio associado que varia de 0% a 4,8%. Devido ao seu diagnóstico frequente, associado muitas vezes à ausência de sintomas, o tratamento dos pólipos é muito discutível, variando desde conduta expectante e tratamento clínico até a sua remoção cirúrgica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, com base nos processos clínicos das doentes na pós-menopausa submetidas a polipectomia por histeroscopia de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2014 no Hospital Espírito Santo de Évora.

Objectivo: Avaliação do potencial maligno dos pólipos do endométrio.

Resultados: Foram submetidas a polipectomia por histeroscopia 511 mulheres e o exame histológico do material extraído revelou malignidade em 2,3% dos casos e hiperplasia atípica em 0,9%.

Conclusão: Em virtude do diagnóstico frequente e da baixa taxa de malignidade (2,3%) preconiza-se o tratamento individualizado, tendo em consideração a sintomatologia, a idade, os antecedentes pessoais e familiares e, não menos importante, o desejo da paciente devidamente informada.

P 59

MALIGNIDADE EM PÓLIPOS ENDOMETRIAIS APÓS POLIPECTOMIA HISTEROSCÓPICA

Autores: Patrícia Pinto¹, Patrícia di Martino², João Mairos²

Instituições: ¹Centro Hospitalar Barreiro-Montijo; ²Hospital das Forças Armadas, Pólo de Lisboa

Introdução: Os pólipos endometriais são um achado frequente em ecografia ginecológica existindo alguma controvérsia relativamente à atitude perante os casos assintomáticos. A grande maioria dos pólipos são benignos, no entanto, a presença de malignidade pode ocorrer.

Objectivos: Avaliar a incidência de malignidade e lesões pré malignas em pólipos endometriais após polipectomia por histeroscopia office.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das polipectomias histeroscópicas, realizadas no Hospital das Forças Armadas, entre Novembro de 2005 e Agosto de 2014. Todas as mulheres incluídas no estudo apresentavam pólipos endometriais que foram excisados sendo avaliado posteriormente o resultado do exame anátomo-patológico.

Resultados e conclusões: Foram realizadas 387 polipectomias por histeroscopia office. A idade média das mulheres era de 56,4 anos, encontrando-se 246 em pós-menopausa (63,6%). Das 387 polipectomias realizadas, o resultado do exame anátomo-patológico veio alterado em 12 casos (3,10%). Verificou-se malignidade em 4 casos (1,03%): adenocarcinoma endometrióide G1; 3 casos (0,78%) apresentavam hiperplasia complexa, 2 com atipia e 1 outro sem atipia; e 5 casos (1,29%) tinham hiperplasia simples sem atipia. Dos 12 casos alterados, encontravam-se em menopausa 11 mulheres e apenas uma referiu hemorragia pós-menopausa.

Concluindo, deverá ser feita a excisão cirúrgica dos pólipos endometriais, principalmente em mulheres em pós-menopausa mesmo na ausência de hemorragia uterina anómala. A histeroscopia office permite fazê-lo reduzindo a morbilidade e os custos.

P 60

VALIDADE DO EXAME EXTEMPORÂNEO NO ESTADIAMENTO DO ADENOCARCINOMA DO ENDOMÉTRIO

Autores: Souto Miranda, M.; Diniz da Costa, T.; Pedro, A.; Silva Pereira, J.

Instituições: Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O carcinoma do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente – 6% dos cânceros nas mulheres. O diagnóstico é histológico e o estadiamento cirúrgico. O exame extemporâneo (EE) consiste na avaliação intra-operatória do tamanho do tumor, profundidade da invasão miometrial e a invasão cervical, permitindo seleccionar as doentes que serão submetidas a linfadenectomia – segundo revisões recentes apresenta uma sensibilidade de 75% e uma especificidade de 92%.

Objectivos: Determinar a validade do exame extemporâneo intra-operatório na avaliação da profundidade da invasão miometrial e na decisão sobre a necessidade da linfadenectomia.

Material e métodos: Consulta dos processos clínicos das doentes com adenocarcinoma do endométrio operadas no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF) durante 3 anos – de Janeiro 2011 a Dezembro 2013. Análise de dados em Excel 2007®.

Resultados: Durante o referido período foram diagnosticados 55 casos de adenocarcinoma do endométrio. A idade média foi de 69 anos (mínimo 31 e máximo 93). 51 foram operadas mas o EE foi realizado em apenas 42 doentes – foram excluídas doentes com elevado risco cirúrgico sem indicação para linfadenectomia independentemente do estadio (4 casos) e doentes com indicação pré-operatória para linfadenectomia (5 casos). O EE foi concordante na avaliação da profundidade da invasão miometrial em 38 casos (90,5%). Em dois casos no EE foi considerado que o tumor invadia mais da metade externa do miométrio (IB), as doentes foram submetidas a HT, AB e linfadenectomia e o diagnóstico histológico final da peças foi adenocarcinoma do endométrio tipo endometrióide IA G3, apesar da discordância entre o EE e o resultado histológico final não foi afectado o prognóstico das doentes – foram posteriormente submetidas a braquiterapia e radioterapia externa pélvica, encontrando-se agora no 2º ano de *follow-up* e com boa evolução. Nos outros dois casos o EE considerou estadio IA, foram submetidas a HT e AB e o exame anátomo-patológico final foi discordante – IIIA num dos casos, e II no outro. O primeiro foi submetido a QT e faleceu 12 meses depois com carcinomatose peritoneal e o segundo a braquiterapia e radioterapia externa pélvica tendo falecido 14 meses depois com metástases ganglionares.

Conclusões: Relativamente ao EE, a sensibilidade foi de 95% com uma validade de 90,5%. Estes valores são superiores aos descritos na literatura – revisões recentes referem uma sensibilidade de 75% e uma validade de 87%. No que diz respeito à atitude cirúrgica adequada após EE, a validade foi de 95% – nas 42 mulheres submetidas a EE, apenas 2 não foram submetidas à abordagem cirúrgica necessária.

A RMN tem uma sensibilidade de 80 a 90% na avaliação pré-operatória da profundidade de invasão miometrial, esta sensibilidade é inferior aos nossos resultados com o EE. Embora em vários centros seja um exame a considerar, no nosso hospital o EE continua a ser a primeira opção na avaliação da profundidade da invasão miometrial.

P 61

TUMORES DO CORPO UTERINO – CASUÍSTICA DE 3 ANOS

Autores: Sofia Rodrigues, Ana Rocha, António Braga, Alexandre Morgado

Instituições: Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Os tumores do corpo uterino são a neoplasia ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos.

Na sua maioria são carcinomas do endométrio, cuja sobrevida aos 5 anos pode atingir 80%. O tipo de carcinoma do endométrio mais frequente é o tipo I ou endometrióide, geralmente bem diferenciado com bom prognóstico; o tipo II, não endometrióide, tem pior prognóstico.

Os sarcomas uterinos correspondem a 3% das neoplasias uterinas, caracterizam-se por uma rápida progressão e mesmo quando diagnosticados precocemente, têm uma sobrevida aos 2 anos inferior a 50%. O prognóstico dos tumores do corpo uterino depende não só da histologia, mas principalmente do seu estadió e tratamento realizado.

Objectivo: O objectivo deste trabalho é rever os tumores do corpo uterino diagnosticados ao longo 3 anos num centro terciário, seus factores de risco, tipos histológicos, estadiamento e tratamento.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos casos de tumores do corpo uterino diagnosticados no CMN entre Jan/2012 e Dez/2014. Consulta dos processos clínicos e processamento dos dados em Excel2007. Os casos de recidivas tumorais, perdas de seguimento ou com informação insuficiente, foram excluídos.

Resultados e conclusões: Nos 3 anos referidos foram seleccionadas 108 mulheres com uma idade média de 67 anos, IMC médio de 28,4 kg/m², 65% eram hipertensas, 22% diabéticas, 14% nulíparas e apenas 1 tomou Tamoxifeno.

Diagnosticaram-se 108 neoplasias do corpo uterino, das quais 101 (93,5%) eram carcinomas do endométrio, 6 (5,6%) sarcomas uterinos e 1 (0,9%) tumor de potencial de malignidade incerto.

Dos 108 tumores, 69,5% encontravam-se no estadió I da FIGO e 30,5% apresentavam invasão linfovascular. Foram submetidas a estadiamento cirúrgico 102 (94,4%) mulheres e 44 (40,7%) foram submetidas a terapêutica adjuvante.

Dos 101 carcinomas do endométrio diagnosticados, 88,1% eram endometrióides (destes, 9% eram carcinosarcomas) e 11,9% eram não endometrióides. Estes últimos subdivididos da seguinte forma: papilar serosos 33,3%, indiferenciados 25%, células claras 16,7%, mucinosos 16,7% e escamosos 8,3%.

Dos 6 sarcomas, 50% eram leiomiossarcomas, 33,3% adenossarcomas e 16,7% sarcomas do estroma endometrial.

A prevalência dos tipos histológicos e estadió dos tumores uterinos, bem como o tratamento efectuada no nosso grupo de estudo, pode ser comparável ao que tem sido descrito na literatura.

P 62

RARA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LEIOMIOMA UTERINO EXTERIORIZADO – CASO CLÍNICO

Autores: Cátia Rodrigues, Rita Caldas, Paula Oliveira, Ilda Rocha, Augusta Pinto, Teresa Paula Teles

Instituições: Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: Leiomiomas uterinos são tumores benignos do músculo liso bastante comuns. Estes tumores podem ter várias localizações. Podem ser submucosos e pedunculados e, neste caso, ser expelidos através do colo uterino e pela vagina, comumente conhecidos como “mioma parido”. Atualmente a percentagem destes leiomiomas é desconhecida mas estima-se que seja incomum.

Objetivos: Descrição de caso clínico de “mioma parido” na perimenopausa.

Material e métodos: Mulher de 51 anos, pré-menopausa, sem antecedentes pessoais de relevo, encaminhada pelo médico assistente ao serviço de urgência por anemia grave (Hb 4,5 g/dL). História de hemorragia uterina anómala com cerca de um ano de evolução e hipogastralgia súbita e intensa há três dias mas com resolução espontânea. Na admissão encontrava-se a deambular, embora referisse astenia. Ao exame ginecológico visualizaram-se duas massas a sair pelo orifício cervical externo e hemorragia uterina ativa ligeira. Palpavam-se as massas e os pedículos, relativamente finos. Na ecografia transvaginal observavam-se outros nódulos submucosos sugestivos de leiomioma uterino, o maior com 6 cm de maiores dimensões. Decidiu-se transfundir três unidades de glóbulos vermelhos

para estabilizar a doente antes de proceder à extração, por via vaginal, dos leiomiomas no bloco operatório. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico.

Conclusão: A forma de apresentação dos “miomas paridos” pode ser muito variável. O diagnóstico desta situação é fácil através do exame objetivo da doente, muitas vezes não sendo necessários outros exames complementares. Apesar da miomectomia vaginal ser um procedimento simples e bem sucedido na grande maioria dos casos, é importante ter em consideração que foram descritos casos com necessidade de miomectomia ou histerectomia abdominal.

P 63

LEIOMIOMA FORA DO ÚTERO? – CASO CLÍNICO DE LEIOMIOMA DA BEXIGA

Autores: Cátia Rodrigues, Rita Caldas, Célia Soares, José Carlos Silva, Teresa Paula Teles

Instituições: Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: Os leiomiomas das vias urinárias são raros, há cerca de 250 casos descritos. Representam 0,43% dos tumores da bexiga.

Objetivo: Descrição de caso clínico de leiomioma de localização extrauterina.

Material e métodos: Mulher de 26 anos, vigiada por hematúria ocasional desde os 20 anos. Realizou cistoscopia que mostrou tumor ovalado localizado na parede lateral direita da bexiga e recoberto por urotélio de aspeto normal, colocando a hipótese de se tratar de um ureterocele. Foi solicitada a colaboração de Ginecologia para estudo de massa pélvica. A doente não apresentava alterações no exame ginecológico. A ecografia pélvica por via transvaginal mostrou tumefação de conteúdo heterogéneo na região justa-ovárica direita, adjacente à bexiga mas independente do ovário. A ressonância magnética descreve uma nodularidade ovóide com 3,5x2,7 cm, homogénea, com características evocadoras de um leiomioma na aparente dependência da parede da bexiga. Uma vez que se encontra assintomática e dado o baixo risco de malignidade, optou-se por atitude expectante. A doente mantém vigilância na consulta de Urologia.

Conclusão: Os leiomiomas da bexiga são tumores raros, mais prevalentes no sexo feminino e, como tal, podem frequentemente ser confundidos com tumefações anexiais. Tal como nos leiomiomas uterinos o risco de malignidade é muito baixo e nem sempre será necessário tratamento. O tratamento cirúrgico é frequentemente eficaz, com pouca taxa de recorrência, confirmando o caráter benigno dos leiomiomas e o seu bom prognóstico.

P 64

HISTERECTOMIA ABDOMINAL VERSUS HISTERECTOMIA VAGINAL: ESTUDO DE 135 CASOS

Autores: Dânia Ferreira, Cátia Ferreira, Horácio Azevedo, José Furtado

Instituições: Centro Hospitalar do Alto Ave

Introdução: A Histerectomia é a cirurgia ginecológica major mais frequentemente realizada nos países desenvolvidos. A decisão da via cirúrgica mais indicada é afetada não apenas pela gravidade da doença subjacente mas também pela complexidade da intervenção.

Objetivos: Analisar os resultados de pacientes histerectomizadas por patologia benigna, em função da abordagem abdominal ou vaginal.

Material e métodos: Efetuou-se um estudo de 135 casos de histerectomias realizadas em 2014 no Centro Hospitalar do Alto Ave. A população foi dividida em 84 pacientes submetidas a histerectomia abdominal – Grupo A, e 51 pacientes submetidas a histerectomia vaginal – Grupo V. Foram avaliados a idade, a história médico-cirúrgica, a paridade, a existência de cesarianas anteriores, a indicação cirúrgica, a realização concomitante de ooforectomia, as complicações intra e pós-operatórias, a duração do internamento e o diagnóstico anatomopatológico.

Resultados: A idade média das pacientes foi de $51,7 \pm 9,1$ anos no grupo A e de $61,8 \pm 8,4$ anos no grupo V ($p < 0,0001$). Na via abdominal, a proporção de nulíparas foi superior (11,9% vs 2,0%; $p = 0,041$), bem como a existência de pelo menos uma cesariana anterior (13,1% vs 0%; $p = 0,007$). Apenas 23,8% ($n = 20$) do grupo A e 15,7% ($n = 8$) do grupo V eram saudáveis ($p = 0,259$), sendo a patologia mais frequente a hipertensão arterial, presente em 16,7% do grupo A e 37,3% do grupo V. Quanto às indicações cirúrgicas, a proporção de “Leiomiomas uterinos” foi significativamente superior no grupo A (67,9% vs 0%; $p < 0,0001$), enquanto a proporção de “Prolapso de órgãos pélvicos” foi significativamente superior no grupo V (100% vs 11,9%; $p < 0,0001$). A ooforectomia concomitante foi realizada em 63,1% das histerectomias abdominais e em nenhuma das vaginais ($p < 0,0001$). Não se registaram complicações intra-operatórias, e no pós-operatório a morbilidade mais frequente foi a infeção, sobretudo na via abdominal (8,3%), embora sem significado estatístico (8,3% vs 3,9%; $p = 0,319$). O tempo de internamen-

to foi em média de $4,4 \pm 1,1$ dias no grupo A e de $4,0 \pm 0,4$ dias no grupo V ($p=0,008$). Quanto à anatomopatologia, os leiomiomas, isolados (45,2%) ou em associação com outros achados (29,8%), constituíram o diagnóstico mais frequente no grupo A. No grupo V, a histologia mais frequente foi a cervicite e lesões de hiperqueratose sugestivas de prolapso (92,2%).

Conclusões: Neste trabalho, a frequência de complicações intra e pós-operatórias foi reduzida e semelhante nos dois grupos, associando-se a via vaginal a significativa redução do tempo de internamento. Fatores como a nuliparidade, a existência de cesariana anterior e a necessidade de ooforectomia podem ter influenciado a escolha da via abdominal, embora a evidência atual suporte poucas exclusões à via vaginal, sobretudo entre cirurgias bem treinadas.

P 65

TUMOR DE BRENNER DO OVÁRIO EM DOENTE COM ANTECEDENTES DE CARCINOMA UROTELIAL DA BEXIGA – CASO CLÍNICO

Autores: Rita Caldas, Cátia Rodrigues, Paula Oliveira, Célia Soares, Inês Reis, Soledade Ferreira, Célia Araújo, Teresa Paula Teles

Instituições: Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: Os tumores de Brenner do ovário são neoplasias fibroepiteliais constituídas por estroma ovárico e células epiteliais do tipo urotelial ou de transição. Na sua maioria são benignos, com apenas 2-5% malignos ou *borderline*. É frequente a coexistência de outros tumores ováricos, contudo, a associação com carcinoma papilar urotelial da bexiga é rara e muitas vezes difícil de diferenciar da doença metastática.

Objetivos: Descrever um caso de um tumor de Brenner maligno diagnosticado durante o *follow up* de uma paciente com recidiva de carcinoma papilar urotelial da bexiga (diagnosticado pela primeira vez 15 anos antes).

Métodos: Estudo de caso.

Resultados/Caso clínico: Paciente do sexo feminino, 70 anos, antecedentes de carcinoma papilar das células de transição da bexiga de baixo grau, submetida a ressecção vesical transuretral (RTU-V) em 1999, com quatro recidivas (2003, 2012 e 2013), tendo sido realizada quimioterapia e mais duas RTU-V, por recusa de cistectomia, pela paciente. O exame anátomo-patológico revelou sempre carcinoma papilar das células de transição da bexiga, de baixo grau. Em TAC de vigilância, realizado em 2014, foi observada formação quística anexial direita suspeita de malignidade, tendo a ecografia pélvica revelado lesão quística multiloculada, com septos espessos, hipervascularizada, medindo cerca de 8 cm. Ca 125 – 7 U/mL. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora, tendo sido realizada histerectomia total com anexectomia bilateral, biópsias peritoneais, omentectomia e linfadenectomia pélvica e lombo-aórtica. O exame histológico revelou um tumor de Brenner maligno, com metastização num dos gânglios pélvicos direitos (T1N1M0, FIGO IIIc). Em consulta de grupo de oncologia foi decidido realizar quimioterapia adjuvante.

Conclusões: A coexistência de tumor de Brenner e carcinoma urotelial da bexiga é incomum, havendo poucos casos descritos na literatura. No entanto, ambos apresentam células uroteliais dispostas em agregados sólidos ou quísticos no exame histológico, sugerindo uma origem comum ou fatores de risco semelhantes. São necessários mais estudos para compreender a sua fisiopatologia e etiologia da sua associação.

P 66

SÍNDROME DE MEIGS – UM CASO CLÍNICO

Autores: Paula Ambrósio, Andreia Relva, Rui Costa

Instituições: Hospital Vila Franca de Xira

Introdução e objetivos: A presença de uma massa pélvica com ascite e derrame pleural é fortemente indicativo de neoplasia maligna do ovário, especialmente se associada a níveis de elevados de Ca125 e idade avançada. Uma pequena percentagem das doentes com este quadro podem, no entanto, apresentar um síndrome benigno- síndrome de Meigs. Os autores apresentam o caso de uma doente de 81 anos de idade com o diagnóstico pós-operatório de S. Meigs

Material e métodos: Uma doente de 81 anos de idade recorre ao Serviço de Urgência do Hospital Vila Franca de Xira por um quadro de dor abdominal e emagrecimento com 6 meses de evolução. À entrada a doente apresentava-se emagrecida, com mau estado geral e desidratada. Dos exames realizados no serviço de urgência destacou-se uma volumosa massa pélvica bilateral compatível com origem anexial, derrame pleural bilateral e ascite pelo que foi referenciada ao serviço de Ginecologia. A TC confirmou o diagnóstico de tumor bilateral do ovário, à direita com 136x113 mm de maiores diâmetros e à esquerda com 82x60 mm. A análise do líquido pleural, a biópsia pleural e a endoscopia digestiva alta não revelaram alterações. O CA125 era de 1072 UI/ml (valor máximo 30.2).

A doente foi submetida a laparotomia exploradora com anexectomia bilateral. O exame extemporâneo revelou um fibroma bilateral do ovário.

Após a cirurgia houve uma remissão completa do derrame pleural e da ascite, com normalização dos valores de CA125 aos 3 meses.

Conclusões: Embora o Síndrome de Meigs mimetize uma situação maligna, é uma doença benigna com excelente prognóstico se tratado adequadamente e deve fazer parte do diagnóstico diferencial das massas pélvicas com a ressalva de ser sempre um diagnóstico de exclusão e pós-operatório obrigatório.

P 67

EFEITO DA CLASSIFICAÇÃO LAST NAS LESÕES VAGINAIS ASSOCIADAS A HPV. EXPERIÊNCIA DA UCL DO HOSPITAL DA LUZ

Autores: Ana Costa Braga^{1,3}, Virgínia Monteiro², Pedro Oliveira¹, Marco Ferreira³

Instituições: ¹Serviço de Anatomia Patológica do Hospital da Luz; ²Unidade de Colposcopia Laser do Hospital da Luz; ³Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução: As neoplasias intraepiteliais da vagina (VaNs) são pouco frequentes, sendo a infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) o principal fator de risco. A coexistência com outras neoplasias intraepiteliais do colo (CIN) ou da vulva (VIN), história prévia de histerectomia por CIN, hábitos tabágicos e imunossupressão são outros fatores de risco descritos. O projeto LAST introduziu uma nova terminologia para a classificação histológica destas lesões, aceite pela OMS em 2013, distinguindo-as entre lesões pavimentosas intraepiteliais (SIL) de baixo (LSIL) e de alto grau (HSIL). Esta classificação faz prever potenciais repercussões nas indicações terapêuticas destas doentes.

Objetivos: Revisão de uma série de doentes com SIL da vagina, reclassificação diagnóstica segundo a nova terminologia LAST, análise epidemiológica, anátomo-patológica e das opções terapêuticas.

Material e métodos: Estudo observacional, longitudinal e retrospectivo de doentes com SIL da vagina acompanhadas e tratadas na Unidade de Colposcopia Laser (UCL) do Hospital da Luz (HL) de 2009-2014 (n=74). Realizada revisão dos processos clínicos e das amostras anátomo-patológicas, com reclassificação de acordo com a nova terminologia.

Resultados e conclusões: 74 doentes com idade média de 38 anos (mínimo 22 – máximo 67 anos), com diagnósticos: 60,8% efeito citopático viral/condiloma; 23% VaIN1; 8,1% VaIN2 e 8,1% VaIN3. A distribuição diagnóstica após reclassificação foi de 89,2% LSIL e 10,8% HSIL. A totalidade dos doentes com HSIL teve citologia prévia alterada (38% HSIL, 13% ASC-H, 13% ASC-US e 38% LSIL). Observou-se HPV de alto risco em 75,8% da totalidade dos casos e em 71,4% dos HSIL; multicentricidade em 71,4%; histerectomia prévia por CIN em 8,3% e multifocalidade em 61,1% dos casos. O período de seguimento médio foi de 13 meses (mínimo 1 – máximo 45 meses). Foi realizado tratamento em 63,5% (vaporização laser em 96,7%) dos doentes com LSIL e vigilância em 46%. Nos casos com HSIL as opções terapêuticas foram excisão em 85,7% e vaporização laser em 14,2%. Constatada resolução clínica e citológica em 78% dos casos, persistência em 16,9% e recorrência em 5,1%. Dos casos com HSIL verificou-se resolução clínica e citológica em 71,4%, persistência em 14,3% e recorrência em 14,3%. Não se verificou relação significativa entre o risco de persistência ou recorrência e o grau histológico ($p>0,05$). A UCL-HL acompanha um elevado número de casos com SIL da vagina. Apesar do seguimento ainda curto, a nova terminologia LAST revela-se útil na abordagem e decisão terapêutica de doentes com SIL da vagina, podendo evitar-se tratamentos excessivos.

P 68

MIOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA – A NOSSA EXPERIÊNCIA

Autores: Braga A, Ferreira H, Cubal R, Morgado A

Instituições: Serviço de Ginecologia, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Leiomiomas são a neoplasia benigna ginecológica mais frequente e uma causa comum de morbidade nas mulheres em idade reprodutiva. O tratamento cirúrgico dos miomas uterinos está recomendado quando estes se tornam sintomáticos, sendo a miomectomia laparoscópica uma opção terapêutica para as mulheres que desejam preservar a fertilidade ou não aceitam a perda do útero. O objetivo deste trabalho é analisar a nossa experiência em miomectomia laparoscópica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo, que incluiu todas as miomectomias laparoscópicas realizadas no nosso Centro entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2014. Os parâmetros registados foram a indicação cirúrgica, as complicações, a necessidade de conversão para laparotomia, o número de miomas removidos, a sua localização e as dimensões médias, o tempo de internamento e a duração do procedimento cirúrgico.

Resultados: O estudo incluiu 84 mulheres com uma idade média de 36,3 anos (22 – 55 anos). As principais indicações foram: hemorragia uterina anormal, sintomatologia compressiva e infertilidade. Na maioria dos casos (79%) foi removido um mioma (no máximo de quatro), com tamanho médio de 5,5 cm (máximo de 10 cm). Em 80% dos casos o fibroma apresentou um componente intramural / subseroso e localização corporal/fúndica. O tempo médio de internamento foi de 2,4 dias. Não houve complicações maior durante as cirurgias. Existiu necessidade de conversão para laparotomia em 1 caso.

Conclusões: A miomectomia laparoscópica é um procedimento seguro, associado a um reduzido tempo de internamento, com baixo risco de complicações e com bons resultados globais, sendo um procedimento cirúrgico válido e recomendado em casos selecionados.

P 69

SARCOMA DO ESTROMA ENDOMETRIAL COM DIFERENCIAÇÃO RABDÓIDE – UM CASO RARO DE NEOPLASIA UTERINA

Autores: Juliana Rocha, Pedro Enes, Ana Rita Pinto, Fernanda Costa, Carlos Lopes, Olímpia do Carmo
Instituições: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: Os sarcomas uterinos são tumores pouco frequentes, representam cerca de 3% de todas as neoplasias uterinas. Comparativamente aos carcinomas endometriais, têm um comportamento mais agressivo e estão associados a pior prognóstico. Os tumores do estroma endometrial são um subtipo de tumores uterinos mesenquimatosos que correspondem a menos de 10% dos sarcomas uterinos.

Objetivo: Reconhecer a importância do diagnóstico histológico e imunocitoquímico na distinção do tipo de tumor estromal do endométrio.

Material e métodos: Caso clínico de doente com lesão uterina infrequente que se apresentou com hemorragia uterina pós-menopausa aos 74 anos de idade. Ao exame ginecológico apresentava uma formação polipóide que se projetava da cavidade uterina, cujo diagnóstico histológico se revelou um desafio. A biópsia inicial não revelou alterações neoplásicas. Posteriormente, foi realizada polipectomia parcial por torção da restante lesão exteriorizada que demonstrou um adenossarcoma com elementos heterólogos do tipo rabdóide. O resultado histológico da peça operatória e respetivo estudo imunocitoquímico, diagnosticaram um sarcoma do estroma do endométrio com diferenciação rabdóide. A doente encontrava-se no estadio IB da FIGO.

Resultados e conclusões: O caso clínico em análise e respetiva revisão da literatura, demonstram-nos a importância de uma biópsia extensa como fator primordial no diagnóstico patológico dos tumores do estroma endometrial. A acuidade diagnóstica relativamente à capacidade de invasão e grau de diferenciação estromal são essenciais tendo em conta as implicações terapêuticas e prognósticas. Contudo, a presença de alterações morfológicas heterogéneas (diferenciação fibróide, mixóide, epitelioide, rabdóide e muscular lisa) podem complicar esta caracterização. O estudo imunocitoquímico revela-se, assim, determinante e deve ser correlacionado com a morfologia histológica para uma correta interpretação e classificação do tipo de tumor.

P 70

CANCRO DA MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIO NO ALENTEJO

Autores: Elisa Pereira, Joana Sousa Augusto, Joaquim Carvalho, Sérgio Barroso

Instituições: Hospital Espírito Santo de Évora, EPE

Introdução: O cancro da mama é um problema de saúde pública, com uma elevada incidência, sobretudo na mulher, em que 5 a 10% dos casos são hereditários, sendo que nestes indivíduos existe um aumento do risco de incidência de cancro da mama, ovário e outros. A adequada identificação dos indivíduos e famílias de risco e sua referenciação a consultas de risco familiar é fundamental.

Objetivo: Caracterização epidemiológica da população do Alentejo referenciada à consulta de risco familiar de cancro da mama e ovário.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, realizado com base na consulta de processos de doentes referenciados à consulta de risco familiar do Hospital Espírito Santo de Évora, EPE (HESE) de Outubro de 2013 a Março de 2015.

Resultados: Foram observados 75 doentes, 84% afetados por doença oncológica e 26% indivíduos saudáveis, com média de idades ao diagnóstico de 51 anos (idade mínima de 26 anos e máxima de 83 anos). Esta consulta recebeu doentes provenientes de todo o Alentejo, nomeadamente, Évora, Beja, Portalegre, Elvas e Santiago do Cacém, sendo 43% referenciados da consulta de oncologia, 43% da consulta de cirurgia da mama, 9% de medicina geral e familiar e 5% da consulta de Ginecologia. A maioria dos doentes (78%), apresentava critérios para referenciação à Clínica de Risco Familiar para realização de teste genético.

Conclusões: Com a abertura de uma Consulta de Risco Familiar no HESE-EPE, foi possível, em ambiente multidisciplinar, identificar famílias de risco para Cancro da Mama, definir o risco individual e da família, seleccionar as famílias com indicação para rastreio genético e em articulação com a Clínica de Risco do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa (IPO de Lisboa), elaborar programas de vigilância adequados ao risco estimado e propor estratégias preventivas e de redução do risco de cancro.

P 71

CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO – CASUÍSTICA DE 5 ANOS

Autores: Eduardo Baptista, Filipa Ferreira, Giselda Carvalho, Cristina Frutuoso, Isabel Torgal

Instituições: Serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O carcinoma do endométrio constitui a neoplasia ginecológica maligna mais frequente, atingindo no nosso país uma incidência de 10,27/100.000.

Objectivos: Analisar as características clínicas e anatomo-patológicas do carcinoma do endométrio na população-alvo do serviço, bem como as opções terapêuticas e seus resultados.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos de carcinoma do endométrio diagnosticados entre Janeiro/2008 e Dezembro/2012 (n=225). Foram excluídos os carcinossarcomas e carcinosfibromas.

Resultados e conclusões: A média de idades destas pacientes foi de 69,2 anos, estando a maioria na pós-menopausa (95,6%). Eram nulíparas 13,6% e 42,2% tinham IMC \geq 30 kg/m². A prevalência de diabetes mellitus e hipertensão arterial nesta amostra foi de 24,0% e 70,9%, respectivamente. A principal forma de apresentação clínica foram as metrorragias da pós-menopausa (84,9%). O tipo histológico predominante foi o adenocarcinoma endometriode (79,0%), seguindo-se o seroso (7,1%), sendo que 11,6% eram adenocarcinomas mistos. Foi realizado estadiamento cirúrgico (FIGO-2009) em 82,7% dos casos, tendo sido submetidas a linfadenectomia pélvica e/ou para-aórtica 30,6% destas. Destas, foram incluídas no estágio IA 54,8%, IB 25,3%, II 4,8%, III 11,3%, e IV 3,8%. As restantes pacientes recusaram ou tinham contra-indicação cirúrgica (5,8%), ou foram estadiadas clinicomagiológicamente como estádios IIIB (1,8%), IIIC (1,8%) e IV (8,4%). Das pacientes submetidas a terapêutica cirúrgica 35,3% foram submetidas a radioterapia e 18,4% a quimioterapia adjuvantes. O tempo médio de *follow-up* foi de 37 meses. A taxa de recidiva foi de 15,2%, apresentando-se à data da última avaliação vivas e livres de doença 72,8% das mulheres. A sobrevivência global e livre de doença aos 2 anos foi de 88,8% e 72,9%, respectivamente. Tal como descrito na literatura, o carcinoma do endométrio surge habitualmente na pós-menopausa e quase sempre se manifesta clinicamente por metrorragias em estádios precoces. A possibilidade de um diagnóstico atempado tem sido responsável pelo bom prognóstico associado a esta neoplasia.

P 72

HEMORRAGIA UTERINA ANÓMALA NA PERIMENOPAUSA

– A PROPOÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Ana Catarina Massa*, Elsa Delgado, Abílio Lacerda, Carlos Marques, Ricardo Mira

Instituições: Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A hemorragia uterina anómala (HUA) é uma queixa comum em diferentes faixas etárias da menarca até à pós-menopausa. É um dos motivos que frequentemente condicionam a ida à Consulta de Ginecologia ou ao Serviço de Urgência. Na idade reprodutiva define-se como uma alteração do volume, duração ou frequência do padrão menstrual habitual. Na perimenopausa, as alterações hormonais próprias desta fase dificultam o diagnóstico. Múltiplos fatores etiológicos podem ser responsáveis pelo seu aparecimento.

Objetivo: Apresentação de um caso de HUA na perimenopausa.

Caso clínico: Mulher de 53 anos com queixas de irregularidades menstruais nos 2 meses que antecederam a consulta. Tratava-se de uma mulher aparentemente saudável, sem medicação habitual, fumadora, com antecedentes cirúrgicos de apendicectomia aos 15 anos. A última avaliação ginecológica tinha sido realizada há mais de 10 anos. Recorreu à consulta após episódio de sensação de massa a aflorar a vulva associada a polaquíúria e corrimento mucoso abundante seguido de hidrorreia e hemorragia genital. À observação com espéculo identificou-se formação polipóide de consistência fibroelástica e aparente inserção no canal endocervical com cerca de 4 cm de diâmetro, sem hemorragia ativa. A palpação bimanual mostrou um colo do útero apagado sem outras alterações. A ecografia ginecológica com sonda endocavitária identificou a nível da vagina uma imagem com cerca de 45x27 mm com ecoestrutura heterogénea, com pequeno quisto (muco vs degenerescência quística) que parecia ter pedículo com cerca de 25 mm de comprimento e que se inseria no bordo posterior do canal cervical e não revelou patologia endometrial. A histeroscopia confirmou a presença de formação polipóide com

cerca de 5 cm, de inserção no lábio posterior do colo e face posterior do endocolo, com pedículo com cerca de 1 cm e reforçou a ausência de patologia endometrial. Procedeu-se a excisão com Versapoint® da formação descrita cujo diagnóstico histológico confirmou tratar-se de um polipo fibroglandular do colo com processo inflamatório crónico com 4 cm de maior eixo.

Conclusão: Os polipos cervicais são uma causa estrutural de HUA de diagnóstico e tratamento fáceis. O seu diagnóstico não dispensa a exclusão de outras causas, potencialmente mais graves, e que podem coexistir.

P 73

TERATOMA GIGANTE DO OVÁRIO

Autores: Cunha, S.; Santos, A.; Prata, JP.; Coutinho, JP.; Abreu, R.; Magalhães, D.; Faria, M.; Pinheiro, P.

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: Os teratomas são tumores de células germinativas constituídos por tecidos derivados de dois ou três folhetos embrionários (ectoderme, mesoderme ou endoderme). Podem classificar-se como maduros (císticos ou sólidos, benignos) ou imaturos (malignos).

Os teratomas císticos maduros (TCM) representam mais de 95% dos teratomas do ovário e são benignos na sua maioria. Têm um pico de incidência em mulheres entre os 20 e os 30 anos, e a partir desta idade são raros. São habitualmente assintomáticos, excepto no caso de complicações como torção, hemorragia ou rutura.

A transformação maligna ocorre em 1-2% dos TCM. O risco de malignização aumenta com a idade, o nível sérico dos marcadores tumorais e o tamanho do tumor.

Objetivo: Os autores apresentam o caso de um TCM de elevadas dimensões numa mulher de 45 anos.

Material e métodos: Mulher de 45 anos, 4G4P, com antecedentes de hepatopatia crónica, admitida no Serviço de Urgência por distensão abdominal de instalação insidiosa. Ao exame físico, útero difícil de delimitar em aparente continuidade com massa abdominal volumosa. Na ecografia pélvica detetada massa de conteúdo ecogénico com 30 cm de maior diâmetro, sem imagens sólidas ou septos visíveis, sem vascularização anómala.

O Ca125 e o CEA foram negativos.

A TAC abdomino-pélvico evidenciou volumosa tumefação intra-abdominal de predomínio cístico, que praticamente ocupava toda a cavidade abdominal, sem adenopatias intra-abdominais e sem líquido livre no fundo de saco de Douglas.

Foi submetida a laparotomia exploradora, na qual se constatou uma tumefação de 35 cm com origem no anexo direito, sem atingimento de outras estruturas abdominais ou pélvicas. O ovário esquerdo era normal. Foi realizada histerectomia abdominal total e salpingo-ooforectomia bilateral.

O exame extemporâneo revelou massa cística ovárica, preenchida totalmente por líquido seroso, identificando-se restos de queratina e cabelos. O estudo histopatológico definitivo confirmou teratoma cístico maduro

Conclusão: Os TCM são os tumores do ovário mais frequentemente encontrados em mulheres em idade reprodutiva. A transformação maligna é rara, mas está descrita em mulheres entre os 30 e 70 anos, com tumores unilaterais e com rápido crescimento.

A distinção pré-operatória entre tumor benigno e maligno é difícil. A idade superior a 45 anos, os níveis séricos dos marcadores tumorais, assim como as características ecográficas e o tamanho tumoral superior a 10 cm são fatores importantes para o diagnóstico diferencial.

No caso descrito pelos autores, apesar da idade e das dimensões do tumor, o teratoma ovárico revelou-se benigno.

P 74

CARCINOMA MICROINVASOR DO COLO DO ÚTERO COM EXTENSÃO

A TODA A CAVIDADE ENDOMETRIAL

Autores: JP Coutinho-Borges **Co-autores:** A Santos, S Cunha, M Carlos-Alves, J Mesquita, A Carvalho,

A Almeida, P Pinheiro

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Viana do Castelo – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O carcinoma do colo do útero representa 6% dos tumores malignos ginecológicos, com uma taxa de incidência de cerca de 12,2/100000 casos. O carcinoma espinocelular é o tipo histológico mais comum. A infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) de alto risco é essencial para o desenvolvimento do carcinoma do colo do útero. O prognóstico do carcinoma relaciona-se com tipo histológico, invasão linfovascular, extensão tumoral e metastização ganglionar. O diagnóstico de carcino-

ma microinvasor é histológico e acredita-se que apresenta muito baixo risco de doença metastática. **Objetivo:** Apresentação e discussão de caso clínico de carcinoma microinvasor envolvendo a totalidade da circunferência do colo do útero e superficialmente istmo e endométrio do corpo e fundo uterino. **Caso clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 61 anos, com três gestações, dois partos vaginais e um abortamento do primeiro trimestre, com menarca aos 15 e menopausa aos 50 anos, sem terapêutica hormonal de substituição, enviada a consulta de patologia do colo por lesão intraepitelial de alto grau (HSIL). Realizou colposcopia, que foi não satisfatória, pelo que se decidiu realizar conização do colo do útero. O exame anatomopatológico revelou displasia moderada (CIN II) com margens atingidas. Foi submetida a nova conização que revelou displasia de alto grau (CIN III) / Carcinoma in situ, sem garantia de margens livres. Discutida a situação com a utente decidiu-se realizar histerectomia abdominal com anexectomia bilateral, que decorreu sem intercorrências. A anatomopatologia revelou carcinoma microinvasor envolvendo a totalidade da circunferência do colo do útero e superficialmente istmo e endométrio do corpo e fundo uterino; tecido parametrial sem evidência de infiltração maligna. Portanto, estadió I A.

Conclusão: O tratamento da neoplasia maligna do colo uterino é realizado conforme o seu estadiamento. Os carcinomas microinvasores em mulheres pós menopáusicas são geralmente tratados com histerectomia abdominal e anexectomia bilateral. No caso apresentado, embora a lesão seja extensa, as alterações descritas mostram um carcinoma epidermóide com mínima infiltração estromal, sem aparente permeação linfovascular, mas com extensão a toda a cavidade uterina, atingindo até o fundo da peça, razão pela qual não pode ser, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificado em estadió além de carcinoma microinvasor.

P 75

ESTÁDIO CIRÚRGICO NO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO

Autores: Elsa Landim, Mariana Miranda, Filipa Caeiro, Tereza Diniz da Costa, Silva Pereira

Instituições: Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O carcinoma do endométrio é a neoplasia ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos e a segunda neoplasia mais frequente nos países em desenvolvimento. O diagnóstico é histológico e o estadiamento é cirúrgico – a cirurgia inclui histerectomia total extrafascial (HT) com anexectomia bilateral (AB), citologia peritoneal, exploração com biópsia de lesões suspeitas e linfadenectomia pélvica bilateral de acordo com exame extemporâneo. Cerca de 71% dos carcinomas do endométrio são diagnosticados no estadió I, 12% estadió II e 14% e 3% nos estádios III e IV, respectivamente. A maioria dos carcinomas do endométrio são diagnosticados em estádios iniciais levando a taxas de sobrevida global de 80%, sendo assim considerado um tumor de bom prognóstico.

Objectivo: Avaliar o estadió cirúrgico dos carcinomas do endométrio diagnosticados no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF) em um período de 3 anos.

Material e métodos: Análise retrospectiva do grupo de mulheres avaliadas no HFF com diagnóstico de carcinoma do endométrio entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2013, avaliando o estadió cirúrgico.

Resultados: Durante o período estudado foi diagnosticado carcinoma do endométrio em 55 mulheres, cuja média de idades foi 69 anos (31-93), sendo 52 (95%) pós menopáusicas. Foram diagnosticados 33 (60%) carcinomas do endométrio no estadió I, 7 (12,7%) no estadió II e 9 (16%) e 2 (3,6%) nos estádios III e IV, respectivamente.

Foram operadas 50 utentes. Realizou-se apenas HT com AB a 31 utentes, 26 (84%) por corresponderem a estadió IA e 5(6%) por alto risco cirúrgico associado a co-morbilidades. Foram realizadas Linfadenectomias pélvicas a 19 utentes: 8 estádios IB, 2 estádios IA com carcinomas G3, 4 estádios III.

A taxa de mortalidade global é de 6% para o estadió I, 14% para o estadió II, 33% para o estadió III e 50% para o estadió IV.

Conclusão: O Carcinoma do endométrio é uma neoplasia com elevada incidência e baixa mortalidade porque é frequentemente diagnosticada em estádios precoces. Na amostra estudada, o estadió cirúrgico obtido está de acordo com o descrito na literatura levando a elevadas taxas de sobrevida.

P 76

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – UMA REALIDADE (DES)CONHECIDA?

Autores: A. Fonseca, C. Carvalho, C. Castro, S. Sousa, F. Alves, J. Nunes, C. Calhaz Jorge

Instituições: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são um grupo de doenças preveníveis, frequentemente assintomáticas, que representa uma causa importante de morbilidade e mortalidade. A falta de conhecimentos adequados é provavelmente uma causa de falência da sua prevenção.

Objectivo: Avaliar os conhecimentos de uma amostra oportunista de mulheres portuguesas sobre DSTs.

Material e métodos: Estudo observacional que consistiu na aplicação de questionários sobre os conhecimentos relativos à transmissão, prevenção e riscos associados às DSTs. Os inquéritos foram realizados a mulheres sexualmente activas, incluindo grávidas, que recorreram ao Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Santa Maria.

Resultados: Foram realizados 41 questionários. A média de idades foi de 31 anos. Cerca de um terço (31,4%) tinha menos de dez anos de escolaridade. A maioria era caucasiana (75,6%) e casada (73,2%). Apenas 34,1% eram nulíparas. Aproximadamente dois terços (68,3%) estavam grávidas. Das 13 mulheres não grávidas, 76,8% utilizavam contracepção, sendo os anticonceptivos orais o método de escolha em 70% destas. Todas as inquiridas referiram ter conhecimento das DSTs e, em particular, da infecção pelo HIV e das hepatites virais. Quase metade (54%) das mulheres respondeu não conhecer a infecção pelo HPV. O herpes genital era desconhecido para 29,3% e sífilis e a gonorreia para 46,3%. Mais de metade (58,5%) afirmou não ter conhecimento da infecção por clamídia. A DST que menos mulheres conheciam foi a tricomoníase (90,2%). Quanto ao modo de transmissão das DSTs, 90,2% responderam que esta ocorria pelas relações sexuais, 7,3% desconheciam o modo de transmissão e 7,3% referiram outras formas (contacto com urina e saliva). Para 60,2% das mulheres, a transmissão das DSTs só seria possível na presença de sintomas. Apenas uma referiu que a transmissão vertical não era possível. Dezoito mulheres (43,9%) afirmaram desconhecer a relação entre algumas DSTs e cancro. O preservativo foi o método contraceptivo preventivo mais referido (87,8%). Mais de 90% desconhecia outros métodos preventivos e apenas 2 (4,9%) referiram a vacinação. Quase todas (90,2%) consideravam importante a divulgação de mais informação sobre este tema.

Conclusões: Na amostra populacional analisada foram patentes lacunas importantes nos conhecimentos relativos às DSTs, que devem ser colmatadas, por forma a promover a adopção de medidas preventivas.

P 77

INTOLERÂNCIA À LACTOSE E CONTRACEPÇÃO HORMONAL

Autores: Ana Isabel Machado, Arturas Slidziauskas, Fernando Salgado

Instituições: Consulta de Planeamento Familiar, Maternidade Dr. Alfredo da Costa (CHLC, Lisboa), USF Sofia Abecassis (ACES Lisboa Central)

Introdução: A intolerância à lactose é uma situação clínica muito frequente na população portuguesa (um terço de população). O monohidrato de lactose é um dos excipientes mais utilizado na indústria farmacêutica. As suas características químicas facilitam a estabilidade da molécula activa e as suas características físicas oferecem uma utilização em várias formas: soluções, comprimidos, recheio para cápsulas e pó para inalação. A instituição da terapêutica com excipiente monohidrato de lactose pode provocar ou agravar as queixas gastrointestinais e afectar a eficácia da terapêutica ou determinar o abandono da mesma.

Apresentamos um caso clínico de uma mulher em 38 anos, com índice obstétrico 0.0.1.0, saudável, que refere desde a infância queixas compatíveis com intolerância à lactose sem confirmação diagnóstica. Aos 28 anos iniciou contracepção hormonal combinada (CHC) oral, que esteve associada ao desenvolvimento de quadro gastrointestinal (náuseas, vómitos e diarreia); o que a motivou a mudar duas vezes de pílula contraceptiva por intolerância aos efeitos acessórios. Sete meses após início de CHC oral refere agravamento das queixas gastrointestinais que a levou a internamento hospitalar por desidratação, tendo tido alta melhorada e referenciada aos Cuidados de Saúde Primários.

A intolerância à lactose foi confirmada com prova de eliminação dos lacticínios pelo Médico de Família, que atribuiu à lactose presente na composição das pílulas contraceptivas o factor etiológico do quadro clínico, o que foi confirmado após reinício de CHC oral.

Objetivos: Conhecer a prevalência da intolerância à lactose no mundo. Rever os estudos sobre a dose mínima tolerável de lactose nos indivíduos intolerantes e os métodos anticoncepcionais com e sem lactose disponíveis em Portugal.

Material e métodos: Pesquisa em *PubMed-MedLine* utilizando como palavras-chave “intolerância à lactose”, “monohidrato de lactose”, “Contraception e “Hormonal Contraception”.

Resultados e conclusões: Foi confirmada a presença de monohidrato de lactose em todas as pílulas contraceptivas (a maior dosagem foi identificada em pílulas utilizadas para contracepção de emergência). As opções contraceptivas sem lactose, incluem: métodos de barreira, dispositivos intra-uterinos de cobre ou levonorgestrel, injectáveis com progestativo, “patch” transdérmico e implante subcutâneo. Dado que a intolerância ao excipiente presente no medicamento pode resultar em ineficácia e abandono da terapêutica, a avaliação sobre alergia/intolerância medicamentosa e alimentar é muito importante antes da prescrição médica nestes doentes.

P 78

RARO TUMOR VOLUMOSO VULVAR NA PÓS MENOPAUSA – UM CASO CLÍNICO

Autores: JP Coutinho-Borges, A Santos, M Carlos-Alves, S Cunha, D Magalhães, A Almeida, P Pinheiro

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Viana do Castelo, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A região vulvar é uma zona complexa que apresenta muitos elementos que podem dar origem a tumores. Os angiomiomas agressivos vulvares são tumores mesenquimais raros, que ocorrem mais frequentemente em mulheres em idade reprodutiva e que se localizam no períneo ou região pélvica. Apresentam uma proeminente matrix mixóide e abundante vascularização, podendo exibir uma agressiva recorrência local após excisão. São habitualmente tumores volumosos, de crescimento lento e não doloroso. Em cerca de um quarto dos casos, são pediculados.

Objetivo: Apresentação e discussão de caso clínico de volumosa lesão cutânea vulvar pediculada, com 5 anos de evolução, na pós menopausa.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 61 anos, com duas gestações e dois partos vaginais, menopausa aos 53 anos, sem terapêutica hormonal de substituição, que recorreu à consulta de Ginecologia por tumor vulvar volumoso sobre o grande lábio direito, com 5 anos de evolução, assintomático. Por motivos familiares, a doente não realizava exame ginecológico desde essa altura.

Ao exame genital constatou-se, a nível do grande lábio direito, uma lesão tumoral arredondada, pediculada, com coloração semelhante à da pele, com cerca de 15-20 cm de maior eixo e base larga. Restante exame ginecológico sem alterações. Citologia cervical NILM. Discutida a situação com a utente foi decidida a ressecção cirúrgica da lesão no bloco operatório, que decorreu sem intercorrências. O exame histológico definitivo conclui tratar-se de um angiomioma agressivo vulvar.

Conclusão: Os tumores da vulva são lesões de baixa prevalência. O diagnóstico diferencial com outras lesões mesenquimais é habitualmente difícil, consistindo na identificação microscópica de células estreladas e de uma matrix que expressa vimentina, desmina e antigénio do músculo liso. O aparecimento destas lesões é raro depois da menopausa. O tratamento passa por excisão cirúrgica da lesão e *follow up* prolongado, na medida em que a recidiva local é frequente, podendo ocorrer em até 50-70% dos casos. O caso apresentado é difícil de se observar na sociedade atual de um país desenvolvido, na medida em que o fácil acesso a consultas médicas, a raridade do aparecimento destas lesões e o incómodo por elas provocado leva a que, quando surgem, sejam detetadas e tratadas em fases precoces, não atingindo, habitualmente, tamanhos volumosos.

P 79

ADENOMIOSE – DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO E NA ORIENTAÇÃO CLÍNICA

Autores: Cátia Ferreira, Dânia Ferreira, Cláudia Guerra, José Furtado

Instituições: Centro Hospitalar Alto Ave, Guimarães

Introdução: A adenomiose define-se como uma condição benigna na qual o miométrio é invadido por células endometriais e cursa com manifestações clínicas que interferem na qualidade de vida. O diagnóstico pré-operatório apresenta algumas dificuldades e até recentemente, esta entidade era diagnosticada apenas no exame histológico após histerectomia, assumindo-se como uma causa de falência do tratamento médico instituído para patologias concomitantes.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é avaliar a incidência, acuidade diagnóstica, patologias associadas e manifestações clínicas da adenomiose.

Métodos: Estudo retrospectivo das doentes submetidas a histerectomia por patologia uterina benigna, durante o ano de 2014, no CHAA-Guimarães. Foram analisadas as doentes cujo resultado histológico da peça cirúrgica revelou adenomiose, relativamente à paridade, idade, antecedentes pessoais, sintomatologia, diagnóstico prévio à cirurgia e patologia concomitante diagnosticada histologicamente.

Resultados: Em 2014 foram realizadas 152 histerectomias por patologia benigna. O resultado histológico de adenomiose foi realizado em 27% das peças cirúrgicas (N=41) e a patologia apenas foi diagnosticada pré-operatoriamente em 3 doentes. As doentes com adenomiose foram na sua maioria múltiparas, com idade média de $54,3 \pm 10,3$ anos e os antecedentes pessoais mais frequentes foram hipertensão arterial (26,8%) e patologia depressiva (24,4%). Na maioria dos casos, o diagnóstico histológico coexistiu com outras patologias, nomeadamente leiomiomas (58,5%), pólipos endometriais (17,1%) e hiperplasia endometrial (4,9%). Em termos de sintomatologia, a hemorragia uterina anómala e algias pélvicas foram as queixas mais frequentes. A adenomiose isolada foi diagnosticada em 5 casos, nos quais a ecografia pré-operatória revelou: um diagnóstico correto, um exame ecográfico normal e 3 diagnósticos errados de leiomiomas. Nos casos de adenomiose associada a outras alterações (87,8% dos casos) a ecografia diagnosticou, na grande maioria das vezes, pelo menos uma das patologias concomitantes.

Conclusão: No CHAA a adenomiose foi uma entidade subdiagnosticada provavelmente porque na maioria das situações surgiu associada a outras patologias (principalmente leiomiomas), o que levanta dificuldades na avaliação, quer em termos ecográficos, quer em termos sintomatológicos. A sua coexistência com essas patologias pode traduzir-se num tratamento inapropriado e/ou na persistência da sintomatologia.

P 80

CORRELAÇÃO ENTRE LESÕES DO COLO DO ÚTERO DE ALTO GRAU E ALTERAÇÕES DA CITOLOGIA ANAL – O CAMINHO SERÁ RASTREIO UNIVERSAL?

Autores: Maria Inês Reis¹, Sara Proença², Patrícia Vicente³, Vera Cunha⁴, Filipa Ribeiro⁵, Rosa Carvalho⁶, Helena Santos Pereira⁷

Instituições: ^{1,2,3}Internas complementares de Ginecologia e Obstetria do Hospital Dr. José de Almeida; ^{4,5,6}Assistentes Hospitalares de Ginecologia e Obstetria do Hospital Dr. José de Almeida; ⁷Assistentes Hospitalares de Ginecologia e Obstetria do Hospital Dr. José de Almeida e Coordenadora da Unidade de Patologia Cérvico-vulvar

Introdução: O canal anal e o colo do útero partilham a mesma origem embrionária e histológica. Ambos têm zona de transição escamo-colunar susceptível à infecção pelo Vírus do Papiloma Humano. Este é responsável por cerca de 100% das neoplasias do colo do útero e por 88% das neoplasias anais. As neoplasias anais são incomuns, porém a sua incidência tem vindo a aumentar, sendo mais prevalentes no sexo feminino. Apresentam maior semelhança com as neoplasias genitais do que com as gastrointestinais. Múltiplos estudos têm sido publicados em populações de alto risco, nomeadamente portadores do Vírus de Imunodeficiência humana e em homens que têm relações sexuais com outros homens. A detecção precoce de alterações displásicas através da citologia anal poderá ser importante na vigilância destas pacientes reduzindo assim a morbimortalidade associada a esta patologia.

Métodos: Estudo prospectivo multicêntrico que decorreu na Unidade de Patologia Cérvico-Vulvar do Hospital Dr. José de Almeida, de Janeiro de 2012 a Dezembro de 2014. Foram incluídas todas as pacientes com diagnóstico histológico de lesão intra-epitelial cervical (CIN) 2+ submetidas a citologia do canal anal, em meio líquido, utilizando cytobrush humedecido no líquido do frasco de Thin Prep®. Os autores avaliaram características demográficas da população nomeadamente idade, antecedentes ginecológicos, imunossupressão, hábitos tabágicos. Estudaram sintomatologia, prevalência de doenças sexualmente transmissíveis e de alterações da citologia anal. Procederam à análise estatística utilizando o Software SPSS versão 22.0®. O teste de independência do Qui-Quadrado e o teste exacto de Fischer foram utilizados na avaliação de associação entre as variáveis e considerou-se significância estatística quando $p < 0,05$. Para a avaliação da concordância entre a biópsia do colo e a peça de conização foi utilizado o Kappa de Cohen.

Resultados: Das 193 pacientes com resultado histológico de CIN2+, em biópsia do colo do útero, 7 foram excluídas por não terem realizado citologia anal, pelo que 186 pacientes foram incluídas no estudo. A idade média da população foi $37,9 \pm 9,3$ anos (idade mínima 22 e máxima 65 anos). 141 pacientes (83,2%) eram Europeias, 25 (13,5%) Sul Americanas e 6 (3,5%) Africanas. A média de idade da coitarca foi $17,3 \pm 2,3$ anos, variando entre os 12 e os 25 anos e sendo mais frequente entre os 15 e os 17 anos (50,5%). 61,4%. 48,7% (n=91) era fumadora e 9,1% (n=17) tinha cessado consumo tabágico. 8,6%

(n=16) apresentava algum grau de imunossupressão 61,4% (n=113) foi referenciada à Consulta por lesão intra-epitelial de alto grau, sendo que 30,5% (n=57) não efetuava qualquer rastreio organizado ou oportunista. A concordância entre histologia da biópsia do colo e peça de conização foi baixa, (Kappa=0,259).

46,5% (n=87) refere ter tido entre 3 a 5 parceiros sexuais e 35,8% (n=67) praticou sexo anal. A prevalência das pacientes que tiveram alterações da citologia anal foi 14,3% (IC95%: 9,0% – 19,6%), tendo sido detectado HPV de alto risco em 20,3% (n=38) da população.

Dentro dos factores de risco estudados constatou-se que os hábitos tabágicos apresentavam maior peso para alterações de citologia anal.

Conclusão/Discussão: Obtivemos 10,2% (n=19) de citologias anais sem zona de transição, possivelmente decorrente dificuldade técnica da realização da citologia anal. Verificamos que o factor mais determinante para alterações da citologia anal foram os hábitos tabágicos. Este facto poder-nos-á ajudar na orientação mais incisiva destas pacientes para consultas de cessação tabágica. Das 11,8% (n=22) orientadas para Consulta de Gastroenterologia e anuscopia, apenas 3 apresentavam lesões condilomatosas. Apesar de alguns estudos demonstrarem custo-eficácia do rastreio da população de risco, ainda não existe consenso em relação ao método a adoptar e se este deverá ser aplicado na população de baixo risco.

P 81

DETEÇÃO DO HPV DE ALTO RISCO ONCOLÓGICO 6 MESES A 1 ANO APÓS CONIZAÇÃO EM MULHERES COM LESÃO PAVIMENTOSA DE ALTO GRAU

Autores: JM. Raimundo, B. Nogueira, G. Mendinhos, S. Barreto, C. Veríssimo

Instituições: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Setúbal Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Introdução: A lesão pavimentosa de alto grau (HSIL) representa 0.5% dos esfregaços citológicos. Das mulheres com citologia HSIL em 70-75% é efetuado um diagnóstico histológico de HSIL e em 1-14% de carcinoma invasivo.

Objetivo: Avaliar a deteção do DNA HPV de alto risco oncológico 6 meses a 1 ano após a conização em mulheres com HSIL.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de mulheres submetidas a conização por ansa diatérmica ou laser CO₂, entre Fevereiro de 2012 e Dezembro de 2013, com seguimento até Dezembro de 2014, e cujo diagnóstico histológico fosse compatível HSIL (n=92).

Resultados: No grupo selecionado 11.96% (11/92) apresentaram HPV de alto risco (serotipos 16 e 18) na genotipagem nos 6 meses a 1 ano após conização. Destas, 63.64% (7/11) apresentaram alterações colpocitológicas (LSIL-28.57% e HSIL-71.43%). Houve necessidade de re-conização em 9.78% (9/92), sendo que destas em 54.55% (6/11) houve persistência de HPV de alto risco, esta diferença é significativa quando comparada com as doentes com um teste negativo, com apenas 7,4% (6/81) de doença residual ou recorrente (odds ratio de 10,42; 95% CI: 2,45-44,37; p= 0,003).

Conclusão: Após a conização, 88% dos casos não apresentavam HPV de alto risco detetável. A deteção viral seis meses a 1 ano após a conização associou-se a alterações colpocitológicas, principalmente lesão pavimentosa de alto grau.

P 82

CANCRO DA VULVA – FACTORES PREDITIVOS DE PROGNÓSTICO

Autores: Maria Inês Reis¹, Sara Proença², Margarida Bernardino³, António Gomes⁴

Instituições: ^{1,2}Internas Complementares de Ginecologia e Obstetrícia Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ³Assistente Hospitalar do IPOFG–Lisboa; ⁴Assistente Graduado do IPOFG–Lisboa

Introdução: O cancro da vulva é uma doença rara, constituindo 3-5% das neoplasias ginecológicas, com elevada morbilidade cirúrgica a médio e longo prazo. A taxa de sobrevivência aos 5 anos é de 90% nos estádios iniciais. Quando há metastização ganglionar esta diminui em 50%.

Objectivo: Avaliar factores clínicos e anatomo-patológicos com impacto prognóstico na recidiva da neoplasia vulvar, sobrevivência livre de doença e sobrevivência global.

Métodos: Foi efectuado estudo retrospectivo dos processos das doentes com carcinoma da vulva, submetidas a vulvectomia radical modificada com biópsia de gânglio sentinela inguinal (radiofármaco e azul patente) e carcinomas pavimento celular na nossa instituição, de 2000 a 2013. Procedeu-se à caracterização da população, ao estudo de factores clínicos, histopatológicos e a sua correlação com a sobrevivência das doentes. A análise estatística foi efectuada usando o Software SPSS versão 22.0®, curvas Kaplan-Meier, teste Log Rank, regressão logística e de Cox.

Resultados: Procedeu-se à análise dos processos de 169 doentes. O tempo médio de vigilância clínica foi 36 meses, a idade média das doentes foi 70,2 anos, sendo a idade máxima 80 e a mínima 63 anos. Na primeira consulta 47 doentes (48,5%) apresentavam ulceração e 80 (52,6%) prurido vulvar. A dimensão e espessura médias das lesões foram 28,6±14,8 e 7,1±6,4 mm, respetivamente. Em 90,4% dos casos o gânglio sentinela foi identificado, 9 (5,4%) com células metastáticas, tendo-se procedido a linfadenectomia em 65 doentes (38,9%).

Tempo médio de sobrevivência foi de 81,7 meses (IC 95%: 68,2 – 95,2) e aos 5 anos, 51,7 % (IC 95%: 42,3% – 60,9%). Tempo médio de sobrevivência global livre de progressão de doença foi 77,8 meses (IC 95%: 63,6 – 92,0). Ao procedermos à subdivisão de acordo com o estadiamento de FIGO verificamos, por ordem decrescente de frequência o estadio IB N=56 (34,4%), IA N=43 (26,4%) e IIA N=39 (23,9%). Em relação ao tempo de sobrevida segundo o estadiamento constata-se que os mais elevados ocorreram nas doentes estadio IA e IB, respetivamente 107,7 meses (IC95%: 87,9 – 126,7) e 73,0 meses (IC95%: 44,6 – 101,4). Quanto ao tempo entre a primeira cirurgia e a segunda cirurgia nas doentes que recidivaram, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os estádios ($p=0,048$). Quanto à dimensão e espessura (mm) da lesão constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estádios. O estadio IA apresentava valores significativamente inferiores aos demais estádios em ambas as variáveis.

No estadio IA constatou-se a existência de uma associação significativa da recidiva com a DM2 ($p=0,011$). Nas doentes com DM2 observou-se uma maior proporção de recidivas (66,7%) comparativamente às que não tinham DM2 (21,9%). Relativamente às doentes no estadio IB constatou-se a existência de uma associação significativa da recidiva com a profundidade ($p=0,003$). Nas doentes cuja profundidade era inferior a 5 mm observou-se uma menor proporção de recidivas (17,2%) comparativamente às que possuíam uma profundidade ≥ 5 mm (21,9%). No estadio IIIA constatou-se a existência de uma associação significativa da recidiva com a HTA ($p=0,016$). Nas doentes com HTA observou-se uma maior proporção de recidivas (55,6%) comparativamente às que não tinham HTA (15,4%).

Conclusão: A taxa de sobrevivência aos 5 anos é semelhante à descrita na literatura. A recidiva aumenta para estádios de doença mais elevados. Os antecedentes patológicos das pacientes não tiveram impacto na mortalidade. A profundidade da lesão no estadio IB tende a ser relevante na mortalidade. Margem cirúrgica é estatisticamente significativa na mortalidade no estadio IIIA. A Diabetes mellitus tipo 2 e a Hipertensão arterial tiveram impacto na recidiva. A profundidade de invasão teve significância estatística na recidiva, no estadio IB.

P 83

CARCINOMA LOBULAR INVASIVO MAMA: O GRANDE DESAFIO

Autores: Santos, A.¹ Barros, N.³; Castro, D.²; Castro, L.³; Rocha, M.J.³; Pardal, F.⁴; Ferreira, A.³

Instituições: ¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho ²Serviço Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de Trás-os Montes e Alto Douro; ³Serviço Ginecologia e Obstetrícia, Unidade de Senologia do Hospital de Braga; ⁴Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Braga

Introdução: O carcinoma lobular invasivo (CLI) representa 5 a 10% dos casos de cancro invasivo da mama.

Clinicamente pode apresentar-se como uma massa mal definida e difusa, dificultando o seu diagnóstico precoce. As alterações mamográficas, quando presentes, são geralmente subtis, tais como uma assimetria focal ou uma distorsão da arquitetura. As microcalcificações estão presentes em menos de 10% dos casos.

Objetivos: O objetivo passa por salientar a importância do exame clínico apesar da imagiologia negativa.

Os autores apresentam o caso clínico de uma paciente de 65 anos com o diagnóstico de CLI com mamografia, ecografia e ressonância magnética (RM) mamária sem carácter de suspeição.

Material e métodos: Paciente de 65 anos, referenciada à consulta de Senologia do Hospital de Braga em Janeiro de 2015 com o diagnóstico de CLI. A utente notou nódulo da mama direita em auto-exame em Dezembro de 2014, sendo portadora de mamografia de rastreio de Novembro de 2014 normal. Por insistência da própria realizou, no exterior, ecografia mamária e biópsia de nodularidade inespecífica no quadrante inferior externo (QIE) da mama direita com 13x5 mm, que revelou CLI.

Antecedentes pessoais irrelevantes. Sem história familiar de cancro de mama.

Ao exame físico apercebe-se cicatriz de biópsia prévia no QIE da mama direita, com nodularidade infracentrímetrica localizada na área referida pela utente. Ecografia mamária, mamografia e RM mamária sem imagens de suspeição.

Perante resultados imagiológicos inconclusivos, fez ecografia mamária dirigida, tendo-se identificado, subjacente à area referida pela utente, nodularidade indefinida, sem aumento da circulação colateral, com 12x11x5,5 mm.

Submetida a tumorectomia eco-guiada no QJE da mama direita com biópsia do gânglio sentinela – o exame histológico confirmou a presença de CLI grau I com margens cirurgics livres. Estadio TMN – pT1bG1N0 (sn).

Resultados e conclusões: O diagnóstico clínico e imagiológico de CLI numa fase precoce permanece um desafio, apresentando uma elevada taxa de falsos negativos (4-19%) na mamografia.

Este caso é particularmente interessante na medida em que não só a mamografia, como a ecografia e a RM mamárias não evidenciaram a existência de lesão suspeita na área previamente biopsada, denotando a dificuldade no diagnóstico precoce do CLI, quer perante achados clínicos inespecíficos quer face a alterações imagiológicas sem carácter de suspeição maligna.

P 84

HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA – HOSPITAL GARCIA DE ORTA.

Autores: COELHO S.¹, Lobo Antunes I.², Curado J.², Palma MJ.², Enes M.¹, Passos F.²

Instituições: ¹Hospital Dona Estefânia, CHLC; ²Hospital Garcia de Orta

Introdução: A histerectomia total laparoscópica (HTL) é a via de eleição em alternativa à via abdominal. As vantagens desta via são sobejamente conhecidas: menos dor no pós-operatório, menos ileus, menor risco de complicações da ferida operatória, mobilização mais precoce do paciente com diminuição do risco de tromboembolismo venoso, internamento mais curto e retorno mais rápido às actividades diárias. Todas estas vantagens da via laparoscópica têm demonstrado uma clara redução dos custos associados ao internamento. No HGO esta técnica foi iniciada em Fevereiro de 2014.

Objectivos: Avaliar os desfechos de todas as histerectomias totais laparoscópicas realizadas no Serviço de Ginecologia do Hospital Garcia de Orta.

Material e métodos: Realizámos a avaliação retrospectiva das doentes propostas para HTL no nosso serviço entre Fevereiro de 2014 e Janeiro de 2015. Analisámos vários parâmetros incluindo: idade, paridade, índice de massa corporal (IMC), status pós-menopausa, antecedentes cirúrgicos, indicação cirúrgica, tempo operatório, peso do útero, necessidade de morceação via vaginal, tipo de sutura da cúpula, taxa de complicações e de conversão para laparotomia, resultado histológico e tempo de internamento.

Resultados: No período do estudo foram propostas para HTL 15 doentes. A idade média foi de 50,4 anos (min. 40-máx. 76), o IMC médio foi de 24,4 (min. 17-máx. 34); 13% (n=2) estavam na pós-menopausa; 43% (n=6) tinham antecedentes de cirurgias abdominais. A indicação cirúrgica mais frequente para HTL foi hemorragia uterina anómala (HUA) (n=8), seguida de dor pélvica com patologia uterina (n=3), massa ovárica associada a patologia uterina (n=2) e patologia endometrial (n=2). Houve necessidade de conversão para laparotomia num dos casos, por motivos anestésicos, pelo que ficámos com uma amostra de 14 doentes. Nestas, o tempo operatório médio foi de 104,7 minutos (min. 55 – máx. 120). Em 28,6% (n=4) realizámos ooforossalpingectomia bilateral e salpingectomia bilateral em 71,4% (n=10). A morceação por via vaginal foi necessária em 35,7% (n=5). Registámos um caso de lesão intestinal iatrogénica, que foi diagnosticada e resolvida intra-operatoriamente, sem outras complicações posteriores. O peso médio do útero foi de 301,96 g (min. 84 – máx. 700). E a duração média do internamento foi de 2,8 dias (min. 2-máx. 4).

Conclusões: Não é possível tecer conclusões comparativamente aos estudos publicados nesta área, dado a dimensão da nossa amostra e o limitado tempo de seguimento pós-operatório. Limitámo-nos a avaliar os desfechos desta nova técnica introduzida recentemente. Na nossa opinião a HTL é uma técnica segura, devendo ser sempre considerada uma alternativa à histerectomia abdominal se existirem cirurgiões com experiência nesta via.

P 85

DIP E GRAVIDEZ ECTÓPICA NA CICATRIZ DE CESARIANA – CASO CLÍNICO.

Autores: COELHO S.¹, Lobo Antunes I.², Lopez B.², Couto S.², Palma MJ.², Curado J.², Passos F.²

Instituições: ¹Hospital Dona Estefânia – CHLC; ²Hospital Garcia de Orta

Introdução: A gravidez na cicatriz de cesariana é uma das formas mais raras de gravidez ectópica (GE). Apresentamos um caso de GE na cicatriz da cesariana, associada a doença inflamatória pélvica (DIP) com complexo tubo-ovárico.

Objectivos: Realçar a importância do diagnóstico precoce e da terapêutica conservadora no prognóstico desta entidade clínica.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica na *MedLine/PubMed* de casos clínicos de GE na cicatriz da cesariana com DIP.

Resultados: Mulher de 29 anos, com antecedentes de parto por cesariana. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com quadro clínico de hemorragia uterina anómala com 2 meses de evolução. Exame objectivo (EO) sem alterações relevantes. Nos exames complementares de diagnóstico (ECD): hemoglobina de 12,6 g/dl, sem leucocitose ou neutrofilia, beta-HCG 1402 UI/L. A ecografia trans-vaginal (TV) mostrou imagem anecogénica regular com 52x55 mm com reforço periférico sugestivo de reacção decidual, localizada a nível do istmo/colo. Teve alta com suspeita diagnóstica de gravidez ectópica na cicatriz da cesariana mas por motivos pessoais recusou internamento. Regressou ao SU 4 dias depois com quadro de dor pélvica, hemorragia vaginal e febre (41°C). Ao EO observou-se leucorreia purulenta associada a toque bimanual doloroso. Nos ECD apresentava PCR 14,2 mg/dL, leucocitose com neutrofilia e beta-HCG de 691 UI/L; ecografia TV mantinha a nível da histerorrafia da cesariana uma imagem multilobulada com vascularização periférica, ocupando toda a espessura do miométrio com 61x46 mm, ovário direito aumentado de volume com 54x55mm e trompa direita dilatada com conteúdo menos puro, numa extensão de 55x20 mm. Foi internada para vigilância e instituição de terapêutica, sendo submetida a laparoscopia diagnóstica com lise de aderências, drenagem do complexo tubo-ovário à direita e aspiração uterina da GE da cicatriz da cesariana sob controlo ecográfico. O resultado da cultura do pus colectado foi positivo para *E. Coli* sensível à antibioterapia prescrita e o resultado histológico confirmou a GE na cicatriz da cesariana. Teve alta ao 6º dia de internamento clinicamente melhorada, com valores de beta-HCG e parâmetros laboratoriais de infecção em resolução. Realizou doseamentos semanais de beta-HCG até negativo. A ecografia TV 4 semanas após a cirurgia mostrou redução das dimensões da área de implantação na cicatriz de cesariana e não se visualizou a imagem multilobular anexial anteriormente descrita.

Conclusões: A gravidez ectópica na cicatriz de cesariana é um diagnóstico que requer um elevado nível de suspeição. No caso clínico descrito, a associação de GE na cicatriz de cesariana com um quadro de DIP tornou este diagnóstico um desafio ainda maior pela sua invulgaridade. O tratamento conservador permitiu a preservação do útero e a evicção de uma cirurgia com elevada morbidade neste contexto de infecção pélvica.

P 86

SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVÁRICA OU TORÇÃO DO OVÁRIO

– A FALÁCIA DO DIAGNÓSTICO

Autores: M Carlos-Alves **Co-autores:** JP Coutinho-Borges, S Cunha, A Santos, D Arteiro, M Santos, D Magalhães, R Abreu, P Pinheiro

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O Síndrome de Hiperestimulação Ovárica (SHO) é uma complicação iatrogénica da hiperestimulação ovárica controlada, por resposta exagerada à estimulação. Caracteriza-se por amplo espectro de manifestações clínicas, pelo aumento da permeabilidade capilar e retenção de fluidos. A torção do ovário ocorre, sobretudo, em mulheres em idade reprodutiva, apresentando-se com dor pélvica aguda, náuseas e vómitos, com sensibilidade à palpação abdominal e anexial.

Objetivo: Descrever caso clínico de difícil diagnóstico diferencial entre SHO e Torção do Ovário.

Caso clínico: 37 anos. Antecedentes de gravidez ectópica à direita, em 2012, submetida a salpingectomia direita laparoscópica. Recorreu ao SU, Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), maio/2014, com gestação de 8 semanas após Fertilização in vitro, por algias pélvicas intensas. Ao exame físico, apresentava abdómen doloroso à palpação, mais acentuado na fossa ilíaca direita (FID), palpando-se massa anexial direita com cerca de 10 cm. À ecografia transvaginal: saco gestacional intrauterino, com embrião com embriocárdio positivo e comprimento craniocaudal compatível com tempo de amenorreia; ovários multiquísticos, esquerdo com 5 cm e direito com 8 cm de maior diâmetro; pequeno derrame no fundo de saco de Douglas. O estudo analítico revelou ligeira leucocitose. Decidiu-se internamento por suspeita de SHO Leve para tratamento sintomático. Em D3 apresentava melhoria clínica, abdómen ligeiramente doloroso e tumefação anexial direita palpável ligeiramente dolorosa, tendo alta. Recorreu ao SU em junho/2014, com 12 semanas de gestação, por agravamento das algias pélvicas, vómitos e dejeção diarreica. Ao exame físico, abdómen com defesa e Blumberg positivo à direita. A ecografia abdominal revelou “ovário direito com quisto simples medindo 3,5 cm, múltiplos folículos maioritariamente periféricos, sem vascularização, compatível com torção ovárica”. Realizada laparotomia exploradora, constatou-se “tumefação anexial direita, de coloração negra violácea, compatível com torção completa do ovário, já tromboso”. Procedeu-se a ooforectomia direita. Pós-operatório sem intercorrências, alta ao 12º dia, referenciada para consulta de Obstetrícia da ULSAM para vigilância.

Discussão e conclusão: O diagnóstico diferencial entre SHO e Torção do Ovário é difícil, dada a inespecificidade dos sintomas, podendo conduzir a diagnóstico e intervenção tardios, com consequentes danos definitivos, como a perda da função ovárica.

P 87

LEIOMIOMA BENIGNO METASTIZANTE – ENVOLVIMENTO PULMONAR

A PARTIR DE UM LEIOMIOMA UTERINO

Autores: Emídio Vale Fernandes¹, Vanda Patrício², Cristina Ramalho², Ana Luís³, Mariana Afonso³, Carlos Lopes²

Instituições: ¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Braga, Braga; ²Serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto; ³Serviço de Anatomia Patológica do Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto

Introdução: O leiomioma benigno metastizante (LBM) é uma entidade nosológica muito rara, descrita inicialmente por Steiner, em 1939, como a presença de nódulos de tecido muscular liso bem diferenciado em locais distantes do útero. O seu curso clínico é, geralmente, indolente, com achado incidental de nódulos pulmonares em radiografias simples de tórax. Habitualmente são afectadas mulheres de meia-idade com uma história anterior ou coincidente de leiomioma uterino. Apesar da sua capacidade para formar metástases, o LBM é considerado benigno, devido à falta de figuras mitóticas ou anaplasia na avaliação histológica. O envolvimento pulmonar é o mais frequente, mas estão descritos casos de LBM em nódulos linfáticos, coração, cérebro, osso, pele, olho e espinal medula. Os autores apresentam um caso clínico de um leiomioma benigno que metastizou para o pulmão.

Caso clínico: Doente de 57 anos, previamente saudável, com antecedentes de histerectomia total, em 1995, por leiomiomatose uterina. Medicada com terapia hormonal de substituição (THS) desde a idade da menopausa. Por história de emagrecimento, no final de 2012, realizou radiografia de tórax que revelou múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, de dimensões variáveis. Posteriormente realizou TAC torácica e biópsia guiada, que foi inconclusiva, tendo sido submetida a toracotomia com biópsia excisional de um dos nódulos, à direita. O diagnóstico histológico revelou aspectos morfológicos e perfil imunohistoquímico, nomeadamente positividade para os receptores hormonais de estrogénios e progesterona, compatível com o diagnóstico de LBM (confirmado por revisão de lâminas). Foi enviado material para estudo citogenético para pesquisa das alterações típicas desta entidade, mas não foram encontradas deleções terminais em 19q e 22q. Em consulta de grupo oncológico foi decidida suspensão da THS e reavaliação imagiológica em 2 meses. Como não houve melhoria significativa das lesões pulmonares foi decidido iniciar tamoxifeno. Nas consultas de seguimento têm-se constatado estabilidade clínica e do aspecto imagiológico das lesões.

Conclusão: O LBM pulmonar é uma entidade rara, mas que deve ser considerada sempre que haja história concomitante ou progressa de leiomioma uterino, especialmente se não existir evidência de outra neoplasia. O diagnóstico preciso deve ser baseado não só na história clínica da doente, mas também nos exames histopatológicos e imunohistoquímicos dos nódulos pulmonares. Como o tratamento padrão do LBM ainda não foi estabelecido, deve ser considerada uma abordagem individual em casos clínicos específicos.

P 88

HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA: QUE FUTURO?

Autores: Sara Prouença; Joana Cominho; Maria Inês Reis; Helena Santos e Pereira; Ana Pinho; Filomena Nunes

Instituições: Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida

Introdução: A técnica da histerectomia teve início em meados do século 19 e desde então tem sido aperfeiçoada quer por via vaginal quer por via abdominal. Inovações tecnológicas permitiram uma abordagem menos invasiva, por via laparoscópica. Vários factores influenciam a escolha da abordagem, desde o tamanho e forma uterina, a extensão da doença, a existência de co-morbilidades médicas ou cirurgias prévias, a técnica do cirurgião e o desejo da doente. As diferentes vias cursam com diversos resultados pós-operatórios, quer do ponto de vista estético, quer para a saúde da doente. **Objectivo:** Comparar os benefícios da histerectomia total por via laparoscópica, resultados operatórios e morbidade imediata e a longo prazo relativamente à via vaginal e abdominal.

Material e métodos: Estudo retrospectivo caso controlo. Como população em estudo foram englobadas todas as mulheres submetidas a histerectomia total laparoscópica no Hospital de Cascais entre Janeiro 2012 e Dezembro 2014 tendo como populações comparativas de escolha

aleatória, mulheres submetidas a histerectomia total abdominal ou vaginal no mesmo período de tempo. Como critérios de exclusão definiu-se patologia maligna ou existência concomitante de prolapso de órgãos pélvicos. Foram avaliadas: indicações pré-operatórias, existência de cirurgias prévias abdominais, duração da cirurgia, necessidade de suporte transfusional, variação de hemoglobina pré e pós operatória, dias de internamento e complicações decorridas nos primeiros 60 dias pós-operatórios.

Resultados e conclusões: Foram englobadas no estudo 123 mulheres das quais 48 submetidas a histerectomia total por via laparoscópica, 37 por via abdominal e 38 por via vaginal. As características demográficas foram semelhantes em todos os grupos.

A perda sanguínea intraoperatória foi menor na histerectomia vaginal, seguida da técnica laparoscópica e posteriormente da abdominal. A variação média da hemoglobina pré e pós operatória não foi estatisticamente significativa em nenhum dos grupos. A duração média da cirurgia para a cirurgia laparoscópica foi de 165 ± 46 minutos; para a abdominal de 117 ± 32 minutos ($P \leq 0.005$) e para a vaginal de 165 ± 69 minutos ($P \leq 0.001$). A duração média de internamento foi de $2,7 \pm 1,7$ dias para a via laparoscópica, $3,5 \pm 1,7$ dias para a abordagem abdominal ($P \leq 0.005$) e de $2,5 \pm 0,8$ dias para a via vaginal (sem diferença estatisticamente significativa).

Embora sem diferença estatisticamente significativa, a taxa de complicações operatórias foi de 14,5% (n=7) para a via laparoscópica, sendo que três motivaram reinternamento; 29,7% (n=11) para a via abdominal tendo cinco motivado reinternamento e em dois casos nova intervenção cirúrgica; 7,0% (n=3) para a abordagem vaginal sendo que apenas um necessitou de reinternamento.

Do presente estudo podemos concluir que a histerectomia total laparoscópica permite uma abordagem minimamente invasiva com diminuição da morbilidade operatória, menor estadia hospitalar e maior rapidez no regresso às actividades normais, comparativamente à técnica por via abdominal. Embora curse com maior morbilidade relativamente à via vaginal, acresce a esta a possibilidade da abordagem em doentes com cirurgias prévias.

Pela sua maior dificuldade técnica a curva de aprendizagem é longa e a sua habilidade dependente do cirurgião.

P 89

O PAPEL DA URODINÂMICA NA AVALIAÇÃO PREOPERATÓRIO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA OCULTA NO PROLAPSO DE ORGÃOS PÉLVICOS

Autores: Margarida Enes¹, Nuno Fidalgo², Ana Bernardo¹, Filipa Ribeiro³, Isabel Grilo³, Rui Viana³, João Colaço³

Instituições: ¹Serviço Ginecologia e Obstetrícia do Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central; ²Serviço de Urologia do Hospital das Forças Armadas; ³Serviço Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: O prolapso de órgãos pélvicos (POP) pode mascar uma incontinência urinária de esforço (IUE) em 36-86% dos casos. Com a redução do prolapso, e consequente correção da angulação kinking artificial da uretra decorrente do POP, os sintomas de IUE podem tornar-se evidentes. Esta incontinência urinária oculta (IUO), pode obrigar a uma nova intervenção cirúrgica com os riscos e custos a ela inerentes. O diagnóstico de IUO na avaliação pré-operatória da doente com POP vai permitir não só obter um consentimento informado mais esclarecido, como otimizar os cuidados à doente, nomeadamente com uma cirurgia para correção de POP e IUE no mesmo tempo operatório. O estudo urodinâmico pode ter aqui um papel destaque ao complementar a história clínica e maximizar a taxa de deteção de IUO.

Objectivos: Avaliar o papel do estudo urodinâmico no diagnóstico de IUO na avaliação pré-operatória da mulher com POP. Comparar as taxas de deteção de IUO do estudo urodinâmico face à avaliação clínica isolada (anamnese e exame objectivo) no universo de doentes da consulta de uroginecologia do Hospital de Cascais DR. José de Almeida submetidas a cirurgia para correção de POP. Revisão da literatura médica sobre o tema.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 01/2013 a 12/2014 com recurso à consulta do processo clínico e análise estatística dos dados. Revisão da literatura; foram consultados 16 artigos científicos incluindo estudos randomizados e meta-análises.

Resultados: A literatura médica é relativamente consensual quanto às limitações apontadas ao estudo urodinâmico na pesquisa de IUO. São-lhe apontadas taxas de deteção sobreponíveis ou mesmo inferiores ao exame objectivo: 72% de valor preditivo positivo (vpp) para a deteção de IUO pelo exame objectivo, e 58% para o estudo urodinâmico, com taxas de falsos negativos iguais para ambos os métodos (38%). Um estudo avalia a performance do algoritmo Continence calculator, o qual obteve um vpp de 0,72 comparativamente a 0,62 obtido pela avaliação clínica de 22 especialistas em uroginecologia.

No que respeita à casuística da consulta de uroginecologia, os dados são concordantes com os da literatura. Foram consultados 102 processos clínicos dos quais 32 foram eliminados por falta de dados. A taxa de detecção de IUO com o exame objectivo foi de 61% comparativamente a 38% com o estudo urodinâmico.

Conclusões: De acordo com a literatura, a urodinâmica tem um valor limitado na deteção de IUO e dificilmente vai alterar, por si só, o plano cirúrgico. Numa altura em que tanto se fala de custo económico e eficiência, é de ponderar a sua relação custo-benefício já que aumenta os encargos com o estudo pré-operatório e acarreta algum desconforto para a doente, sem que haja impacto considerável na conduta cirúrgica. Não obstante, contribui para o aconselhamento pré-operatório da doente e não é de menosprezar a sua importância na comprovação da avaliação clínica.

P 90

GRAVIDEZ ECTÓPICA – REVISÃO CASUÍSTICA DE 2014

Autores: Mafalda Simões, Rita Passarinho, Adriana Franco, Margarida Sousa, Andreia Relva, Jorge Costa, Raquel Robalo, Paula Ambrósio

Instituições: Hospital Vila Franca de Xira Director do serviço: Dr. Rui Costa

Introdução: A gravidez ectópica (GE) é uma patologia rara correspondendo a 2% das gestações. A sua importância clínica deve-se ao facto de ser a principal causa de morte materna no primeiro trimestre de gravidez e ao desafio que a conduta diagnóstica e terapêutica representam.

Objectivo: O objectivo do nosso estudo foi avaliar a conduta diagnóstica e terapêutica da GE no nosso serviço.

Material e métodos: Revisão retrospectiva dos casos de GE (n=19) diagnosticados e tratados na nossa instituição durante o ano de 2014. Foram avaliados vários parâmetros, nomeadamente as características demográficas, sintomatologia clínica, valores de beta-hCG, abordagem terapêutica e complicações associadas.

Resultados: A idade média da nossa amostra (N=19) foi de 31.4 anos e a idade gestacional média de diagnóstico foi de 45 dias. Na nossa amostra, 9 mulheres eram nulíparas. Em 18 casos o motivo de recurso ao serviço de urgência foi a dor abdominal e noutros 18 casos havia hemorragia vaginal associada. Em todos os casos foi possível identificar a gravidez ectópica pela visualização ecográfica de uma massa anexial sugestiva de hematosalpinge (dimensões médias de 3.9 cm). Em 5 casos não se detectou hemoperitoneu, existindo um hemoperitoneu moderado (> 100 mL) em 3 casos e grave (>1000 mL) em 1 caso. O metotrexato intramuscular foi a opção terapêutica inicial apenas numa situação, tendo sido necessária cirurgia por rotura da GE. Nos restantes 18 casos o tratamento foi cirúrgico por suspeita de rotura em 8 casos e nos restantes pela gravidade do quadro clínico. No que se refere à abordagem cirúrgica, a laparoscopia foi a via de eleição em 12 casos, e a laparotomia em 7 casos. Optou-se pela salpingectomia unilateral em todas as doentes, pela ausência de patologia macroscópica na trompa contralateral. Obtivemos uma média de 3.26 dias de internamento. Não foram registadas complicações operatórias ou pós operatórias e identificámos um caso de gravidez posterior com sucesso, com parto eutócico já em 2015.

Conclusões: Conclui-se que a terapêutica conservadora ou médica é muito pouco utilizada no nosso hospital, possivelmente devido a algumas características populacionais, como o recurso ao serviço de urgência apenas quando existe sintomatologia associada. Por outro lado, a facilidade em realizarmos uma laparoscopia e o facto de ser uma cirurgia minimamente invasiva, tem aumentado significativamente a preferência por esta abordagem terapêutica na GE.

P 91

CARCINOMA DA MAMA COM METASTAZAÇÃO UTERINA

– ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 15 CASOS

Autores: Emídio Vale Fernandes¹, Fedra Rodrigues¹, Filipa Carneiro², Carlos Lopes³

Instituições: ¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Braga, Braga; ²Serviço de Oncologia Médica do Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto; ³Serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto

Introdução: É rara a metastização do tracto genital feminino por um tumor primário não ginecológico, e quando ocorre exclusivamente no útero corresponde a menos de 10% dos casos, pois o ovário é o local mais frequentemente afectado, seguido da vagina. Os tumores que metastizarão para o útero são, principalmente, oriundos dos órgãos pélvicos adjacentes. O cancro da mama pode metastizar para vários locais, maioritariamente para o osso, pulmão e fígado, enquanto o útero é envolvido em

apenas 2-15% dos casos. A metástase uterina de cancro da mama é rara e o melhor curso de tratamento não foi ainda estabelecido.

Objectivos: Analisar o prognóstico das doentes com cancro da mama com metastização uterina e descrever as diferentes opções de tratamento.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo observacional, em que todas as mulheres com metástase uterina de cancro da mama, seguidas no Instituto Português de Oncologia do Porto, entre 1995 e 2011, foram incluídas. Foram avaliados os processos clínicos e os seguintes dados foram recolhidos: tipo histológico de cancro da mama, estadiamento, tratamento inicial, tempo até que a metástase uterina foi detectada e modo de apresentação. Dois grupos foram analisados em relação à abordagem terapêutica e aos **resultados:** grupo A – metástase uterina exclusiva; grupo B – metástase uterina concomitante com outra metástase não ginecológica. A análise de sobrevivência de Kaplan-Meier foi realizada.

Resultados: Foram identificados quinze casos: 5 mulheres foram incluídas no grupo A e 10 no grupo B. Os factores de risco foram similares em ambos os grupos. 53% das doentes apresentaram hemorragia uterina anormal e a maioria estava a ser tratada com hormonoterapia. O tempo médio de sobrevivência foi de 7 meses (IC 95% 0, 34,5). No grupo A, o tempo médio de sobrevivência foi de 20 meses (IC 95% 17,9, 22,1) e apenas uma doente não foi submetida a histerectomia. No grupo B, o tempo médio de sobrevivência foi de 4 meses (IC 95% 1,1; 6,9). Neste grupo, o tratamento inicial em 5 doentes foi a histerectomia [sobrevivida mediana de 7 meses IC 95% (0,6, 13,4)] e, em 4 apenas quimioterapia [tempo médio de sobrevivência 2 meses IC 95% (0, 4,0)]. Embora as doentes submetidas à cirurgia tivessem maior sobrevivida mediana, a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,159$).

Conclusões: Mais estudos são necessários para determinar o melhor curso de tratamento na doença metastática da mama restrita ao útero. Neste estudo, não está claro se a histerectomia vai prolongar a sobrevivência livre de doença.

P 92

O PAPEL DA CIRURGIA OBLITERATIVA NO TRATAMENTO DO PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Autores: Ana Gonçalves Andrade¹, Rita Lermann², Njila Amaral², Ana Paula Pereira², Amália Martins²
Instituições: ¹Maternidade Dr. Alfredo da Costa; ²Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O prolapso de órgãos pélvicos (POP) tem uma prevalência subestimada mas calcula-se que cerca de 11% das mulheres serão submetidas a tratamento cirúrgico neste contexto, um terço das quais com risco de reintervenção. A cirurgia vaginal obliterativa é uma opção válida para a correção do POP em mulheres com elevado risco de recorrência, com comorbilidades que aumentem o risco cirúrgico e que não desejem manter vida sexual ativa.

Objectivos: Avaliar da cirurgia vaginal obliterativa de uma unidade de Uroginecologia com destaque para a caracterização demográfica

Material e métodos: Estudo retrospectivo das colpocleisis totais e parciais (procedimento de LeFort) realizadas entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2014. Foi feita uma caracterização demográfica e clínica da população, avaliação de variáveis cirúrgicas (tempo operatório, complicações) e avaliação sintomática, anatómica e funcional, pós-operatória.

Resultados e conclusões: Em três anos foram realizadas 31 cirurgias, 16 colpocleisis totais e 15 procedimentos de LeFort.

A mediana de idade foi 77 anos [65-90], 87,1% das doentes (n=27) era leucodérmica, apenas 6,1% (n=2) eram nulíparas e todas as múltiparas tinham antecedentes de parto vaginal. A maioria das doentes (n=26) apresentava comorbilidades com destaque para patologia hipertensiva e cardíaca. Todas as doentes não tinham vida sexual ativa (independente da presença do POP)

Na avaliação inicial 26 doentes (83,9%) tinham prolapso grau IV e as restantes 5 POP grau III. Doze doentes tinha queixas de incontinência urinária (IU) (2 esforço, 5 urgência, 5 mista).

O tempo operatório médio foi 74±30min. Em três casos foi colocada fita subuteral para tratamento de incontinência urinária de esforço e em 6 colpocleisis foi realizada histerectomia no mesmo tempo cirúrgico. Não houve registo de complicações intra ou pós-operatórias.

A duração média de vigilância foi 7,2meses. Apesar de se ter identificado recidiva em 4 casos (2,7%), apenas um era sintomático.

A cirurgia vaginal obliterativa alia uma elevada taxa de sucesso anatómico e funcional a um baixo risco de complicações cirúrgicas. É pois necessário redefinir o papel da cirurgia vaginal obliterativa entre os procedimentos cirúrgicos atualmente existentes no tratamento cirúrgico do POP.

P 93

REFLEXÃO A PROPÓSITO DE 2 CASOS DE CARCINOMA EPITELIAL DO OVÁRIO COM CA125 NEGATIVO – O QUE HÁ A MUDAR?

Autores: Magalhães M., Almeida D., Lopes C., Pinto A.R., Costa F.

Instituições: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa Hospital Padre Américo, Penafiel

Introdução: As actuais linhas de orientação para o estudo das massas anexiais têm demonstrado ser eficazes na detecção de estádios avançados de carcinoma do ovário, mas pouco eficientes para estádios precoces, especialmente em mulheres pré-menopáusicas. O Ca125 continua a ser o melhor marcador isolado para predizer o risco de malignidade ou de posteriores recidivas. Porém, conhece-se a sua baixa especificidade e a sua menor sensibilidade (~50%) em estádios precoces.

Objectivo: Reflectir sobre a importância do recurso a novos marcadores serológicos (HE4), bem como a índices de risco de malignidade (ROMA, RMI e OVA-1) para um rastreio pré-operatório mais eficaz.

Material e métodos: Análise retrospectiva de dois casos clínicos recentes, ambos com história de tumefacções anexiais complexas, Ca 125 negativos e histologias com componente de adenocarcinoma epitelial do ovário.

Casos clínicos: 1º Caso: Mulher com 62 anos, gesta3/para3, sem antecedentes de relevo, assintomática, enviada à consulta de Oncologia Ginecológica após diagnóstico ecográfico de volumosa tumefacção anexial complexa, que apresentava áreas sólidas e vegetações.

Os marcadores tumorais (Ca125, CEA e Ca19.9) foram negativos e a TAC revelou tumor anexial de características inespecíficas, indissociável do corpo uterino, coexistindo com pequena lâmina de líquido livre, sem outras alterações. A doente foi submetida a laparotomia exploradora, com o estudo extemporâneo a revelar carcinoma mucinoso, pelo que se procedeu à realização de cirurgia de estadiamento padrão. O exame anatomopatológico definitivo revelou adenocarcinoma epitelial misto, predominantemente de tipo papilar seroso (>50%), estágio IC por rotura capsular intra-operatória, indiferenciado.

2º Caso: Mulher com 40 anos, gesta1/para1, assintomática, enviada à consulta por massa anexial com crescimento progressivo (137 mm*129 mm), apesar de Ca125 negativo. A TAC revelou imagem quística complexa, bem delimitada, sem outros achados patológicos.

A doente foi submetida a laparotomia exploradora com realização de estudo extemporâneo, que revelou tumor mucinoso *borderline*, seguido de estadiamento padrão. O exame anatomopatológico definitivo revelou áreas focais de adenocarcinoma mucinoso invasor do estroma, de padrão tubular e papilar, pelo que se completou posteriormente estadiamento (estádio Ia).

Conclusão: A baixa sensibilidade do Ca 125 em estádios precoces deve fazer-nos pensar sobre a importância em adicionar outros factores preditivos, nomeadamente o marcador HE4, bem como o status pré e pós-menopausa (ROMA). No entanto, o objectivo principal é tornar mais eficaz e mais precoce a referência para consultas diferenciadas de oncologia ginecológica. Nestas, a orientação diagnóstica e terapêutica deve permanecer independente destes marcadores serológicos, tal qual verificamos nos casos descritos.

P 94

ADENOCARCINOMA DA TROMPA: UM ACHADO HISTOPATOLÓGICO

Autores: Alexia Toller, Cristina Almeida, Luis Viana Fernandes, Fernando Cirurgião

Instituições: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

As trompas uterinas estão frequentemente envolvidas em patologias ginecológicas benignas e são locais frequentes de metástases. Doença maligna primária é rara neste local. O carcinoma primário da trompa é um tumor infrequente que representa aproximadamente 0.14-1.8% das doenças malignas do trato genital feminino.

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 53 anos, gesta 1 para 1, pre-menopausica que se apresenta no Serviço de Urgência do nosso hospital com um quadro de hemorragia uterina anómala. À observação, de salientar somente um útero móvel, indolor, pouco aumentado de tamanho, com superfície regular. Ao exame imagiológico útero com fibromioma uterino, sem outras alterações, nomeadamente a nível dos anexos. Sem antecedentes ginecológicos de interesse. Sem patologias conhecidas, tendo sido unicamente submetida a apendicectomia durante a infância. Devido à sintomatologia e idade, foi-lhe proposta histerectomia total abdominal com salpingo-ooforectomia bilateral. À entrada na cavidade abdominal, útero e anexos sem alterações aparentes. Foi realizada a intervenção cirúrgica segundo a técnica habitual, sem intercorrências intra ou pós-operatórias.

Durante o estudo anátomo-patológico, constatou-se adenocarcinoma de tipo endometrióide com

grau de diferenciação G1 da trompa direita com crescimento endoluminal, sem invasão da parede da trompa (estadio I da FIGO). Endométrio, miométrio e ovários encontraram-se livres de invasão tumoral. Perante o achado histopatológico, foi realizada nova intervenção cirúrgica para estadiamento. Realizada omentectomia e lavado peritoneal que foram negativos.

Devido ao estadio precoce e as características histopatológicas, foi decidida vigilância, sem necessidade de quimioterapia. Neste caso não há evidência imagiológica ou analítica de recidiva da doença após um ano de *follow-up*.

O carcinoma da trompa é uma entidade de difícil diagnóstico, que representa

P 95

TUBERCULOSE PERITONEAL: DESAFIO DIAGNÓSTICO PARA O GINECOLOGISTA

Autores: López, B; Tomás, C; Couto, S; Cordeiro, A; Saraiva, J; Ribeiro, R.

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta

Introdução: A tuberculose peritoneal é uma forma rara de tuberculose extra-pulmonar, cuja incidência varia entre 0,1 a 0,7% de todos os casos de tuberculose. O diagnóstico é um desafio não só pela raridade desta entidade mas sobretudo porque a apresentação clínica é inespecífica podendo assemelhar-se a distintas patologias do foro ginecológico.

Objetivo: Os autores pretendem descrever um caso de tuberculose peritoneal e realizar uma revisão teórica incidindo no diagnóstico diferencial desta entidade com patologia ginecológica.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, natural de São Tomé, com antecedentes pessoais de anemia crónica, hipertensão arterial e gastrite crónica. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor pélvica, distensão abdominal e febre. Perante a hipótese diagnóstica inicial de doença inflamatória pélvica decidiu-se internamento no Serviço de Ginecologia para controlo sintomático e antibioterapia. Dada a ausência de melhoria clínica realizaram-se novos exames complementares de diagnóstico e perante a hipótese de se tratar de carcinomatose peritoneal versus tuberculose abdominal, decidiu-se realizar laparotomia exploradora com biopsia dirigidas. O estudo anatomopatológico excluiu doença neoplásica e devido à existência de processo inflamatório crónico compatível com peritonite granulomatosa instituiu-se terapêutica tuberculostática com óptima resposta clínica.

Conclusão: É necessário um elevado grau de suspeição para o diagnóstico de tuberculose peritoneal. A sintomatologia inicial bem como os achados imagiológicos inespecíficos dificultam o diagnóstico diferencial com outras patologias. O diagnóstico definitivo é frequentemente estabelecido após exame histológico de uma biopsia peritoneal pelo que, em caso de suspeição, deve ser realizada laparoscopia diagnóstica ou biopsia dirigida por imagem

P 96

ÚLCERA GENITAL EM MULHER JOVEM – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Patrícia Silva, Tânia Freitas, Filipa Reis, Maria Helena Pereira

Instituições: Hospital Dr.º Nélio Mendonça

A úlcera aftosa, muitas vezes associada a aftose oral, é a causa mais frequente de ulceração genital da vulva de etiologia não sexual e é sempre um diagnóstico de exclusão.

Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 28 anos sem coitarca e sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, que recorre ao serviço de urgência por lesões aftosas dolorosas orais e genitais com cerca de 2 semanas de evolução. Negou outros sintomas, tais como febre, rash cutâneo, artralgias, alterações gastrointestinais ou alterações oculares.

Foram excluídas infecções de transmissão sexual, relação com exposição a fármacos e compromisso oftalmológico.

O estudo imunológico e o teste da patergia também foram negativos.

Até à data não foram preenchidos os critérios de Doença de Behçet e a doente respondeu favoravelmente à corticoterapia sistémica e local, à terapêutica anti-inflamatória com colchicina e ao tratamento tópico com sucralfato.

As úlceras genitais não relacionadas com contacto sexual (úlceras genitais reativas) podem estar associadas a doenças sistémicas, nomeadamente doença de Behçet, a infecção aguda, como por exemplo vírus Epstein-Barr ou após exposição a fármacos.

Este caso clínico ilustra a dificuldade no diagnóstico diferencial e tratamento das úlceras genitais reativas.

P 97

FUNCIONAMENTO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA EM SOBREVIVENTES DE CANCRO GINECOLÓGICO E DA MAMA

Autores: Fernanda Patrícia Santos¹, Ana Filipa Catarino Aires², Elizabeth Castelo-Branco³

Instituições: ¹Centro Hospitalar Leiria, Hospital Santo André E.P.E.; ²Mestre em Psicologia; ³Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Coimbra

Introdução: Com o aumento do número de sobreviventes de cancro a longo-termo, a qualidade de vida (QdV) torna-se uma questão de relevo para esta população. As evidências têm demonstrado que esta doença, bem como o seu tratamento, deixam sequelas a curto e longo-prazo. Especificamente em sobreviventes de cancro ginecológico e da mama, tem sido observado, de forma consistente, um comprometimento da função sexual.

Objetivo: O presente trabalho propõe-se a avaliar a associação entre o funcionamento sexual e a QdV nestas sobreviventes.

Material e Métodos: A amostra é constituída por 42 mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 83 anos (M = 48,14; DP = 10,78), seguidas no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. Foram utilizados os seguintes instrumentos: a versão portuguesa do Female Sexual Function Index (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009; Rosen et al., 2000), para avaliar o funcionamento sexual, e a versão portuguesa do *EORTC Quality of Life Questionnaire Core-30* (Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008; Aaronson et al., 1993), para avaliar a qualidade de vida. A análise estatística foi efetuada com SPSS v.19.

Resultados e conclusões: Os resultados permitem concluir que a sexualidade está relacionada com a QdV nas sobreviventes de cancro ginecológico e da mama, apesar de não ter sido possível confirmar uma relação de predição. Foi ainda verificado o comprometimento da função sexual em 66,6% das participantes. Estes resultados sublinham a importância de formar e sensibilizar os profissionais de saúde, no sentido de detetar sinais precoces de dificuldades no campo da sexualidade e desenvolver programas de intervenção que possibilitem responder de forma mais eficaz às necessidades específicas destas sobreviventes; bem como a necessidade de se despertar o interesse da comunidade científica para este tema tão sensível, de forma a impulsionar mais investigações que contribuam para o conhecimento nesta área.

P 98

CORRELAÇÃO ENTRE ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS, HIISTEROSCÓPICOS E RISCO DE MALIGNIDADE DOS PÓLIPOS ENDOMETRIAIS

Autores: Tatiana Melo Margarida Martinho Cristina Costa Santos

Instituições: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia Ddo Centro Hospitalar de S. João Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: Os pólipos endometriais, habitualmente benignos, são uma patologia ginecológica frequente. A histeroscopia é o método de eleição para o diagnóstico e tratamento. São fatores de risco para malignidade a idade e metrorragia pós-menopausa. Procurou-se correlacionar fatores epidemiológicos, clínicos e histeroscópicos com o risco de malignidade dos pólipos endometriais.

Métodos: Foram selecionados todos os casos com o diagnóstico histeroscópico de pólipo endometrial, no período de janeiro de 2013 a junho de 2014. Os processos clínicos foram analisados e recolhidos dados clínicos, epidemiológicos, histeroscópicos e histológicos. As variáveis recolhidas foram analisadas recorrendo a um modelo de regressão logística.

Resultados: Foram selecionadas 281 mulheres com idade média de 56 anos, 34% tinha 60 anos ou mais e 62% estava na pós-menopausa. Quase metade tinha hemorragia uterina anormal. Relativamente às características histeroscópicas, 60% dos pólipos tinham tamanho superior a 10 mm. Mais de 95% das peças analisadas eram benignas. A análise univariada mostrou que apenas o tamanho >10 mm ($p=0,031$) e friabilidade dos pólipos ($p=0,011$) se associaram a malignidade. A análise multivariada revelou que apenas a friabilidade se associou a malignidade (OR=16,6; $p=0,047$).

Discussão e conclusão: Este estudo, por ser retrospectivo e por uma questão de poder estatístico poderá não ter conseguido identificar alguns fatores relacionados com a malignidade dos pólipos. Mostrou-se uma associação entre a friabilidade dos pólipos e a malignidade contudo a confirmação destes resultados e a identificação de mais fatores associados à malignidade dos pólipos deverá ser feita através de um estudo prospetivo com uma amostra maior.

P 99

CARCINOSSARCOMA TERATÓIDE DO OVÁRIO – UMA ENTIDADE RARA E AGRESSIVA

Autores: Esperança Ussene, Gabriela Gasparinho, Paula Ambrósio, Sofia Loureiro dos Santos

Instituições: Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Vila Franca de Xira, Lisboa, Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora; Serviço de Ginecologia, Hospital de Vila Franca de Xira, Lisboa

Introdução: O carcinosarcoma (tumor mülleriano misto maligno) do ovário é uma entidade rara, especialmente quando inclui componente de células germinativas (adenocarcinoma endometrióide e yolk sac). A existência de elementos com diferenciação neuroectodérmica – carcinosarcoma teratóide – tem sido raramente documentada, havendo apenas 5 casos registados.

Objetivos: Apresentação de um caso clínico de carcinosarcoma teratóide do ovário.

Material e métodos: Mulher de 72 anos internada por aumento de volume abdominal e astenia com 2 meses de evolução. Foi submetida a uma laparotomia exploradora que revelou um volumoso tumor anexial direito (1.048 g e 17x15x9 cm) de aspecto necrohemorrágico com ascite e implantes envolvendo as ansas intestinais e fundo de saco de Douglas. O diagnóstico em exame intraoperatório (peça de anexectomia) foi carcinoma indiferenciado, provável seroso. Realizou-se histerectomia total e anexectomia esquerda, linfadenectomia pélvica bilateral, omentectomia infracólica e biópsia bilateral das goteiras parietocólicas.

Resultado e conclusões: O estudo histológico mostrou neoplasia maligna heterogénea com elementos epiteliais, mesenquimatosos, áreas de neuroepitélio-like e do tipo yolk sac com metástases epiplóicas. O estudo imunohistoquímico revelou positividade para vimentina, citoqueratinas (AE1/AE3, CK8/18), EMA, calretinina, inibina, alfa-fetoproteína, proteína S100, p53 e sinaptofisina. Foi feito o diagnóstico de carcinosarcoma teratóide do ovário. A terapêutica instituída foi 6 ciclos de quimioterapia (Carboplatina e Paclitaxel); 7 meses depois houve recidiva a nível peritoneal e a doente faleceu 11 meses depois do diagnóstico.

O carcinosarcoma teratóide do ovário é uma neoplasia muito rara e agressiva, recidivante e resistente a quimioterapia. A escassa casuística dificulta a decisão terapêutica e o estudo do comportamento biológico desta neoplasia.

P 100

DOENÇA DE BEHCET ASSOCIADA A NEOPLASIAS LINFÓIDES – UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM

Autores: Pedro Viana Pinto, Ana Rosa Costa, Jorge Beires

Instituições: Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Centro Hospitalar São João

Introdução: A doença de Behcet é uma vasculite auto-imune sistémica. As manifestações mais comuns incluem úlceras orais recorrentes, inflamação ocular, úlceras genitais, lesões de pele, envolvimento gastrointestinal, doença neurológica ou vascular, e artrite. Reconhecidamente a inflamação crónica é um fator predisponente para o desenvolvimento de carcinomas, motivo pelo qual esta doença pode surgir associada ao desenvolvimento de neoplasias. Embora rara, a associação com neoplasias hematológicas está documentada, das quais a mais comum é com a grande diversidade de linfomas não-Hodgkin.

Objetivo: Descrição de um caso de linfoma não Hodgkin associado a doença de Behcet diagnosticado na nossa instituição.

Material e métodos: Descrição de um caso clínico da nossa instituição. Recurso a bases de dados electrónicas hospitalares para complementar os dados recolhidos na história clínica.

Resultados/conclusões: Doente de 62 anos de idade recorre ao serviço de urgência por apresentar queixas de ardor e prurido vulvar, com 2 semanas de evolução. Referia também disúria sem polaquíúria ou urgência urinária. Apresentava ainda febre (interpretada em contexto de neutropenia febril). Negava qualquer tipo de corrimento vaginal. Fez tratamento empírico com clotrimazol vaginal na semana anterior, sem melhoria sintomática. À data do episódio de urgência encontrava-se a cumprir tratamento com amoxicilina/ácido clavulânico.

Como antecedentes pessoais relevantes apresentava: Linfoma não Hodgkin difuso grandes células B leucemizado; HTA, DM2, dislipidemia e excesso ponderal; tremor essencial; síndrome ansiosa-depressiva; hiperhomocisteinemia e heterozigotia para a MTHFR.

Ao exame objetivo apresentava úlceras vulvares, predominantemente no pequeno lábio direito, bem como múltiplas ulcerações aftosas na cavidade oral. Não apresentava qualquer corrimento vaginal. Restante exame objetivo sem alterações importantes.

Foi feita colheita de zaragatoas para mycoplasma e PCR herpes simplex, bem como pedida serologia

de EBV. Tendo em consideração a principal hipótese de diagnóstico – doença de Behcet – foi iniciado tratamento com propionato de clobetasol tópico (Dermovate[®]), colchicina e lidocaína tópica. Foi reavaliada 1 semana mais tarde, apresentando-se nessa ocasião já sem úlceras orais, mantendo úlceras vulvares com fundo necrótico em cicatrização (melhoria franca do quadro clínico). Tendo em conta que as serologias e exsudados pesquisados foram negativos, estabeleceu-se o diagnóstico de úlceras genitais associadas a doença de Behcet. A associação entre doença de Behcet e neoplasias, embora reconhecida, é rara. Este caso reforça a importância de um exame objetivo adequado, não sendo apropriado o tratamento empírico. Conhecida a associação e estabelecido o diagnóstico, o tratamento desta situação é simples, com alívio rápido dos sintomas.

P 101

CANCRO DA MAMA EM MULHER JOVEM: CASUÍSTICA DE 5 ANOS

Autores: Sílvia Fernandes; Maria João Fonseca, Ana Mações, Joana Belo

Instituições: Serviço de Ginecologia-B Maternidade Bissaya-Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O cancro da mama em mulher jovem, definido como idade inferior a 40 anos à data do diagnóstico, corresponde a menos de 7% dos casos em países desenvolvidos. Classicamente são tumores mais agressivos (alto grau, Her-2 positivo e triplo negativos), diagnosticados em estadios mais avançado e associados mais frequentemente a predisposição genética (mutações BRCA1 e 2).

Objetivos: Avaliar as características do carcinoma da mama nas mulheres com menos de 40 anos vigiadas no nosso centro, num período de 5 anos, considerando fatores fisiopatológicos e a sua influência na evolução da doença.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 26 casos de doentes com menos de 40 anos de idade, diagnosticadas com cancro da mama no serviço, entre 2010-2014. Avaliados dados demográficos, apresentação clínica, exames imagiológicos, estadiamento, cirurgia, resultados anatomopatológicos, tratamento e vigilância.

Resultados: Foram referenciadas ao serviço 28 doentes com cancro da mama com menos de 40 anos (média- 36 ± 3 anos), correspondendo a 4% da totalidade das doentes com cancro da mama orientadas no nosso hospital entre 2010-2014. Excluídas duas doentes por terem realizado terapêutica e seguimento em outro hospital. Todas faziam contraceção com estroprogestativo, 3 eram fumadoras, 6 eram nulíparas e a idade média do primeiro parto foi 27 anos. Existia história familiar de cancro da mama ou ovário em 6 casos. O diagnóstico ocorreu por nódulo mamário ou alterações mamilares em 57% e nas restantes em sequência de exame imagiológico de rotina.

O diâmetro médio da lesão foi significativamente menor quando diagnosticada na sequência de ecografia ou mamografia de rotina (11 mm vs 27 mm se sintomática). Maioritariamente (53%) os tumores ocorreram à esquerda e em uma doente era bilateral. Quanto ao tipo histológico 75% eram carcinoma de nenhum tipo especial, 52% eram grau 2-3; 15% tinha recetores hormonais negativos, 19% eram Her-2 positivo e 65% tinham Ki67 superior a 20%. O tumor era multifocal em 14% e em 59% foi classificado como T1.

Treze doentes (41%) foram submetidas a cirurgia conservadora da mama ab initio; 54%(13/24) realizaram linfadenectomia, 3 das quais após gânglio sentinela positivo. 31% das doentes foram tratadas com quimioterapia neoadjuvante.

Das 26 doentes mantidas em consulta de vigilância, 88% estão livres de doença, tendo ocorrido um caso de novo tumor e 2 de recidiva sistémica.

Discussão e conclusões: No nosso estudo verificamos que as mulheres com menos de 40 anos e cancro da mama apresentavam tumores com maior agressividade biológica, bem como maior proporção com diagnóstico após manifestação clínica, podendo ser justificado pela não inclusão no rastreio organizado. A terapêutica instituída foi baseada principalmente no estadio e biologia do tumor, não sendo a idade um fator decisivo na orientação terapêutica. No grupo estudado 88% das doentes encontra-se livre de doença.

P 102

SEGUIMENTO DE NEOPLASIAS INTRAEPITELIAIS CERVICAIS DE ALTO GRAU (CIN 2+) APÓS CONIZAÇÃO COM ANSA DIATÉRMICA

Autores: Filipa Ferreira, Iolanda Ferreira, Cecília Marques, Teresa Rebelo, Isabel Torgal

Instituições: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Serviço de Ginecologia A

Objectivos: Análise das complicações e recorrências após conização com ansa diatérmica, determinação de factores preditivos de recorrência e avaliação da acuidade da colposcopia, citologia e teste de HPV (Papilomavírus humano) de alto risco (AR) no diagnóstico de recorrência de neoplasia de alto grau aos 6 meses após conização.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos 220 casos de mulheres com o diagnóstico histopatológico de CIN 2+ em peças de conização com ansa diatérmica entre 2005 e 2014. Para detecção de HPV AR foram realizados o teste da captura híbrida ou o teste COBAS. Consideraram-se margens livres quando a distância à lesão era ≥ 3 mm. Foram excluídos 53 casos por perda/incompleta informação clínica e 34 casos por seguimento em regime particular.

Resultados: Dos 133 casos de CIN 2+, houve 11 persistências/recorrências (8,3%), das quais 9 foram diagnosticadas em peça de reconização, todas com o diagnóstico de CIN 2+ e 2 foram diagnosticadas em peças de histerectomia, cujas indicações foram: LSIL (low grade squamous intraepithelial lesion), HPV AR e colpocelo de 3º grau (CIN 2); impossibilidade em avaliar margens de conização (carcinoma epidermóide in situ). As complicações pós-conização incluíram hemorragia activa (1,5%), estenose cervical (1,5%) e ausência de visualização da zona de transformação (60,2%). A média de tempo (meses) da realização da 1ª consulta de seguimento foi de 6, da 2ª de 13, da 3ª de 21 e da 4ª de 25. Aos 24 meses de seguimento, 75% (n=110) das doentes tiveram alta. Existe uma relação entre a persistência/recorrência da lesão após reconização e a positividade da margem endocervical [OR: 6.2; IC(95%):1.6-24.4], assim com a positividade dos testes de HPV de alto risco [OR: 4.6; IC(95%):1.4-15.4]. Não houve diferenças entre os grupos com e sem recorrência em relação à positividade da margem exocervical e à extensão da lesão, assim como em relação à idade, tabagismo e uso prolongado de contracepção hormonal combinada. Dos 133 casos, foi realizado *follow-up* aos 6 meses com a colposcopia, citologia e pesquisa de HPV AR em 38. As sensibilidades da colposcopia, citologia e teste de HPV foram 63%, 67% para e 100%, respectivamente. As especificidades da colposcopia, citologia e teste de HPV foram 94%, 73% para e 80%, respectivamente. O valor preditivo negativo foi de 97% para a colposcopia, 98% para a citologia e 100% para o teste de HPV.

Conclusões: Foram preditivos de recorrência após reconização a positividade da margem endocervical e a positividade dos testes de HPV AR aos 6 meses, o que reflecte a importância destes factores no risco de recorrência. Apesar do reduzido número da nossa amostra que realizou simultaneamente colposcopia, citologia e teste de HPV, pode concluir-se que a presença de um teste HPV negativo foi indicativo de não haver recorrência de CIN2+ e que a colposcopia foi um exame com especificidade superior à citologia e teste de HPV.

P 103

ADESÃO DAS JOVENS ALUNAS DA UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR À VACINA PROFILÁTICA CONTRA O HPV. RESULTADO DE UM INQUÉRITO

Autores: José Alberto Fonseca Moutinho, Micaela Raquel Raúl Manuel, Sara Morgado Nunes

Instituição: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; Escola Superior de Gestão, Instituto Politécnico de Castelo Branco

Introdução: Sendo a infecção persistente pelo HPV de alto risco o principal factor etiológico do cancro do colo do útero, foram desenvolvidas duas vacinas profiláticas contra o HPV com o intuito de diminuir a incidência desta mesma patologia. Vários estudos foram realizados com o objectivo de compreender os motivos que levam a população-alvo a optar ou não pela vacinação, resultando que, de um modo geral, as principais causas referidas são o custo da vacina, o receio dos efeitos adversos e a falta de informação adequada sobre a vacina. O objectivo do presente estudo foi avaliar a sensibilidade de uma população de mulheres jovens, universitárias, face à vacinação profilática contra o HPV.

Metodologia: Foi construído um inquérito, anónimo, que previamente foi testado e validado, aplicado então a estudantes do 1º e 2º Ciclos da Universidade da Beira Interior, com idades compreendidas entre os 18 e os 26 anos. A sua aplicação foi feita por contacto pessoal entre Outubro e Dezembro de 2014. As questões, de escolha múltipla, incidiram sobre a caracterização sociodemográfica, antecedentes ginecológicos e obstétricos e da vida sexual e sobre as motivações para a vacinação contra o HPV.

Resultados: Foram obtidas 469 respostas. Todos os questionários recebidos eram avaliáveis. A maioria das jovens inquiridas tinha idade compreendida entre os 18 e os 21 anos (média de idades de 20,26 anos), frequentava o curso de Medicina da FCS da UBI, e eram naturais da região centro do país. Das jovens abrangidas pelo PNV, 89,3% estavam vacinadas. Das que não foram abrangidas pelo PNV, 56,4% estavam vacinadas por iniciativa própria. Nas jovens que tinham sido abrangidas pela vacinação incluída no PNV, “Cumprir o Plano Nacional de Vacinação” foi o motivo mais apontado para terem sido vacinadas (90,7%). Nas jovens que não tinham sido incluídas no PNV, os motivos mais apontados para tomarem a iniciativa de se vacinarem foram o “Receio do Cancro do Colo do Útero” (37,7%) e a “Recomendação Médica” (26,4%). Dentro das jovens não vacinadas, os motivos mais referidos para não se terem vacinado foram a falta de informação esclarecedora (51,9%), as questões económicas (32,1%) e o receio dos efeitos secundários da vacina (18,5%).

Conclusão: A maioria das jovens inquiridas encontrava-se vacinada contra o HPV. Das não vacinadas, a maioria referiu que pretendia ainda vir a fazê-lo. O esclarecimento adequado e o aconselhamento médico mostraram-se factores determinantes para a decisão das jovens sobre a vacinação, o que nos sugere a necessidade de definição de estratégias naquele sentido



Since 1901

Patrocinios Sponsors

Agência de Viagens Oficial do Congresso *Congress Official Travel Agency*



T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt | W: www.admedictours.pt
RNAVT 2526