

187ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Ginecologia

ONCOLÓGICA

Hotel Vila Galé Coimbra

13 e 14 janeiro 2017



**Programa
Científico**

Sexta-feira

13 de janeiro 2017

14:00h

Abertura do Secretariado

15:00-15:15h

Sessão de Abertura

15:15-17:00h

Cancro da Vulva

Moderadoras: *Margarida Barros e Lurdes Salgado*

> Doença de Paget: diagnóstico e tratamento

Mónica Pires

> Abordagem da região inguinal, na doença inicial e localmente avançada

Margarida Bernardino e Catarina Travancinha

> Abordagem cirúrgica da vulva: papel da cirurgia plástica

Carla Diogo

17:00-17:20h

Coffee-break

17:20-19:00h

Nutrição e cuidados paliativos

Moderadoras: *Florabela Gonçalves e Filomena Santos*

> Nutrição do doente oncológico: o que o ginecologista oncológico deve saber?

Isabel Lavinha

> Cuidados paliativos no cancro ginecológico

> Tratamento da hemorragia aguda

Ana Coelho e Maria Fortunato

> Quadro de oclusão intestinal

Ricardo Martins e Rui Carneiro

19:00h

Apresentação do texto dos Consensos Cancro Ginecológico 2016

Sábado

14 de janeiro 2017

08:00h

Abertura do Secretariado

08:10-09:00h

Comunicações Orais

Moderadoras: *Teresa Rebelo e Cristina Frutuoso*

09:00-10:30h

Cancro do endométrio

Moderadores: *Luís Sá e Gilberto Melo*

- > Carcinoma seroso do endométrio: especificidades do diagnóstico e tratamento
Paulo Correia e Teresa Carvalho
- > Abordagem cirúrgica: a doente obesa
Hugo Gaspar
- > Controvérsias na radioterapia adjuvante
Inês Nobre Góis

10:30-10:50h

Coffee-break

10:50-11:50h

Simpósio

Novo paradigma na vacinação contra o HPV

Moderador: *Carlos de Oliveira*

Palestrantes: *Ângela Pista e Daniel Pereira da Silva*



11:50-13:30h

Carcinoma do colo

Moderadores: *Almerinda Petiz e José Fonseca Moutinho*

- > Menor agressividade cirúrgica: já é presente?
Paulo Aldinhas
- > Carcinoma localmente avançado: insuficiência renal e fistulas. Que abordagem?
Lorenzo Marconi
- > Tratamento da recorrência
 - > Cirúrgico: indicações para exenteração
Alfredo Gouveia
 - > Médico
Catarina Cardoso

13:30-14:30h

Almoço

14:30-15:30h

Simpósio

AstraZeneca 

BRCA e cancro do ovário:

Desafios e oportunidades numa mudança de paradigma

> Boas-vindas e introdução

Noémia Afonso

> Importância da identificação da mutação BRCA em cancro do ovário

Hugo Nunes

> Discussão e Q&A

Noémia Afonso

15:30-17:00h

Carcinoma do ovário: casos especiais

Moderadoras: *Ana Francisca Jorge e Susana Sousa*

> Tumores *borderline*: indicações para cirurgia conservadora e estratégia de seguimento

Rita Sousa

> Carcinoma de baixo grau: há especificidades no tratamento?

Henrique Nabais e Mónica Nave

> Carcinoma do ovário: algoritmo de tratamento da recorrência platina sensível

Joana Bordalo e Sá

17:00h

Encerramento da Reunião e Assembleia Geral



Resumos

Comunicações Orais

Posters



Comunicações Orais

CO 01

RADIOTERAPIA NO CANCRO DO ENDOMÉTRIO EM DOENTE COM RIM PÉLVICO

Cátia Pedro; Pedro Silva; Catarina Travancinha; Paula Pereira; Filomena Santos
Serviço de Radioterapia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE

Introdução: O carcinoma do endométrio é o quarto cancro mais frequente nas mulheres. O tratamento de primeira linha é a cirurgia, mas a radioterapia (RT) e a quimiorradioterapia adjuvantes podem estar indicadas nas doentes de risco intermédio ou alto. Neste contexto, a presença de rim pélvico é rara e constitui um importante elemento a ter em consideração na decisão e planeamento da terapêutica adjuvante.

Objetivo: Apresentação de caso clínico sobre doente com carcinoma do endométrio, portadora de rim pélvico, submetida a radioterapia adjuvante.

Material e métodos: Revisão do processo clínico, incluindo exames de estadiamento, tratamento primário e adjuvante.

Resultados: Doente do sexo feminino de 54 anos, com antecedentes de rim pélvico único na fossa ilíaca direita, após transplante renal realizado por insuficiência renal crónica causada por glomerulopatia.

Diagnóstico de carcinoma do endométrio, submetida a hysterectomia total com salpingectomia e ooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica bilateral – carcinoma misto do endométrio (endometrióide, 95% e seroso) com invasão do anexo esquerdo, estadiado FIGO IIIA. A doente foi submetida a quimioterapia adjuvante e, posteriormente, encaminhada para RT.

Antes de iniciar a RT, foi avaliada a função renal (normal) e realizada uma tomografia computadorizada de planeamento, onde foram delimitados os volumes-alvo e órgãos de risco. Respeitando o protocolo institucional e tendo em conta o potencial risco de nefrotoxicidade, realizou radioterapia de intensidade modulada (IMRT), com 45 Gy em 25 fracções (1,8 Gy/ciclo/dia). Assim, foi possível irradiar o volume-alvo com uma dose terapêutica, sem comprometer a sua cobertura (V95 do PTV de 99,1%), respeitando a tolerância dos órgãos de risco e, em particular, minimizando a dose sobre

o rim (dose média 6,4 Gy).

Conclusão: A presença de rim pélvico dificulta a administração de RT no tratamento adjuvante do carcinoma do endométrio. Existem poucos casos descritos na literatura e os dados sobre a tolerância do rim transplantado são escassos. No caso clínico apresentado, é demonstrado que a IMRT permite tratar estas doentes, minimizando a dose no rim, mas sem comprometer a dose sobre o volume-alvo.

CO 02

ESTADIAMENTO CIRÚRGICO E CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO: SERÁ A RESSONÂNCIA CAPAZ DE EXCLUIR A HISTOLOGIA EXTEMPORÂNEA?

Rafaela Pires¹; Fernanda Santos²; Diana Vale¹; Isabel Henriques¹; Maria José Noruegas³; Inês Abreu²; Fernanda Águas¹

¹Serviço Ginecologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Centro Hospitalar de Leiria - Hospital Santo André; ³Serviço de Radiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O cancro do endométrio é a neoplasia ginecológica mais frequente, com 75% dos casos diagnosticados em estadiado I. O estadiamento é cirúrgico, na ausência de contraindicação, com remoção do útero e anexos, biópsia de lesões suspeitas e linfadenectomia em casos selecionados. A linfadenectomia pélvica nos carcinomas do endométrio de baixo risco não está recomendada. Deste grupo fazem parte os adenocarcinomas do tipo endometrióide e estadiado IA (classificação de FIGO 2009), com grau histológico G1 e G2. A Ressonância Magnética (RM) tem vindo a ser considerada a modalidade imagiológica mais eficaz na detecção do envolvimento miometrial, contudo, o exame anatomopatológico intraoperatório é ainda utilizado para orientação da conduta cirúrgica.

Objetivo: Avaliar a concordância entre a RM pré-operatória ou estudo extemporâneo e o estudo anatomopatológico definitivo.

Materiais e métodos: Foi efetuado um estudo retrospectivo, onde foram analisados 145 casos de carcinomas do endométrio, diagnosticados no serviço de ginecologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, de Janeiro 2010 a Dezembro de 2015. A análise estatística foi efetuada através do programa STATA13.1.

Resultados: Dos casos analisados, 72% eram adenocarcinomas do tipo endometrióide, 12% carcinomas serosos, 10% células claras e 6% outros (mu-

cinoso e indiferenciado). 50% com diferenciação G1 e 25% G3. 77% em estadio I (54%:IA; 23%:IB), 9% estadio II, 8% estadio III e 6% estadio IV. A idade mediana de diagnóstico foi de 70 anos (p5:46; p95:87). 91% dos casos foram diagnosticados por histeroscopia e 9% foram achados operatórios. A RM pré-operatória foi efetuada em 77% dos casos (n = 102). Em 57%(n = 60) foi identificada invasão miometrial inferior a 50% e em 43% (n = 42) superior. Na histologia definitiva verificou-se invasão inferior a 50% em 62% e superior em 38%. A concordância imagiológica vs histológica observada foi de 76%, com índice K de 0,50 (concordância moderada). A RM demonstrou sensibilidade diagnóstica de 75% e especificidade de 77% (AUC:0,76). Ajustando para a prevalência da doença, em 85% dos casos a RM foi verdadeiramente negativa e em 63% verdadeiramente positiva. Os falsos negativos (n = 8), foram identificados em estudos realizados previamente a 2012, sendo que 63% (n = 5) eram carcinomas de células claras ou serosos e 50% com graus de diferenciação superiores ou iguais a 3. O estudo extemporâneo foi efetuado em 55% das cirurgias (n = 68), com sensibilidade e especificidade superiores à RM (S = 80%, E = 92%, AUC:0,86) e 23% (n = 16) com invasão miometrial superior ou igual a 50%. O índice K foi 0,7 (concordância moderada).

Conclusão: Apesar da superioridade diagnóstica identificada, o grupo conclui não ser possível afirmar que o estudo extemporâneo seja superior à RM, pois o número de casos analisados é reduzido e a variabilidade entre operadores é igualmente difícil de eliminar, não sendo por isso possível rejeitar qualquer um dos exames.

CO 03

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: ALTERNATIVAS PERANTE PERSISTÊNCIA DE LESÃO TUMORAL

Mariana Rei^{1,2,3}; Sara Tavares^{1,2}; José Ferreira¹; Raquel Mota¹; Antónia Costa^{1,2,3}; Vera Paiva¹

¹Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar de São João, E.P.E. Porto; ²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto; ³IS Instituto de Inovação e Investigação em Saúde, Universidade do Porto

Introdução: Mulheres com o diagnóstico de gravidez molar completa apresentam um risco de 15 a 28% de desenvolvimento de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) com necessidade de qui-

mioterapia. A abordagem cirúrgica em mulheres com desejo de preservação da fertilidade deve ser individualizada.

Objetivos: Revisão crítica da orientação clínica de um caso de NTG com resposta lenta à quimioterapia e persistência de tecido neoplásico. Discussão das opções terapêuticas em caso de desejo de preservação da fertilidade.

Material e métodos: Análise retrospectiva de um caso clínico de NTG após gravidez molar referenciado para consulta de grupo de ginecologia oncológica num hospital terciário. Revisão da literatura relativamente às abordagens cirúrgicas em caso de persistência neoplásica após quimioterapia.

Resultados e conclusões: Mulher de 31 anos, primigesta, internada com o diagnóstico de gravidez não evolutiva do 1º trimestre e suspeita de gravidez molar. Procedeu-se a tentativa de esvaziamento uterino instrumental por aspiração, suspensa por perfuração uterina, seguida de protocolo de resolução médica de gravidez inviável sem sucesso. Extração histeroscópica de fragmentos ovulares, cujo exame anatómopatológico revelou aspetos sugestivos de abortamento molar.

Avaliada em consulta de grupo de ginecologia oncológica, classificada como estadio FIGO I, com score prognóstico de 4, tendo iniciado monoquimioterapia sistémica com metotrexato. Após declínio analítico progressivo da subunidade β da hormona gonadotrofina coriónica (β -HCG), no final do 31º ciclo constatou-se plateau nos níveis de β -HCG associado a persistência imagiológica de lesão endocavitária uterina (massa heterogênea hipocaptante de maior diâmetro 58mm), condicionando adelgaçamento da parede miometrial adjacente (espessura mínima de 3mm). A biópsia endometrial ecoguiada confirmou persistência NGT. Submetida a histerotomia laparotômica com esvaziamento do conteúdo uterino e ressecção parcial da parede uterina adjacente ao local de implantação da persistência neoplásica. Após referido procedimento cirúrgico constatou-se normalização imagiológica morfodimensional uterina, bem como negatificação da β -hCG, tendo efetuado 2 ciclos adicionais de metotrexato.

A orientação dos casos de NTG com persistência neoplásica em mulheres com desejo de preservação da fertilidade deve ser individualizada, podendo incluir abordagem médica e cirúrgica combinadas para proporcionar remissão da doença e possibilidade de gestações futuras.

CO 04

CARCINOMA EPIDERMÓIDE LOCALMENTE AVANÇADO DO COLO DO ÚTERO

– RESULTADOS APÓS RADIOQUIMIOTERAPIA

Andreia Ponte; André Almeida; Tânia Teixeira;
João Casalta Lopes; Inês Nobre Góis; Margarida Borrego
Serviço de Radioterapia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O cancro do colo do útero é o quarto mais frequente a nível mundial na mulher e o sétimo em Portugal. A radioquimioterapia (RQT) concomitante é actualmente considerada o tratamento standard na doença localmente avançada.

Objetivos: Avaliar os resultados, complicações e sobrevivências registadas nas doentes com carcinoma epidermóide do colo estádios IIB e IIIB que realizaram RQT seguida de Braquiterapia intracavitária com alta taxa de dose.

Material e métodos: Análise retrospectiva das doentes tratadas entre 2002 e 2014, estádios IIB e IIIB que realizaram radioterapia externa pélvica com doses de 50,4Gy/28fr a 59,4Gy/33fr, seguida de braquiterapia intracavitária com dose de 21Gy/3fr e 14Gy/2fr, respectivamente. Quimioterapia de radiosensibilização com Cisplatina (40 mg/m²/semana iv). A toxicidade aguda foi avaliada pela escala CTCAE 4.0 e a toxicidade tardia pelo Glosário Franco Italiano. Análise de sobrevivência pelo método de Kaplan-Meier e regressão de Cox.

Resultados: Incluídas 104 doentes, com idade mediana 58 anos, Karnofsky $\geq 90\%$ em 94,2%, com o diagnóstico de carcinoma epidermóide, estadiado em IIB em 43,3% e IIIB em 56,7%. A dimensão tumoral mediana foi de 4,45cm, com 52,9% das doentes com tumores >4 cm, invasão vaginal em 73,1% e adenopatias pélvicas em 33,7%. Ao diagnóstico, o marcador tumoral SCC encontrava-se elevado em 74,5% e a Hemoglobina (Hb) <10 g/dL em 6,7% das doentes. As complicações agudas grau 3-4 foram exclusivamente hematológicas, sobretudo leucopenias grau 3 (30,8%). Toxicidades tardias: rectite 26,9% (2 doentes G3), cistite 11,5% (3 doentes G3), enterite/colite 4,8%. Tempo mediano de *follow-up*: 64 meses. Verificou-se persistência da doença em 1,9%, recorrência loco-regional (RLR) em 19,2% maioritariamente nos 2 primeiros anos após tratamento e metastização à distância em 23,1%. A detecção de RLR foi preditora de forma significativa de metastização à distância ($p=0.006$). So-

breviência mediana 10,3 anos. Nos estádios IIB e IIIB, a sobrevivência específica de doença (SED) aos 5 anos foi respectivamente 76,8% e 74,5%. A invasão vaginal, a presença de adenopatias loco-regionais e o SCC no 1º *follow-up* (SCC FU $>1,5$ ng/mL) tiveram impacto prognóstico na SED, SLD e SLD loco-regional (SLDLR). A dimensão tumoral >4 cm e a anemia com Hb <10 g/dL durante o tratamento tiveram impacto significativo na SLD e na SLDLR.

Em análise multivariada mantiveram impacto prognóstico na SED o SCC-FU ($p=0,001$, HR 4,9); na SLD o SCC-FU (0,001, HR 5,1) e a existência de adenopatias ao diagnóstico ($p=0,012$, HR 2,7); e na SLDLR o SCC-FU ($p=0,018$, HR 5,0) e a Hb <10 g/dL durante o tratamento ($p=0,005$, HR=4,4).

Conclusão: A dimensão tumoral, a invasão vaginal e ganglionar ao diagnóstico e o SCC no 1º *follow-up* mostraram ter impacto prognóstico. Os níveis de Hb durante o tratamento foram associados a um melhor controlo local. Nas nossas doentes a SED aos 5 anos é sobreponível nos estádios IIB e IIIB.

CO 05

AS CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS DOS GÂNGLIOS LINFÁTICOS INGUINAIS NO CANCRO DA VULVA

Patrícia Pinto¹; Filip Fruhauf²; Rosalie Bennett²;
Michal Zikan²; Daniela Fischerová²; David Cibula²

¹Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE; ²Gynecologic Oncology Center, Dept. of Ob/Gyn First Faculty of Medicine and General University Hospital, Charles University in Prague

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar as características ecográficas dos gânglios linfáticos inguinais em doentes com cancro da vulva.

Material e métodos: Foram incluídos prospectivamente no estudo, entre Janeiro de 2009 e Julho de 2016, todos os doentes com cancro da vulva que realizaram ecografia prévia à cirurgia e consecutivamente tiveram excisão dos gânglios linfáticos inguinais. Os gânglios linfáticos foram avaliados ecograficamente por 4 sonografistas experientes em termos de topografia, tamanho, morfologia e arquitectura Doppler seguindo um protocolo pré-definido sendo classificados como benignos, suspeitos de metastização e metastizados. Suspeitos e metastizados foram combinados como positivo para análise final. O exame anátomo-patológico final foi usado como standard reference.

Resultados e conclusões: Dos 95 doentes com cancro de vulva, 20 foram excluídos por ausência de *reference standard* pelo que foram analisados 75 doentes. Destes 75, realizou-se excisão unilateral dos gânglios inguinais em 19 casos e excisão bilateral em 56 doentes pelo que foram analisadas 131 regiões inguinais. Na avaliação pré-operatória do envolvimento metastático dos gânglios inguinais, a sensibilidade e especificidade por doente foi 89,7% e 89,1% (3 casos falsos negativos e 5 falsos positivos) e por região inguinal foi 86% e 93% (6 casos falsos negativos e falsos positivos). Os resultados demonstraram que os gânglios inguinais benignos (em comparação com os gânglios metastizados) apresentaram características típicas como a homogeneidade (100,0 vs 39,5%, $p=0,001$), forma oval (94,3 vs 14,0%, $p<0,001$) e presença do hilo (98,9 vs 53,5%, $p=0,007$). Pelo contrário, os gânglios metastizados tiveram como características a assimetria cortical (39,5 vs 4,5%, $p<0,001$) numa fase inicial ou uma forma arredondada (46,5 vs 1,1%, $p<0,001$) reflectindo uma razão maior diâmetro/menor diâmetro $\leq 2,0$ ($p=0,044$) numa fase avançada de metastização. Adicionalmente, os gânglios linfáticos metastizados apresentaram, mais frequentemente que os gânglios benignos, hipoeogenicidade (86,0 vs 6,8%, $p<0,001$), infiltração da cápsula (46,5 vs 0,0%, $p<0,001$) e presença de necrose (58,1 vs 0,0%, $p<0,001$). Relativamente ao tamanho, os gânglios metastizados foram maiores em termos de maior e menor diâmetros ($p=0,001$ e $p=0,004$) em comparação com os gânglios benignos. Em relação à perfusão, os gânglios metastizados demonstraram todos os tipos de perfusão (hilar, periférica e combinada, etc) enquanto que os gânglios benignos apenas apresentaram perfusão hilar ($p<0,001$).

A característica típica de uma infiltração inicial foi um espessamento assimétrico cortical correspondente à presença de pequena metástase intranodular, enquanto que numa fase avançada de infiltração, as características foram forma arredondada, hipoeogenicidade, infiltração da cápsula e presença de necrose. Os nossos resultados demonstram que a ecografia é um método diagnóstico útil na predição de envolvimento ganglionar em doentes com cancro da vulva.

Posters

P 01

UTILIZAÇÃO DA TERMINOLOGIA E DOS MODELOS PREDITIVOS DO IOTA NA ABORDAGEM DAS MASSAS ANEXIAIS

Galvão A.; Carvalho S., Gonçalves D.; Fernandes E.; Morgado A.

Centro Materno Infantil do Norte (CMIN)

– Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: Este trabalho tem como objetivo descrever os desfechos das massas anexiais abordadas segundo a terminologia e os modelos preditivos do IOTA (*International Ovarian Tumor Analysis*) e que têm caracterização histológica.

Métodos: Estudo retrospectivo de mulheres com massas anexiais que fizeram ecografia ginecológica no CMIN nos anos de 2014 e 2015, nas quais foi utilizada terminologia IOTA. As ecografias foram realizadas por diferentes operadores, com diferentes níveis de experiência.

Resultados: Registaram-se 319 casos de mulheres com massas anexiais descritas segundo a terminologia IOTA. A idade variou entre os 14-92 anos.

92 mulheres foram submetidas a cirurgia por causa da massa anexial: 32 tinham uma massa unilocular, 5 unilocular-sólida, 41 multilocular, 3 multilocular-sólida, 4 sólida e nas restantes não havia descrição do tipo de massa. Apenas 2 tinham ascite. O tamanho da lesão variou entre os 7 e os 91 mm. Em todos os casos foram usadas as *simple rules*, enquanto que em 23 casos não foi usado o LR2 (*logistic regression model 2*). O modelo ADNEX não foi utilizado. Histologicamente, 4 dessas massas eram malignas. De acordo com as *simple rules*, 6 massas foram classificadas como malignas, sendo que em apenas 2 a malignidade foi confirmada histologicamente. Obtiveram-se 11 massas não classificáveis de acordo com as *simple rules*, todas elas histologicamente benignas. O modelo LR 2 conferiu à massa um risco de malignidade superior a 10% em 11 casos, sendo que em apenas 2 a malignidade foi confirmada.

Dos 4 casos de malignidade registados em 92 massas operadas, 2 foram categorizados como malignos pelas *simple rules* e os outros 2 não; nesses dois não foi usado o modelo LR 2.

A sensibilidade das *simple rules* foi de 50% e a especificidade foi de 97.4%. A sensibilidade do LR 2

foi de 100% e a especificidade foi de 86.4% (contudo em muitos casos este modelo não foi utilizado).

Conclusão: Na nossa amostra, o método que demonstrou ser mais sensível na identificação de massas malignas foi o LR2 e o método mais específico foram as simple rules.

Em alguns casos não se recorreu ao modelo LR 2, mas este parece ser o método ideal de rastreio na nossa população, uma vez que não deixou passar nenhum caso de malignidade. Torna-se assim importante a certificação e a familiarização com os termos e com a metodologia IOTA na nossa instituição, havendo particular interesse na adoção do modelo LR2.

P 02

TUMORES NÃO EPITELIAIS DO OVÁRIO – CASUÍSTICA DE 10 ANOS

Inês Ramalho; Cristina Frutuoso; Fernanda Águas
Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Introdução: Os tumores não epiteliais do ovário representam cerca de 5% das neoplasias do ovário, compreendendo um grupo heterogêneo de tumores, com morfologia e comportamento clínico variável, incluindo os germinativos e dos cordões sexuais-estroma. Distintamente dos epiteliais, estes tumores são frequentemente diagnosticados em estádios precoces e o tratamento cirúrgico associado a quimioterapia apresenta resultados a longo prazo favoráveis.

Objetivo: Este estudo pretendeu analisar os casos de tumores do ovário dos cordões sexuais, estroma e células germinativas no Serviço de Ginecologia A do CHUC.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos ocorridos entre janeiro de 2006 e novembro de 2016. Foram criados 2 grupos consoante o diagnóstico: A-tumor dos cordões sexuais e estroma e B-tumor maligno de células germinativas. Análise estatística realizada com SPSS 23.

Resultados: Foram incluídas 17 doentes, 9 no grupo A, com diagnóstico de Sertoly Leydig (n = 5) e tumor das células da granulosa (n = 4) e 8 no grupo B, com disgerminoma (n = 5), teratoma imaturo (n = 2) e saco vitelino (n = 1).

A média de idades ao diagnóstico foi 51,44±22,82 [21-86] anos no grupo A e 33,71±14,60 [17-59] no grupo B.

A distensão abdominal (43,8%) e algias pélvicas (41,2%) foram os principais motivos de referência à consulta, apresentando ascite ao exame

objetivo 17,6% das doentes. O marcador tumoral Ca 125 estava aumentado (>27 UI/mL) em 72,7% e AFP em 11,1%. O estudo imagiológico revelou uma formação anexial com dimensão média de 14cm, sem diferença entre os dois grupos.

As doentes foram todas submetidas a laparotomia exploradora, tendo sido realizado salpingo-ooforectomia unilateral exclusiva em 22% no grupo A e 75% no grupo B, associado a linfadenectomia com biópsias múltiplas em 67% e 100%, respetivamente. No grupo A o diagnóstico ocorreu em estádios mais precoces (estádio I 85,7% vs 62,5%), tendo 37,5% das doentes do grupo B sido diagnosticadas em estádios ≥ III.

Realizou quimioterapia adjuvante (QTA) com esquema BEP 33,3% no grupo A e 75% no grupo B, com uma média de 4 ciclos, tendo se verificado adiamento sobretudo por toxicidade hematológica. Durante o seguimento, verificou-se recorrência em 1 doente do grupo A e no grupo B em 3, tendo 1 falecido após recusar QTA.

Conclusão: Os tumores não epiteliais do ovário constituem um grupo de tumores raros, muito heterogêneo e cujo comportamento clínico é muito variável, mesmo dentro de cada grupo histológico. Devido à sua raridade, devem existir centros de referência.

P 03

TERAPÊUTICA ADJUVANTE NO CARCINOMA ENDOMETRIAL DE ALTO RISCO – QUE ESQUEMA TERAPÊUTICO?

Andreia Ponte¹; Inês Ramalho²; João Casalta Lopes^{1,3}; Tânia Teixeira¹; Inês Nobre Góis¹; Cristina Frutuoso²; Margarida Borrego¹

¹Serviço de Radioterapia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Unidade de Biofísica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: O carcinoma do endométrio (CE) é a neoplasia ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos. Tumores de alto risco, como os serosos (CS), de células claras (CC) e mistos (CM), apresentam grande propensão para a disseminação peritoneal, metastização e recorrência, pelo que, após cirurgia, a quimioterapia (QT), associada à radioterapia (RT) são usadas como terapêutica adjuvante. Embora não consensual, estudos retrospectivos apontam um potencial benefício em termos de toxicidade e sobrevivência do regime Sandwich (três ciclos de carboplatina e paclitaxel

antes e depois da RT) relativamente ao regime sequencial convencional de QT seguida de RT.

Objetivo: Comparar os esquemas de QT/RT *Sequencial vs Sandwich*, em doentes com CE, no que respeita a toxicidade e sobrevivência.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva das doentes com CE tratadas com QT e RT adjuvantes entre 2010 e 2015. Constituídos 2 grupos consoante o regime terapêutico realizado: Grupo A-Sequencial, Grupo B- *Sandwich*. Toxicidade aguda avaliada pela escala CTCAE 4.0 e tardia pelo Glossário Franco Italiano. Análise de sobrevivência pelo método de Kaplan-Meier e regressão de Cox. Erro tipo I de 0,05.

Resultados: Incluídas 32 doentes, 15 no grupo A e 17 no grupo B. Não foram encontradas diferenças relativamente à idade (mediana 67 vs 64 anos), Karnofsky ($\geq 90\%$: 100% vs 94,1%) e antecedentes ginecológicos. No grupo A, apresentavam CS 46,7% das doentes, 20% CC, 33,3% CM. No grupo B, CS 52,9% das doentes, 11,8% CC, 35,3% CM. Os estádios mais frequentes foram IB (33,3% vs 29,4%) e II (20% vs 29,4%).

No respeitante à QT, os resultados foram sobreponíveis quanto ao número total de ciclos (≥ 6 : 86,7% vs 88,3%), à necessidade de interrupção (6,7% vs 5,9%), adiamento (20,0% vs 23,5%) e redução de dose (6,7% vs 23,5%). A toxicidade foi sobretudo hematológica, apresentando o grupo B mais leucopenia (82,4% vs 28,6%, $p=0,003$), embora sem diferença significativa no grau 3.

Relativamente à RT, 1 doente realizou exclusivamente braquiterapia (BT), com as restantes a realizar BT (28Gy/4fr) seguida de RT externa (50,4Gy/28fr). Todas completaram RT, com necessidade de adiamento em 1 doente no grupo B. A toxicidade foi maioritariamente hematológica e gastrointestinal, sem diferenças entre os grupos.

Com *follow-up* mediano de 28 meses (41 vs 16meses, $p<0,001$), não houve diferenças nas sobrevivências aos 2 anos: livre de doença loco-regional 92,3% vs 100%; livre de doença 64,3% vs 87,8%; global 85,7% vs 85,2% e específica de doença 85,7 vs 85,2%.

Conclusões: Ambos os esquemas terapêuticos foram bem tolerados, registando-se apenas maior frequência de leucopenia no grupo B durante a QT, maioritariamente G1-2. Não houve diferença nas sobrevivências. Pretendemos aumentar o *follow-up* destas doentes sobretudo no grupo B assim como o número de doentes incluídas no estudo para maximizar o poder estatístico das comparações.

P 04 (RETIRADO)

P 05

TUMORES *BORDERLINE* DO OVÁRIO

– A NOSSA EXPERIÊNCIA

Raquel Lopes¹; Gonçalo Cardoso; Lúcia Correia²; Alexandra Rico Sofia²; Ana Francisca Jorge³

¹Interno Ginecologia/Obstetria, Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Centro Hospitalar de Lisboa Central; ²Assistente Hospitalar no Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Francisco Gentil, E.P.E.; ³Directora de Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Francisco Gentil, E.P.E.

Introdução: Os tumores epiteliais *borderline* representam 15-20% dos tumores do ovário e distinguem-se pelo seu baixo potencial de malignidade e excelente prognóstico.

Objetivo: Análise dos casos de tumores *borderline* do ovário tratados num centro de referência.

Material e métodos: Análise descritiva, retrospectiva, dos 83 casos de tumores *borderline* do ovário tratados no Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Francisco Gentil, E.P.E., entre janeiro de 2007 e outubro de 2016.

Foram analisadas as características demográficas, clínico-analíticas, histológicas, o estadio, a terapêutica e o seguimento.

Resultados e conclusões: As doentes apresentavam uma idade média de 51.0 ± 18.9 (16-87) anos, 42 (50.6%) tinham menos de 50 anos e 39.8% ($n=33$) eram nulíparas.

Quanto à forma de apresentação, as algias pélvicas foram a queixa mais frequente ($n=25$, 30.1%) no entanto 37.3% das mulheres estavam assintomáticas. Analiticamente 39 doentes (47%) apresentavam valores de CA125 > 35 U/mL e um ROMA de alto risco foi identificado em 23 (52.3%) dos 44 casos testados.

O estadiamento cirúrgico constituiu a abordagem inicial, sendo este conservador em 15 (18.1%) casos. Quarenta tumores (48.2%) eram do subtipo mucinoso e 89,2% dos casos foram diagnosticados no estadio I.

No seguimento destes tumores foram diagnosticadas 6 recidivas (7.2%), 3 na forma de carcinoma invasivo, e a taxa de mortalidade decorrente da patologia oncológica foi 0%.

Em conclusão, tal como descrito na literatura, também na nossa amostra os tumores *borderline*

do ovário foram diagnosticados maioritariamente em estádios precoces e associaram-se a um bom prognóstico. No entanto, e ao contrário do previamente descrito, os tumores mucinosos constituíram o subtipo histológico mais frequente.

P 06 (RETIRADO)

P 07

STRUMAL CARCINÓIDE DO OVÁRIO:

PARA ALÉM DE UM TERATOMA

Catarina Pardal¹; Sofia Daniela Carvalho²; Ana Margarida Ferreira²; Carla Monteiro¹; Paula Serrano¹
¹Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital de Braga;
²Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Braga

Introdução: O strumal carcinóide do ovário é um tumor de células germinativas raro, do grupo dos teratomas monodérmicos, caracterizado pela coexistência de tecido tiroideu e carcinóide. Imagiologicamente estes tumores simulam e podem mesmo coexistir com teratomas maduros, dificultando a sua suspeita pré-operatória na mulher assintomática. No entanto, nesta neoplasia as células carcinóides podem invadir o componente estromal da mesma, e em casos raros evoluir para doença metastática.

Objetivo: Avaliar o método de diagnóstico e prognóstico do tumor carcinóide estromal do ovário.

Material e métodos: Apresentamos um caso clínico de uma mulher com 52 anos de idade, com um tumor carcinoide estromal do ovário em associação com cistadenoma mucinoso e seu *follow-up*.

Resultados e conclusões: Neste caso clínico o diagnóstico de um tumor carcinóide estromal foi um achado histológico ocasional em peça de quistectomia com suspeita ecográfica de teratoma. A maioria dos casos de strumal carcinóide do ovário são funcionalmente inativos, encontrando-se o nosso caso em concordância com a literatura. O diagnóstico definitivo é histológico e implica a identificação do componente tiroideu em íntima relação com os outros elementos teratomatosos, e quando necessário, a positividade para a tireoglobulina confirma o diagnóstico. Apesar do baixo potencial de malignidade, a transformação maligna está descrita, pelo que a vigilância prolongada destas mulheres é essencial.

P 08

TUMOR BORDERLINE DO OVÁRIO – O PAPEL DA CIRURGIA CONSERVADORA

Lúcia Correia¹; Berta Lopez¹; Raquel Lopes²; Gonçalo Cardoso²; Ana Francisca Jorge³
¹Assistente Hospitalar no Serviço de Ginecologia, IPO de Lisboa – Francisco Gentil; ²Interno Ginecologia/Obstetria, Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Centro Hospitalar de Lisboa Central; ³Diretora de Serviço de Ginecologia, IPO de Lisboa – Francisco Gentil

Introdução: Os tumores *borderline* do ovário, enquanto neoplasia de baixo potencial de malignidade, têm na cirurgia conservadora uma opção terapêutica, permitindo, às mulheres que o desejem, a preservação da fertilidade e a possibilidade de completar o seu plano reprodutivo.

Objetivo: Avaliar o prognóstico do estadiamento conservador nos tumores *borderline* do ovário.

Método: Estudo retrospectivo dos tumores *borderline* do ovário tratados no Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Francisco Gentil, entre janeiro de 2007 e outubro de 2016 (n = 83 tumores epiteliais). Foram excluídos casos com outras neoplasias síncronas ou metácrônicas (n = 5) e aqueles cujo diagnóstico foi efetuado em peça de cirurgia prévia e não completaram estadiamento (n = 7).

Os 71 casos considerados para análise foram divididos em dois grupos: Grupo 1 – estadiamento conservador e Grupo 2 – estadiamento cirúrgico padrão. Após consulta dos processos clínicos foram analisadas e comparadas variáveis demográficas, histologia, estadiamento, terapêutica adjuvante e desfechos. Foi utilizado SPSS® para análise estatística, considerando existir significância estatística quando $\alpha < 0.05$.

Resultados e conclusões: Um estadiamento cirúrgico conservador foi realizado em 14 (20%) casos, sendo que, em 4 destes, por tumor bilateral, se procedeu à anexectomia bilateral com preservação uterina.

Quando comparado com o grupo 2, as doentes do grupo 1 eram mais jovens [idade média 25.5±5.5 (16-33) anos *versus* 54.9±16.3 (18-86), valor p < 0.001] e mais frequentemente nulíparas [12 (85.7%) *versus* 19 (33.3%), valor p < 0.001].

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto à apresentação clínica, elevação de CA125, subtipo histológico e estadiamento.

Num tempo mediano de seguimento de 64 meses no grupo 1 e de 37 meses no grupo 2, foram identificadas 3 recidivas em cada grupo (21.4% *versus* 5.3%, valor p=0.098).

Considerando apenas as doentes com 5 anos de seguimento a taxa de sobrevivência foi de 100% (n = 10/10) no grupo 1 *versus* 96,3% (n = 17/19) no grupo 2, sendo que as 2 mortes verificadas no grupo 2 resultaram de causas não oncológicas. Assim, o estadiamento cirúrgico conservador dos tumores *borderline* do ovário não se associou a pior prognóstico, devendo ser ponderado nas mulheres em idade fértil que não tenham completado o seu desejo de maternidade.

P 09

CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO: UM ACHADO RARO NUM ÚTERO BICÓRNEO

Inês Sarmento Gonçalves^{1,2}; Joana Moreira Barros¹; João Pinto³; Cláudio Rebelo¹; Ana Catarina Silva⁴; Pedro Tiago Silva^{1,2}

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos*; ²*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*; ³*Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Matosinhos*; ⁴*Serviço de Radiologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos*

Introdução: O útero bicórneo é uma malformação uterina que resulta de um defeito na fusão dos ductos müllerianos durante a embriogénese. Apesar de as anomalias müllerianas não serem um fator de risco significativo para cancro ginecológico, há vários casos descritos de neoplasias em úteros com malformações. Contudo, a ocorrência de carcinoma endometrial em úteros bicórneos é extremamente rara. **Objetivo:** Descrever um caso clínico de carcinoma do endométrio num útero bicórneo.

Métodos: Recolha de informação a partir de sistema eletrónico hospitalar (SClínico®).

Resultados e conclusão: Mulher de 84 anos, 3 gesta 2 para, menopausa aos 48 anos, referenciada à consulta de ginecologia por metrorragia com um ano de evolução, espessamento endometrial heterogéneo com 10mm e anemia grave (hemoglobina de 5g/dL). De antecedentes relevantes destacava-se obesidade, hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus. A citologia cervical revelou anomalias nas células epiteliais glandulares e a biópsia endometrial adenocarcinoma endometrióide moderadamente diferenciado. A ressonância magnética abdominopélvica destacava útero bicórneo com espessamento heterogéneo de 24mm na hemicavidade direita aparentemente confinado à metade interna do miométrio e hemicavidade esquerda de características radiológicas conservadas. Foi submetida a laparotomia exploradora com histerectomia total e anexec-

tomia bilateral. O exame extemporâneo revelou adenocarcinoma endometrióide grau 2 sem aparente invasão da metade externa do miométrio. O exame anatomopatológico definitivo confirmou tratar-se de útero bicórneo com colo único, corpo e fundo da hemicavidade direita ocupados por adenocarcinoma endometrióide grau 3, com invasão do terço interno do miométrio poupando o endocolo, com hemicavidade esquerda livre de doença neoplásica. Apesar do agravamento do grau histológico no exame anatomopatológico definitivo (grau 3), tendo a doente um estadio IA (FIGO), foi decidido não reoperar pela idade e co-morbilidades. A doente não foi submetida a terapia adjuvante e encontra-se no 2º ano de seguimento sem evidência de recidiva.

Este é um caso raro de diagnóstico tardio de uma malformação uterina no contexto de um adenocarcinoma endometrial. O desconhecimento da presença de uma malformação uterina pode atrasar o diagnóstico oncológico. O estudo endometrial das duas hemicavidades uterinas é essencial para melhorar a acuidade diagnóstica de malignidade nas doentes com útero bicórneo.

P 10

TUMOR BORDERLINE BILATERAL DO OVÁRIO: O OUTRO LADO DE UMA MESMA PATOLOGIA

Gonçalo Cardoso¹; Raquel Lopes¹; Lúcia Correia²; António Gomes³; Ana Francisca Jorge⁴

¹*Interno Ginecologia/Obstetrícia, Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Centro Hospitalar de Lisboa Central*; ²*Assistente Hospitalar no Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Francisco Gentil*; ³*Assistente Hospitalar Graduado no Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Francisco Gentil*; ⁴*Diretora de Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Francisco Gentil*

Introdução: Os tumores *borderline* do ovário constituem um grupo heterogéneo de tumores não-invasivos do estroma cuja progressão não está totalmente compreendida, a patogénese é incerta e o seu tratamento controverso.

Objetivos: Comparar os casos de tumores *borderline* do ovário bilaterais com os unilaterais de modo a avaliar se os tumores *borderline* bilaterais do ovário se associam a pior prognóstico.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos casos de tumor *borderline* do ovário tratados no Instituto Português de Oncologia de Lisboa - Francisco Gentil, entre janeiro de 2007 e outubro de 2016. Foram analisadas características demográficas, clínico-analíticas, subtipo histológico, estadio e sobrevida global,

em função da lateralidade do tumor. Foi efetuada análise estatística com recurso ao SPSS®, Microsoft Excel® e testes não paramétricos. Considerou-se existir significância estatística para $\alpha < 0.05$.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 83 casos, dos quais 16 (19.3%) tumores bilaterais e 67 (80.7%) unilaterais.

Não se verificaram diferenças significativa entre os dois grupos quanto à idade média ao diagnóstico e manifestação inicial da doença.

Quando comparados com os tumores *borderline* unilaterais, os tumores bilaterais apresentaram menores dimensões ($7.73 \pm 4.36 \text{ cm}$ vs $13.7 \pm 7.73 \text{ cm}$, $p=0.0073$), valores superiores de CA125 (452.55 vs. 97.54 , valor $p=0.0013$) aquando do diagnóstico, com valores $>35 \text{ U/ml}$ em 75% ($n=12$) versus 40.3% ($n=27$) dos casos. Histologicamente são mais frequentemente do subtipo seroso [$n=14$ (87.5%) vs $n=24$ (35.8%), $p<0.001$], sendo o subtipo mucinoso o mais frequente nos tumores unilaterais [$n=39$ (58.2%) vs $n=1$ (6.3%)]. Os tumores bilaterais apresentaram mais frequentemente doença extra-ovárica [$n=6$ (37.5%) vs. $n=3$ (4.4%), valor $p<0.001$], sem que tal se traduzisse em diferenças estatisticamente significativas nas taxas de recidiva [$n=2$ (12.5%) vs. $n=4$ (5.97%), $p=0.094$] e de mortalidade pelo tumor (0%).

Com base neste estudo, a bilateralidade dos tumores *borderline* do ovário, apesar de associada a maior percentagem de doença extra-ovárica, não parece afetar a manifestação clínica ou prognóstico da doença.

P 11

CARCINOMAS SEROSOS DO ENDOMÉTRIO: CASUÍSTICA DE 5 ANOS DO IPO DE COIMBRA

Ângela Melo¹; Mariana Miranda²; Rita Sousa³; Luis Sá³
¹Serviço de Obstetria e Ginecologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE; ²Departamento da Mulher, Hospital Fernando da Fonseca EPE; ³Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra, EPE

Introdução: Os carcinomas do endométrio envolvem um grupo de tumores muito diversos. Os carcinomas serosos parecem ter um curso clínico mais agressivo, embora se desconheçam factores de risco identificáveis para este tipo de tumores.

Objetivos: Caracterizar a população de mulheres com diagnóstico de carcinoma seroso do endométrio seguidas nos últimos 5 anos no Instituto Português de Oncologia de Coimbra e os respectivos tumores.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, feito

através da consulta dos processos hospitalares de doentes com diagnóstico de saída de carcinoma seroso do endométrio, seguidas no IPO de Coimbra entre 2011-2015. Análise da população de utentes relativamente às variáveis idade, índice de massa corporal, duração da vida reprodutiva, uso de contraceção ou terapêutica hormonal, paridade e antecedentes clínicos. Análise dos tumores no que concerne ao estágio e aspeto imagiológico ao diagnóstico, valores iniciais de CA-125, tratamento oferecido, e evolução clínica. Estatística descritiva e comparativa através de software IBM-SPSS versão 21.

Resultados e conclusões: Num universo de 28 utentes, a idade média ao diagnóstico foi de 73 anos. O IMC foi superior a 30 Kg/m² em 54,2% das utentes. A taxa de nuliparidade foi de 12,5%. Em 20,8% dos casos registou-se uma vida reprodutiva igual ou superior a 40 anos. Sete mulheres apresentavam história prévia de carcinoma da mama hormono-dependente. Todas referiram hemorragia uterina anómala pós-menopausa como sinal de doença, e em todos os casos havia espessamento endometrial à ecografia, superior a 20mm em 11 casos.

No que respeita aos tumores, após estadiamento, 16 apresentavam-se em estágio III ou superior. O estadiamento cirúrgico foi completo em 14 casos, com 2 casos de cirurgia após redução tumoral com QT neoadjuvante. Os valores de CA-125 na avaliação inicial eram superiores a 35 U/ml em 7 mulheres. No subgrupo de mulheres com estágio elevado ao diagnóstico, a relação com valores de CA-125 elevados obteve um $p=0,001$ e com história prévia de carcinoma hormono-dependente um $p=0,017$. Sete (25%) faleceram ou tiveram diagnóstico de recorrência no primeiro ano de *follow-up*, com catorze casos (50%) a manterem-se sem sinais de recidiva local ou à distância.

Com este trabalho é possível inferir o comportamento agressivo destes tumores, com taxas de recorrência no primeiro ano de 25% e estadios iguais ou superiores a III em 57% dos casos. Séries maiores são necessárias para avaliar as características das utentes de forma mais global, mas pode haver uma tendência para carcinomas mais agressivos em mulheres com história prévia de carcinoma e valores iniciais mais altos de CA-125.

P 12

TUMOR WOLFFIANO – UM CASO CLÍNICO RARO

Alina Seixas¹; Daniela Vila Real¹; David Tente²; Ana Félix³; Evelin Pinto¹; Andrea Quintas¹; Elisa Paredes¹; João Gonçalves¹

¹*Serviço de Ginecologia/Obstetria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;* ²*Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;* ³*Departamento de Patologia Morfológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil*

Introdução: Os tumores dos anexos femininos de provável origem wolffiana (FATWO) são tumores de provável origem mesonéfrica (ductos de Wolff). Estes tumores epiteliais são extremamente raros e de diagnóstico histológico difícil, havendo apenas cerca de 80 casos publicados. São encontrados mais frequentemente no ligamento largo, mas ocorrem também na mesossalpinge, trompa de Falópio, ovário e peritoneu. A idade média no diagnóstico é de 50 anos (variando dos 18 aos 81). São geralmente considerados lesões benignas, apesar de poderem ter um comportamento mais agressivo, com possibilidade de metástases à distância e recorrência, mesmo após um longo intervalo desde o diagnóstico inicial.

Caso clínico: Mulher de 39 anos, IIG IIP, sem antecedentes pessoais de relevo. Enviada para a consulta externa de Ginecologia por diagnóstico ecográfico de tumefacção anexial direita sólida. A avaliação ecográfica realizada revelou útero aumentado de volume, polimiomatoso, e imagem nodular de 51 mm na região anexial direita, justa-ovárica, compatível com mioma pediculado/mioma do ligamento largo. Sem alterações nos valores analíticos dos marcadores tumorais. Visto pretender engravidar e atendendo ao diagnóstico imagiológico, foi decidida atitude expectante. Após dois anos de vigilância, por planeamento familiar cumprido, aumento das dimensões (115x66mm), alterações da morfologia e aumento do Ca 125 (67,3U/ml), foi proposta laparotomia exploradora, com exame extemporâneo. Intra-operatoriamente confirmou-se a existência de uma massa na região anexial direita, justa-ovárica, com 15x8x8cm, com superfície bosselada, com componente sólido e líquido. Efetuou-se anexectomia direita, cujo exame extemporâneo revelou fibrotecoma do ovário, seguida de histerectomia total e salpingectomia esquerda. O exame histológico definitivo, após revisão cuidadosa de lâminas, fez o diagnóstico de tumor wolffiano. Não existindo critérios morfológicos indicadores de

prognóstico, a doente permanece em vigilância, encontrando-se clinicamente bem (aos 8 meses pós-operatório).

Conclusão: Devido à sua raridade, o tratamento destes casos é individualizado. O prognóstico não se correlaciona com a apresentação clínica ou achados histopatológicos, sendo no geral considerado o tratamento mais adequado a ressecção cirúrgica completa com histerectomia total e anexectomia bilateral. O papel dos tratamentos complementares é controverso. Devido ao potencial de malignidade, preconiza-se vigilância regular a longo prazo.

P 13

INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO DE LINFOCELO EM CONTEXTO DE CANCRO GINECOLÓGICO: A REALIDADE DE UMA INSTITUIÇÃO

Catarina Pardal; Carla Monteiro; Paula Serrano
Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital de Braga

Introdução: O linfocelo é uma possível complicação da linfadenectomia pélvica associada a elevada morbidade. A maioria é assintomática e a sua prevalência varia muito na literatura (entre 1 a 58%).

Objetivos: O objetivo deste estudo é avaliar a incidência de linfocelos sintomáticos e assintomáticos, suas características e fatores de risco associados.

Material e métodos: Análise retrospectiva das doentes com cancro ginecológico submetidas a linfadenectomia pélvica no Hospital de Braga entre Outubro/2013 e Setembro/2016 (36 meses).

Resultados: Foram realizadas 55 linfadenectomias pélvicas no período em estudo, com uma média de 20,7 gânglios excisados. A abordagem laparotômica foi utilizada com peritonização sistemática (sem encerramento do espaço retroperitoneal), colocação de drenos abdominais aspirativos e administração de hipocoagulação profilática em todos os casos. A idade mediana da população foi de 58 anos, o IMC médio foi de 28.3 kg/m² e o tipo de neoplasia mais frequente foi a do endométrio (58,2%). Diagnosticou-se um linfocelo em 11 (20%) casos, embora em apenas 5 (45,5%) fosse sintomático (dor pélvica, abcesso e sintomas aspirativos). A dimensão média dos linfocelos foi de 51,7 mm (16-160mm), com localização preferencial nos vasos ilíacos externos esquerdos (72,7%). O tempo médio de diagnóstico foi de 14 semanas e houve necessidade de drenagem percutânea em 3 (27,3%) casos, sem recorrências ou complicações registadas.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre grupos (com e sem linfocelo) em relação

à idade, peso, tipo de neoplasia, histerectomia radical, número de gânglios excisados e exposição a quimio/radioterapia pós-operatórias; na análise de regressão logística, estes parâmetros não se associaram a um maior risco de formação de linfocelos.

Conclusões: A formação de linfocelos é um achado comum após a linfadenectomia pélvica, embora em apenas uma minoria dos casos seja sintomática e requeira intervenção. Na nossa população, não foram identificados fatores de risco para a formação de linfocelos, o que provavelmente se relaciona com o pequeno número de casos em estudo.

P 14

TUMOR DO SACO VITELINO:

UM DIAGNÓSTICO RARO

Inês Sarmento Gonçalves^{1,4}; Mariana Rei^{2,4}; Raquel Portugal³; Raquel Mota²; Vera Paiva²; Antónia Costa^{2,4}

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; ²Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João; ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João; ⁴Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: O carcinoma do saco vitelino do ovário representa cerca de 5% das neoplasias malignas ováricas e apresenta-se clinicamente com comportamento agressivo e disseminação precoce. Os novos esquemas de quimioterapia (QT) BEP (bleomicina, etoposido e cisplatina) melhoraram o prognóstico, permitindo preservar a fertilidade na maioria dos casos.

Objetivo: Descrever um caso clínico de carcinoma do saco vitelino.

Métodos: Recolha de informação a partir de sistemas eletrónicos hospitalares (SClínico®, VCI®) num centro terciário com cuidados diferenciados.

Resultados e conclusão: Mulher de 33 anos, nuligesta, sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por dor e distensão abdominal com 5 dias de evolução. Ecograficamente apresentava ascite moderada e neoformação retrouterina com componentes sólido e císticos, fluxo score 3 com múltiplos vasos irregulares. A TAC abdominopélvica evidenciou massa intra-abdominal de provável origem anexial, nódulo da parede abdominal correspondendo a provável carcinomatose peritoneal e ascite de grande volume. Os marcadores tumorais Ca125 (557U/mL, 16 x normal) e alfa-fetoproteína (α -FP) (36564ng/mL, 4570 x normal) encontravam-se elevados, sendo os restantes (Ca19.9, CEA e Ca15.3) nor-

mais. A laparotomia exploradora evidenciou ovário direito de 20cm com cápsula rota e exteriorização de conteúdo cerebriode, múltiplas aderências ao útero, ovário contralateral, recto e cólon sigmóide com múltiplos implantes peritoneais neoplásicos no mesentério, cólon transversal, epíplon e fundo de saco de Douglas. O exame temporâneo revelou tumor do saco vitelino. Realizada histerectomia com anexectomia bilateral, omentectomia e exérese dos múltiplos implantes peritoneais (doença residual inferior a 0,5cm). O exame histológico definitivo confirmou tumor do saco vitelino estadiado IIIB (FIGO). Completou 4 ciclos de tratamento oncológico com QT adjuvante (BEP), com doses normais de α -FP a partir do 3º ciclo. Encontra-se no 5º mês de seguimento em remissão oncológica.

O carcinoma do saco vitelino do ovário deve ser um diagnóstico diferencial de qualquer neoformação ovárica numa mulher jovem com valores elevados de α -FP. Neste caso, apesar da idade, história obstétrica e resposta tumoral favorável à QT, dada a disseminação peritoneal abdominopélvica, optou-se pela realização de citoredução cirúrgica mais agressiva na tentativa de minimizar a doença residual, melhorando o impacto prognóstico da QT adjuvante.

P 15

ADENOCARCINOMA DO COLO DO ÚTERO:

UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Soraia Cunha; Rosália Coutada; Ângela Santos; Rita Abreu; Jorge Mesquita; Rita Neiva; Paula Pinheiro
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O adenocarcinoma invasivo do colo do útero corresponde a cerca de 20% de todos os casos de cancro do colo uterino, no entanto a sua incidência tem vindo a aumentar, especialmente em mulheres mais jovens. Coexiste, com frequência com a sua lesão precursora, o adenocarcinoma *in situ* (AIS), assim como com lesões das células escamosas e neoplasias intraepiteliais cervicais. A deteção e orientação de lesões glandulares constituem um desafio devido à reduzida sensibilidade da citologia de rastreio e à dificuldade no reconhecimento das lesões glandulares na colposcopia.

Objetivo: Efetuou-se um estudo retrospectivo das pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma do colo do útero (invasivo e *in situ*) em peça de conização entre janeiro de 2011 e junho de 2016. Analisaram-se dados clínicos, achados citológicos e anatomo-

mopatológicos, o tratamento realizado e o desfecho.

Material e métodos: Identificaram-se sete pacientes com adenocarcinoma do colo do útero, três adenocarcinomas invasivos e quatro AIS. A idade média das doentes foi 45,6 anos (32-78).

A citologia de referência apresentava lesão de alto grau em cinco casos e de baixo grau em dois casos. O HPV 16 e 18 foram os genótipos identificados.

A colposcopia não foi realizada num caso e nos restantes apresentava alterações de baixo grau. A biópsia não detetou lesões glandulares em nenhum dos casos.

Todas as pacientes foram submetidas a conização. As margens cirúrgicas estavam livres de lesão em quatro doentes. A profundidade média das peças de conização foi de 1,7 cm.

As três doentes com adenocarcinoma invasivo do colo do útero foram estadiadas e submetidas a tratamento de acordo. Numa doente com AIS e desejo de preservar a fertilidade, o tratamento foi conservador, com re-conização e curetagem do canal endocervical por margem endocervical atingida. Em todas as restantes situações foi efetuada histerectomia total.

Em nenhum caso, na peça de histerectomia, foi detetada doença residual. As doentes encontram-se atualmente em *follow up*; as citologias não mostraram lesões e não houve recidivas da doença.

Resultados e conclusão: Neste estudo é notória a dificuldade em identificar patologia glandular cervical quer com citologia quer com biópsia orientada por colposcopia.

A discordância citologia-biópsia-peça de conização reforça o papel da conização para confirmação do diagnóstico e exclusão de adenocarcinoma invasivo.

O tratamento preferencial do AIS é a histerectomia total dado o risco lesões ocultas e multifocais, no entanto a conização cervical é aceitável como tratamento alternativo em mulheres que desejem preservar a fertilidade. Caso seja diagnosticado um adenocarcinoma invasivo devem ser orientadas para uma unidade de ginecologia oncológica para serem submetidas a correto estadiamento e tratamento.

P 16

DOENÇA DE PAGET DA VULVA: UM CASO CLÍNICO RARO

Patrícia Alves; Patrícia Correia; Inês Sá; Daniela Freitas; Osvaldo Moutinho

Serviço de Ginecologia/Obstetria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A doença de Paget da vulva (DPV) é predominantemente uma lesão intra-epitelial rara localizada na epiderme e nas suas estruturas anexiais. Tipicamente atinge mulheres caucasianas e na pós-menopausa e em cerca de 20% dos casos a DPV é invasiva e em 5,7% está associada com adenocarcinoma vulvar subjacente.

Objetivo: Apresenta-se um caso de uma mulher idosa com diagnóstico de DPV primária.

Caso clínico: Mulher de 73 anos referenciada à consulta de Ginecologia por prurido vulvar intenso desde há 6 meses. Sem antecedentes médicos, cirúrgicos, ginecológicos ou obstétricos de relevo.

Ao exame ginecológico observa-se presença de lesão eritematosa e pele tipo “escama” na hemivulva direita a englobar todo o pequeno e grande lábios, lesões punctiformes avermelhadas múltiplas dispersas por toda a vulva, rubor perianal e atrofia vulvovaginal marcada. Foi realizada a citologia cervical que foi NILM e HPV negativo. Foram realizadas 5 biópsias: 3 na região dos pequeno e grande lábios direitos com identificação histológica e imunohistoquímica de células de Paget na basal epidérmica, outra na região perianal e outra numa das lesões punctiformes ambas a revelarem acantose irregular e hiperqueratose. Sem adenopatias inguinais palpáveis e palpação mamária sem alterações.

Posteriormente, realizou um estudo complementar incluindo: mamografia, ecografia transvaginal, abdominal e vesical, colonoscopia e endoscopia digestiva alta e cistoscopia sem alterações de relevo, o que indicou tratar-se de um caso de DPV primária. Foi realizada vulvectomia simples com excérese da região macroscopicamente envolvida pela lesão. A peça operatória confirmou o diagnóstico, com margens cirúrgicas positivas ao nível da fúrcula, sem sinais de adenocarcinoma. A evolução pós-operatória decorreu sem intercorrências e mantém vigilância em consulta.

Discussão: O diagnóstico da DPV é confirmado pela presença de células de Paget na histologia e o estudo imunohistoquímico é importante para o diagnóstico diferencial.

Este tipo de neoplasia é habitualmente de origem cutânea primária da vulva, mas pode ser secundária a carcinoma anorretal, urotelial ou do trato genital não-cutâneo, sendo importante o estudo complementar exaustivo e a exclusão de adenocarcinoma vulvar concomitante.

Neste tipo de casos está preconizada uma ressecção menos radical das lesões com re-excisão em caso de recorrência clínica.

Conclusão: Este relato retrata um caso típico de DPV primária não-invasiva cujo prognóstico é bom com o risco de progressão para invasão ou metástase após tratamento baixo. Ainda assim o risco de recorrência é de 35%, pode ocorrer anos após o tratamento, e há um risco elevado de desenvolver um segundo cancro primário sendo importante um *follow-up* prolongado.

P 17

CARCINOMA MESONÉFRICO DO COLO DO ÚTERO – CASO CLÍNICO

Sara Tavares^{1,2}; Inês Sarmento-Gonçalves^{2,3}; Raquel Mota¹; Antónia Costa^{1,2}; Vera Paiva¹

¹Centro Hospitalar de São João; ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ³Centro Hospitalar de Pedro Hispano

Introdução: O carcinoma mesonéfrico do colo do útero é uma variante muito rara desta neoplasia com origem nos remanescentes do ducto mesonéfrico. Encontram-se apenas cerca de 40 casos descritos na literatura.

A idade média ao diagnóstico é de 52 anos. Sendo um tipo de carcinoma do colo raramente identificado através de citologia cervical a sua primeira manifestação habitualmente é a hemorragia genital pós-menopáusicas.

Objetivo: Descrição de um caso clínico em que foi diagnosticado carcinoma mesonéfrico do colo do útero.

Material e métodos: Recolha de dados por consulta da base de dados SAM.

Resultados/Conclusões: 72 anos, encaminhada à consulta por hemorragia genital pós-menopáusicas. Fez-se acompanhar de citologia cervical realizada no exterior (NILM) e ecografia pélvica (sem alterações de relevo). Ao exame ginecológico: colo macroscopicamente normal, nodularidade cervical palpável através da parede vaginal posterior esquerda. Foram realizadas em contexto hospitalar: ecografia pélvica – identificando-se formação sólida a nível do colo uterino com cerca de 27*21*34 mm e endométrio não uniforme, assimétrico pela

presença de espessamento focal da parede anterior, com 9.6*17.6mm, hiperecogénico, de contornos irregulares, sem vascularização; e citologia cervical - Células glandulares atípicas, endometriais.

Foi submetida a histeroscopia - acesso ao colo uterino por vaginoscopia constatando-se exteriorização de material tipo cerebroides e formação polipoide muito friável aparentemente inserida na parede lateral esquerda do canal cervical;

Foi realizada biópsia da formação a ocupar o canal cervical — Adenocarcinoma moderadamente diferenciado com características morfológicas e imuno-histoquímicas que favorecem, mas não são típicas, de origem endocervical.

Realizou TC cervicotoracoabdominopélvico – sem sinais de disseminação extracervical.

Foi submetida a histerectomia radical Piver II com anexectomia bilateral e linfadenectomia radical pélvica bilateral e lavado peritoneal com diagnóstico definitivo de carcinoma mesonéfrico do colo do útero IB1, R0.

A baixa incidência deste tipo de carcinoma impossibilita uma sustentação robusta da melhor abordagem terapêutica oncológica e condiciona limitação de dados relativos à sobrevida e prognóstico destas doentes.

Neste caso assumiu-se orientação idêntica ao adenocarcinoma do colo do útero segundo o descrito na literatura. Assim, sem indicação para tratamentos oncológicos adjuvantes; a doente encontra-se actualmente em vigilância.

P 18

ENDOMETRIOSE PROFUNDA COMPLICANDO DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DO COLO – CASO CLÍNICO

Sara Tavares^{1,2}; Mariana Rei^{1,2}, Raquel Mota¹; Antónia Costa^{1,2}; Vera Paiva¹

¹Centro Hospitalar de São João; ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: O diagnóstico de doença oncológica e estadiamento clínicoimagiológico numa doente com endometriose profunda concomitante pode ser um desafio face à sobreposição de manifestações clínicas e imagiológicas.

Objetivo: Descrição de um caso clínico em que se sobrepõem os diagnósticos de endometriose e carcinoma do colo do útero.

Material e métodos: Recolha de dados clínicos através da consulta da base de dados SAM.

Resultados/Conclusões: 42 anos, antecedentes

personais de endometriose profunda. Encaminhada à consulta hospitalar de ginecologia por dor pélvica crónica. Citologia cervical actualizada e NILM. Destaca-se ao exame ginecológico: colo com erosão friável às 15h com retração e desvio para a esquerda e apagamento do FS postero-lateral homolateral; percepção-se colo com cerca de 3-4 cm de superfície lisa, duro, fixo, em laterodesvio esquerdo e presença de nódulo justa-cervical esquerdo com cerca de 2 cm a questionar invasão proximal do paramétrio esquerdo; paramétrio direito aparentemente livre. Ecografia pélvica - não foi possível avaliar correctamente FSD/ região retrocervical por intolerância da doente. A RM abdomino-pélvica evidenciou dois tipos de achados: 1 - de provável natureza neoplásica cervical (dimensão neoplásica - 36x31x26 mm na vertente anterolateral esquerda; parcialmente exofítica, limites mal definidos, que se estende posteriormente ao terço superior da vagina, obliterando o fórnix posterior e invade inequivocamente os paramétrios, particularmente à esquerda); 2 - de provável natureza endometriótica (distorção de estruturas pélvicas, particularmente centradas no septo recto-vaginal, fundo de saco de Douglas e os planos da fásia meso-rectal, espessamento nodular do ligamento sacro-uterino esquerdo, suspeitas de traduzirem implantes de endometriose profunda). A biopsia cervical dirigida macroscopicamente confirma carcinoma epidermoide. Após estadiamento clínico-imagiológico completo IIB cumpriu tratamento oncológico primário com radioquimioterapia com critérios de remissão. A endometriose pélvica profunda com retração anatómica das estruturas pélvicas e repercussão álgica contribuiu provavelmente para o atraso da suspeição diagnóstica. Por outro lado, a avaliação detalhada e rigorosa imagiológica permitiu diferenciar entidades patológicas diferentes (carcinoma e endometriose), impedindo o sub/sobreestadiamento oncológico e assim aplicar o correto tratamento.

P 19

O PAPEL DA ECOGRAFIA NA AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DOS GÂNGLIOS LINFÁTICOS INGUINAIS NO CANCRO DA VULVA

Patrícia Pinto¹, Filip Fruhauf²; Rosalie Bennett²; Michal Zikan²; Daniela Fischerová²; David Cibula²

¹Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE; ²Gynecologic Oncology Center, Dept. of Ob/Gyn First Faculty of Medicine and General University Hospital, Charles University in Prague

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade diagnóstica da ecografia em identificar de forma correcta pré-operatoriamente o envolvimento metastático dos gânglios linfáticos inguinais em doentes com cancro da vulva.

Material e métodos: Realizou-se um estudo prospectivo num Centro de Ginecologia Oncológica de Janeiro de 2009 a Julho de 2016. Foram seleccionados os doentes com cancro de vulva, referenciados para tratamento cirúrgico primário, incluindo estadiamento linfático. Foi realizada uma ecografia prévia à cirurgia por 4 ecografistas diferentes de acordo com um protocolo pré-definido sendo avaliados a topografia, tamanho, morfologia e arquitectura Doppler dos gânglios linfáticos. Estes foram classificados como benignos, suspeitos de metastização ou metastizados. Suspeitos de metastização e metastizados foram combinados como positivo para a análise final. O exame anátomo-patológico final foi usado como standard reference.

Resultados e conclusões: Dos 95 doentes com cancro de vulva, 20 foram excluídos por ausência de *reference standard* pelo que foram analisados 75 doentes submetidos a biópsia do gânglio de sentinela (34/75) ou linfadectomia inguinofo-moral (39/75). O carcinoma pavimentoso-celular representou 93,3% (70/75) de todos os casos. Foram detectadas metástases nos gânglios linfáticos em exame histológico em 29 (38,7%) casos. Ocorreram apenas 3 casos de falsos negativos, todos com metástases de tamanho inferior a 3mm (2,4; 2,05 e 1,17mm) e 5 falsos positivos dos 75 casos. A exactidão da ecografia na avaliação dos gânglios linfáticos atingiu 89,3%. A sensibilidade e especificidade foram 89,7% e 89,1%, respectivamente. Os valores preditivo positivo e negativo foram, respectivamente, 83,9% e 93,2%.

A avaliação pré-operatória dos gânglios linfáticos inguinais com ecografia demonstrou sensibilidade e especificidade elevadas. A ecografia parece ser um método eficiente para a selecção de doentes

de baixo risco de envolvimento linfático, que constituem ótimos candidatos para a biópsia do gânglio sentinela em vez da linfadenectomia sistemática.

P 20

CARCINOMA PAPILAR SEROSO DO OVÁRIO: A IMPORTÂNCIA PROGNÓSTICA DA CITORREDUÇÃO

Tânia Ascensão; Isabel Henriques; Joana Belo
Serviço de Ginecologia B (Maternidade Bissaya Barreto) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Directora de Serviço de Ginecologia do CHUC; Dra Fernanda Águas

Introdução: O cancro do ovário é muitas vezes designado de *silent killer*, prevalecendo o diagnóstico tardio. São factores protectores a contraceção hormonal combinada oral (CHCO), laqueação tubar (LT) e multiparidade. A obesidade, nuliparidade e história pessoal e/ou familiar relacionada com risco de síndrome associada a cancro hereditário da mama-ovário (HBOC) são apontados como factores de risco. O carcinoma papilar seroso de alto grau é o tipo de carcinoma mais frequente no ovário com uma sobrevivência média aos 5 anos <30%. São factores prognósticos a idade, estadio, citorredução cirúrgica e performance status (PS) da doente.

Objetivos: Avaliar o impacto da citorredução cirúrgica no prognóstico das doentes com carcinoma papilar seroso do ovário.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo descritivo das 18 doentes com carcinoma papilar seroso do ovário seguidas na consulta de oncologia entre 2009 e 2015. Foram analisados múltiplos parâmetros, entre os quais a citorredução. Nas doentes com citorredução completa (grupo 1, n=7) e incompleta (grupo 2, n=11) avaliou-se: PS da doente ao diagnóstico, estadio, QTNA, recidiva, sobrevida livre de doença e sobrevida global.

Resultados: A idade média de diagnóstico foi 60,7 com IMC médio 26,7. A idade média da menarca 12,8 e em 35,7% dos casos foi usada CHCO ou LT. Em 25,0% dos casos eram nulíparas e 82,4% menopausicas com idade média de menopausa de 49,6 anos. Em 43,8% havia história pessoal e/ou familiar relacionada com risco de HBOC, com 1 mutação BRCA confirmada. Todas apresentaram CA-125 pré-tratamento elevado. No grupo 1, 14,3% das doentes apresentaram PS \geq 3 vs 72,7% do grupo2, com 42,8% vs 81,8% com estadio \geq III. Foi realizada QTNA em 42,9% vs 81,8%, em 63,6% com doença persistente exclusivo do grupo2. Verificou-se recidiva em 57,1% vs 100,0%

dos casos, com sobrevida livre de doença médio (SLD) de 17,0 vs 13,3 meses. Foram perdidas em *follow-up* 14,3% vs 27,3%, sendo que nas restantes se verificou 0,0% vs 50,0% de morte, com sobrevida global (SG) média do grupo 2 de 31,3 meses. Das doentes vivas, verificam-se 50,0% com doença do grupo 1 vs 100,0% do grupo 2.

Conclusão: Neste grupo, as doentes em que foi possível a citorredução completa tinham melhor PS e estadios mais precoces. Estas apresentaram menor taxa de recidiva e maior SLD, não se verificando casos de doença persistente ou morte (presentes no grupo 2).

P 21

CARCINOMA PAPILAR SEROSO DO OVÁRIO E ENDOMÉTRIO: QUE DIFERENÇAS?

Tânia Ascensão; Joana Belo
Serviço de Ginecologia B (Maternidade Bissaya Barreto) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Directora de Serviço de Ginecologia do CHUC; Dra Fernanda Águas

Introdução: O carcinoma papilar seroso (CPS) de alto grau é o tipo de carcinoma mais frequente no ovário ao invés do CPS do endométrio que representa apenas 1-12% de todos os carcinomas endometriais. Ambos são tumores agressivos e com mau prognóstico, com semelhanças histológicas e de disseminação transperitoneal pelo que o estadiamento cirúrgico é idêntico e a utilidade da QT adjuvante comparável. Enquanto o CPS do endométrio não apresenta factores de risco bem estabelecidos, ainda que seja mais frequente em mulheres mais velhas e multiparas, o do ovário está associado a nuliparidade. Ambos poderão estar associados a história pessoal e/ou familiar associado a risco de síndrome hereditária de cancro da mama-ovário (HBOC), ainda que no endométrio esse risco seja menor.

Objetivos: Caracterizar as doentes com carcinoma papilar seroso do ovário e endométrio.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo descritivo das 29 doentes com carcinoma papilar seroso: do ovário (grupo 1, n = 18) e endométrio (grupo 2, n = 11) seguidas na consulta de oncologia entre 2009 e 2015. Foram analisados os parâmetros: idade média, multiparidade, história pessoal e/ou familiar associado a risco de HBOC, sintomatologia e performance status (PS) ao diagnóstico, estadio, recidiva, sobrevida livre de doença (SLD) e sobrevida global (SG).

Resultados: Verificou-se uma idade média ao diagnóstico de 60 do grupo 1 vs 70 anos do grupo

2, com multiparidade em 75% vs 100%. Existia história pessoal e/ou familiar associado a risco de HBOC em 43,8% vs 11,1%. No grupo 1 verificou-se que 11,1% das mulheres eram assintomáticas e 88,9% apresentava sintomatologia inespecífica ao diagnóstico, sendo que no grupo 2, 90,9% apresentava metrorragia sugestiva de patologia endometrial e 9,1% era assintomática. Verificou-se PS \geq 2 ao diagnóstico em 50% vs 18,2% com estadio tumoral \geq III em 66,7% vs 10%. Em 38,9% vs 18,2% houve doença persistente, e em 72,7% vs 44,4% recidiva com SLD média de 15,1 vs 10,3 meses. Constataram-se 28,6% vs 14,3% mortes com SG média de 31,3 vs 21 meses.

Conclusões: As mulheres com CPS do ovário relativamente ao endométrio apresentaram uma idade inferior ao diagnóstico e maior taxa de nuliparidade, com maior incidência de história pessoal e/ou familiar associado a risco de HBOC. Estas apresentaram uma percentagem superior de sintomas inespecíficos ao diagnóstico, com estadios mais avançados e pior PS. Verificou-se uma maior taxa de doença persistente, recidiva e morte neste grupo.

P 22

BIÓPSIA COM HIPERPLASIA ATÍPICA – CORRELAÇÃO COM O RESULTADO HISTOLÓGICO EM PEÇA DE HISTERECTOMIA

Rosália Coutada; Soraia Cunha; Ângela Santos; João Pedro Silva; Paula Pinheiro
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM)

Introdução: O hiperestrogenismo conduz a uma estimulação contínua do endométrio, levando a proliferação e consequente hiperplasia endometrial (HE). As hiperplasias atípicas são consideradas lesões pré-malignas e constituem indicação para histerectomia.

Objetivos: Avaliar o resultado do estudo histológico da peça de histerectomia em mulheres com biópsia endometrial prévia revelando HE atípica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo de todas as mulheres com diagnóstico histológico em biópsia endometrial de HE atípica, seguidas na ULSAM entre janeiro de 2011 e junho de 2016.

Resultados: No período de estudo referido foram encontrados 33 resultados histológicos de HE atípica em biópsia endometrial. Em 81,8% dos casos o material de biópsia foi obtido por histeroscopia cirúrgica e nos restantes casos por biópsia endometrial cega. Das mulheres em estudo, 87,9% (29

casos) encontravam-se na menopausa. A hemorragia uterina anómala foi o sintoma reportado em 63,6% dos casos. A ecografia apresentava alterações em todos os casos e histeroscopia revelou pólipos endometriais em 30,3%, espessamento endometrial em 21,2% e achados suspeitos de neoplasia em 24,2% dos casos. Foram submetidas a histerectomia total 90,9% das doentes (30 casos); as restantes apresentaram contraindicação ou recusaram tratamento cirúrgico. A peça de histerectomia revelou carcinoma do endométrio em 46,7%; os demais resultados histológicos revelaram endométrio sem patologia (12,1%), HE sem atipia (15,2%) e HE com atipia (21,1%).

Conclusões: A peça de histerectomia revelou carcinoma do endométrio em quase metade dos casos cuja biópsia apresentava HE atípica. Estes dados estão de acordo com a literatura e reafirmam o papel da cirurgia como abordagem preferencial das HE atípicas dada a elevada incidência de carcinoma na peça operatória.

P 23

METASTIZAÇÃO ILEAL DE CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Ponte; Tânia Teixeira; Margarida Borrego
Serviço de Radioterapia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O carcinoma do colo do útero corresponde à 7ª neoplasia mais comum na mulher em Portugal. O pico de incidência ocorre na 5ª-6ª década. Actividade sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, gravidez em idade jovem e tabaco são frequentemente apontados como fatores de risco. Agentes infecciosos sobretudo o HPV, subtipos 16 e 18, estão associados à patogénese deste tumor. O carcinoma localmente avançado do colo do útero é tratado com radioterapia externa concomitante com cisplatina seguida de braquiterapia, condicionando um aumento da sobrevivência global em 30 a 50% e controlo local da doença em cerca de 90%. A disseminação à distância é rara, ocorrendo preferencialmente para o pulmão e gânglios lombos-aórticos, sendo mais frequente a recidiva loco-regional. A metastização intestinal é extremamente rara, existindo apenas cerca de 20 casos descritos na literatura.

Material e métodos: Apresentação de um caso raro de metastização de carcinoma do colo do útero localmente avançado numa ansa do intestino delgado.

Resultados: Doente de 54 anos, com antecedentes de carcinoma do colo do útero, estadio IIIb. Foi submetida a radioterapia externa com a dose total de 59,4Gy/33fr/6.5 Semanas, com quimioterapia de radiosensibilização (cisplatina 40mg/m² semanal, 6ciclos). Fez braquiterapia intra-uterina e vaginal sob anestesia geral, com a dose de 14Gy/2fr/2 dias. O tratamento decorreu sem intercorrências e a doente foi mantida em vigilância clínica periódica em consultas de RT e Ginecologia. Um ano após os tratamentos recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, náuseas, perda ponderal e vômitos alimentares e biliares, pelo que ficou internada para estudo. Nos exames complementares de diagnóstico realizados não se evidenciou recidiva local ou à distância. No entanto, o rx do abdómen mostrou níveis hidro-aéreos, sugestivos de suboclusão intestinal secundária a enterite rádica. A doente foi submetida a laparotomia exploradora com enterectomia segmentar. Per-operatóriamente observou-se presença de lesão estenosante do delgado com dilatação a montante, sem sinais de enterite rádica. O estudo histológico da peça operatória revelou metástase no intestino delgado de carcinoma epidermóide bem diferenciado e queratinizante (primário do colo do útero), com invasão vascular e perineural, totalmente excisado e sem metástases nos 3 gânglios linfáticos mesentéricos removidos. A doente foi mantida em vigilância clínica e imagiológica, sem evidência de recidiva local ou metastização à distância. Atualmente com mais de 10 anos de *follow-up*.

Conclusão: Qualquer doente submetida a Radioterapia pélvica que apresente um quadro intestinal sub-oclusivo leva imediatamente a pensar em enterite rádica, contudo, importa considerar no diagnóstico diferencial a hipótese de metástase, a qual apesar de rara se corretamente diagnosticada e tratada influencia o prognóstico subsequente.

P 24

CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO EM ESTÁDIOS INICIAIS: SERÁ A RECIDIVA UM ACHADO ESPORÁDICO?

Diana Vale; Rafaela Pires; Fernanda Santos; Joana Belo; Isabel Henriques; Fernanda Águas
*Serviço Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto
– Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*

Introdução: O carcinoma do endométrio é a neoplasia ginecológica mais comum nos países desenvolvidos, apresentando-se nos estadios iniciais em 75% dos casos, associados a prognóstico favorável. No entanto com o aumento da sobrevida verifica-se uma maior incidência de recidivas.

Após o tratamento inicial, é fundamental manter a vigilância clínica e radiológica, pois apesar da ocorrência de recidiva ser rara, pode surgir geralmente nos primeiros três anos. A sua abordagem terapêutica é individualizada sendo a recidiva vaginal a mais frequente.

Objetivo: Avaliar e analisar os casos de recidiva tumoral no total dos carcinomas do endométrio operáveis à data do diagnóstico.

Materiais e métodos: Foi efetuado um estudo retrospectivo, onde foram analisados 196 casos de carcinomas do endométrio, diagnosticados no Serviço de Ginecologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, de Janeiro 2007 a Dezembro de 2015. A análise estatística foi efetuada através do programa STATA13,1.

Os dados foram ajustados à nova classificação de FIGO, revista em 2009.

Resultados: Num total de 196 casos diagnosticados, ocorreram 10 (5%) recidivas (Grupo1- Gr1) e 187 (95%) sem recidiva (Grupo 2- Gr2). Analisando fatores como a menarca, nuliparidade, hipertensão e menopausa, verificou-se não haver diferenças com significado estatístico entre os grupos. No Gr1, a média do intervalo livre de doença (ILD) foi de 28 meses (Min 5; Máx 62). Histologicamente 56% eram adenocarcinomas do tipo endometrióide (5 estadio IA G1; 1 II G2), 11% carcinomas serosos (estadio II G3) e 33% células claras/endometrióide (2 estadios IB G2/G3; 1 estadio II G2). Em 67% dos casos a recidiva foi vaginal e em 33% visceral (11% hepática, 11% pulmonar e 1 caso de recidiva simultaneamente vaginal, pulmonar e hepática). O sintoma mais frequente à data da recidiva foi clínico (67% metrorragias). Ocorreram 2 mortes (22%) por progressão da doença, havendo diferença com significado estatístico relativamente ao tipo

histológico (carcinoma papilar seroso e células claras) ($p=0.04$).

Ajustando para fatores de confundimento, identificou-se relação significativa entre a recidiva, tipo histológico ($p=0.039$) e a idade ($p=0.04$).

Conclusão: Apesar dos casos de recidiva serem reduzidos face ao número total de carcinomas do endométrio em estádios precoces, foi possível concluir relação entre a ocorrência de recidiva, tipo histológico do carcinoma e a idade das doentes. Neste estudo conclui-se um prognóstico favorável desta patologia.

P 25

MASSAS ANEXIAIS: QUANDO O QUE PARECE SER NÃO O É

Joana Lopes Pereira; João Lobo; Maria Júlia Pereira; Manuel Morim

Centro Hospitalar São João; Instituto Português de Oncologia do Porto; Centro Hospitalar Póvoa de Varzim e Vila do Conde

O diagnóstico pré-operatório das massas anexiais continua a ser um dos maiores desafios do ginecologista, apesar dos avanços tecnológicos recentes. A rápida evolução no campo da ultrassonografia permitiu uma maior sensibilidade no diagnóstico, mas a distinção entre etiologia maligna e benigna continua a ser um desafio.

Apresentamos de seguida um caso que ilustra a dificuldade de prever no pré-operatório o risco de benignidade ou malignidade de uma massa anexial e o quão importante é a colaboração de uma equipa disciplinar na orientação destes casos.

Mulher de 33 anos, saudável, 2G 1P 1AE – parto por cesariana emergente por EFNT, recorre ao médico assistente por desconforto pélvico aproximadamente 4 meses após o parto. Foi orientada para Consulta de Ginecologia Oncológica o CHPVC e ao exame objetivo apresentava “...volumosa tumefacção abdominal, muito alta, que vai até ao hipocôndrio direito, móvel, não dolorosa”. Realizou ecografia pélvica que descrevia “... volumosa massa de ecoestrutura predominantemente sólida, hipocogénica, com múltiplas áreas sonolucetas internas, massa esta que mede cerca de 17 cm de diâmetro, (...) área anexial direita e que se estende até à região do mesogastro...”. Analiticamente apresentava elevação de CA 125 (345,9 ($N < 35$)) com restantes marcadores tumorais sem alterações. Os achados ecográficos foram corroborados em TAC AP e RMN pélvica que descreviam volumosa neoformação com

provável origem anexial direita. As dimensões da massa aumentaram rapidamente o que obrigou a internamentos para controlo da dor. Dada a elevada suspeição de malignidade foi orientada para o IPO – Consulta de Grupo de Ginecologia onde foi proposta exérese cirúrgica com exame extemporâneo. Foi realizada anexectomia direita, por laparotomia: o exame extemporâneo da peça revelou trata-se de uma “neoplasia do estroma sem característica de malignidade - fibroma?” o que foi confirmado no exame definitivo.

Conclusão: Este caso traduz constante desafio que o diagnóstico e orientação das massas anexiais são na prática clínica- apesar de factores de risco, características sugestivas e vários modelos preditivos terem sido descritos e desenvolvidos muito frequentemente somos surpreendidos pelos achados finais. Ainda assim uma elevada suspeição clínica e a orientação por uma equipa multidisciplinar são a chave do sucesso.

P 26

MASSAS ANEXIAIS EM IDADE REPRODUTIVA – UM (MAIOR) DESAFIO

Joana Lopes Pereira; João Lobo; Maria Júlia Pereira; Manuel Morim

Centro Hospitalar São João, Porto; Instituto Português de Oncologia do Porto; Centro Hospitalar Póvoa de Varzim e Vila do Conde

As massas anexiais representam um grande desafio na prática clínica ginecológica. Na mulher em idade fértil, os preditores de risco “clássicos” – características imagiológicas, marcadores tumorais – são muitas vezes alterados por estados fisiológicos como gravidez ou puberdade. Por outro lado, o potencial reprodutivo destas mulheres é uma preocupação constante e cada intervenção tem que ser devidamente ponderada. Apresentamos de seguida 3 casos de mulheres referenciadas à consulta de Ginecologia do CHPVC por “massa anexial” e cuja orientação foi desafiante.

Caso 1: Mulher de 36 anos, saudável, referenciada às 8-9 semanas de gravidez por tumefacção anexial sintomática, “... com 12x8cm ... sólida... vascularização presente...” com CA 125, AFP, CA 19.9 aumentados. Foi orientada para IPO – Consulta de Grupo de Ginecologia Oncológica e proposto tratamento cirúrgico: às 21 semanas realizou anexectomia esquerda e o exame histológico revelou tratar-se de “...teratoma maduro...”. A restante gravidez decorreu sem intercorrências.

Caso 2: Jovem de 17 anos, nuligesta, referenciada por tumefacção abdominal volumosa, assintomática, cuja avaliação ecográfica descrevia como: “...quistos anexiais [direito] septado com ... 15,6 cm...”. Foi realizada: “...ooforectomia direita e cistectomia esquerda... [tumefacção cística na região anexial esquerda com cerca de 8x6cm com cápsula lisa intacta]”. O exame histológico revelou tratar-se de “...tumor papilar seroso *borderline* do ovário direito” e “cistadenoma seroso anexial/trompa à esquerda...” Foi orientada para IPO para completar estadiamento cirúrgico: não se verificou invasão dos restantes tecidos – foi considerada “tratada” com a cirurgia.

Caso 3: Mulher de 33 anos, saudável, orientada para a Consulta por desconforto pélvico aproximadamente 4 meses após o parto. Apresentava “...volumosa tumefacção abdominal...”. Os exames de imagem descreviam “... massa ...17 cm de diâmetro, (...) área anexial direita...”; analiticamente CA 125 estava elevado. Dada a elevada suspeição de malignidade foi orientada para o IPO - Consulta de Grupo de Ginecologia onde foi proposta exérese cirúrgica. Foi realizada anexectomia direita, por laparotomia: o exame extemporâneo da peça revelou trata-se de uma “neoplasia do estroma sem característica de malignidade - fibroma” o que foi confirmado no exame definitivo.

Conclusão: Estes 3 casos ilustram tanto a variedade de apresentações das massas anexiais como o quão o seu diagnóstico definitivo pode ser totalmente diferente do inicialmente previsto. A discussão dos casos em equipa multidisciplinar é nestas situações uma enorme mais valia.

P 27

STREPTOCOCCAL SEX-SYNDROME – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Viana Pinto; Mariana Rei; Raquel Mota; Antónia Costa; Vera Paiva

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João, E.P.E. Porto; ²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto; ³ICS Instituto de Inovação e Investigação em Saúde, Universidade do Porto

Introdução: O tratamento oncoginecológico agressivo (linfadenectomia/radioterapia pélvica/inguinal) pode acarretar distorção da drenagem venolinfática locorregional, que é o terreno predisponente para o *Streptococcal Sex Syndrome* (SSS) – episódios recorrentes de celulite aguda nos membros inferiores associados a atividade sexual.

Objetivo: Descrição de caso clínico de mulher in-

ternada com SSS.

Métodos: Recolha de informação a partir de sistemas electrónicos hospitalares (Sclínico®, VCI®) num centro terciário com cuidados diferenciados.

Resultados e conclusão: Mulher de 63 anos, em remissão oncológica e no 2º ano de vigilância de carcinoma epidermóide do colo – estadio clínico IB1 (FIGO), submetida a histerectomia radical com linfadenectomia pélvica com subsequente radioterapia locorregional, apresenta quadro sistémico de febre e mialgias associando-se-lhe horas depois dor e sinais inflamatórios no membro inferior esquerdo. A tomografia computadorizada revelou membro inferior esquerdo com espessamento da derme e manifestações celulíticas, sem bolhas de ar ou coleções, sem evidência de trombose venosa. Após antibioterapia empírica com clindamicina e amoxicilina com clavulanato teve resolução completa do quadro infeccioso, mas com linfedema sequelar do membro inferior. As hemoculturas confirmaram a presença de *Streptococcus mittis* e *oralis*. Segundo episódio de semelhante apresentação clínica um mês depois em contexto de atividade sexual recente, tendo sido submetida a análogo tratamento com resolução do quadro clínico infeccioso. Após questionada acerca de possíveis fatores desencadeantes, a doente refere que ambos os episódios foram precedidos de coito vaginal mais intenso e maior duração, bem como de depilação abrasiva da região púbica e vulvoperineal. Neste caso a depilação local genital associado a coito vaginal poderão ter agido sinergisticamente na fragilização local da barreira cutânea e, deste modo ter contribuído para a porta de entrada de agentes comensais, que se tornaram patogénicos em terreno de tecido celular subcutâneo com comprometimento da drenagem venolinfática. O conhecimento desta síndrome deve evocar a suspeição diagnóstica e tratamento precoce. Por outro lado a identificação de fatores desencadeantes permite instituir medidas profiláticas, diminuindo assim a morbidade significativa associada a estes casos.

P 28

HISTERECTOMIAS POR PATOLOGIA ONCOLÓGICA – A REALIDADE DE PORTUGAL

Inês Gante¹; Cristina Frutuoso^{1,2};

Cláudia Medeiros-Borges³; Fernanda Águas^{1,2}

¹Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Sociedade Portuguesa de Ginecologia;

³Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)

Introdução: A histerectomia é uma das cirurgias mais frequentemente realizadas, fazendo parte do tratamento primário dos cânceros ginecológicos (exceto vulva) e sendo escassas as situações em que é possível preservar o útero. Assim, contrariamente às histerectomias por patologia benigna (que reduziram na última década devido ao surgimento de alternativas terapêuticas), não se verifica redução das histerectomias por patologia oncológica.

Objetivos: Avaliação nacional das histerectomias realizadas por patologia oncológica relativamente à indicação, via de abordagem, idade das mulheres, intervenções cirúrgicas associadas, complicações intra e pós-operatórias, internamentos e reinternamentos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das mulheres submetidas a histerectomia por patologia oncológica nos hospitais públicos portugueses durante 10 anos (1 janeiro 2005 a 31 dezembro 2014). Análise dos dados com recurso ao STATA 13.1.

Resultados e conclusões: Foram realizadas 15000 histerectomias por patologia oncológica em 10 anos: 49,6% (n=7446) por carcinoma do endométrio (*in situ* ou invasor), 26,9% (n=4027) por carcinoma do colo (*in situ* ou invasor) e 23,5% (n=3527) por tumor maligno do ovário (*borderline* ou carcinoma). Em média, as mulheres com carcinoma do endométrio apresentavam uma idade superior (66,3±10,7), seguida das mulheres com tumor maligno do ovário (59,4±13,4) e sendo as com carcinoma do colo mais jovens (48,7±11,4) (p<0,001). A maioria das histerectomias oncológicas foram por via laparotômica [96,1% (n=14380)] sendo 11,7% (n=1676) radicais. Ainda assim, 2,4% (n=359) foram por laparoscopia e 1,6% (n=233) por via vaginal. A opção pela via laparoscópica aumentou nos últimos anos [0,5% (n=7) em 2005 *versus* 4,4% (n=62) em 2014] (p<0,001).

Em 83,1% (n=12466) foi simultaneamente realizada anexectomia bilateral: em 93,4% (n=6957) perante carcinoma do endométrio, 58,7% (n=2362) perante carcinoma do colo e 89,2% (n=3147) perante tumor maligno do ovário.

Em 29,8% efetuou-se linfadenectomia (n=4466): em 32,8% (n=2444) perante carcinoma do endométrio, 32,6% (n=1314) perante carcinoma do colo e 20,1% (n=708) perante tumor maligno do ovário. As histerectomias por tumor maligno do ovário condicionaram internamentos mais longos (9,3±9,1 dias) e as por carcinoma do colo mais curtos (6,8±8,8 dias) (p<0,001).

Na global, a taxa de reinternamentos foi 13,6% (n=2032), sendo estes mais frequentes nas histerectomias por tumor maligno do ovário [17,2% (n=605)]. Também as complicações foram mais frequentes perante tumor maligno do ovário: 1,9% (n=67) intraoperatórias (p<0,001) e 5,1% (n=180) pós-operatórias diretamente relacionadas com a cirurgia (p<0,001). No global a taxa de complicações intraoperatórias foi 1,1% (n=170) e pós-operatórias diretamente relacionadas com a cirurgia 4,2% (n=632).

P 29

AVALIAÇÃO SUBJETIVA DAS MASSAS ANEXIAIS EM ECOGRAFIA GINECOLÓGICA – O CONCEITO DE PATTERN RECOGNITION

Galvão A.; Carvalho S.; Gonçalves D.; Fernandes E.; Morgado A.

Centro Materno Infantil do Norte (CMIN)

– Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: Atualmente, não existe nenhum modelo ecográfico de diagnóstico de massas anexiais que tenha uma performance superior à avaliação subjetiva realizada por ecografistas experientes, designada por pattern recognition.

Este trabalho tem como objetivo pesquisar a correlação entre a pattern recognition e a histologia na nossa amostra e perceber se, na nossa instituição, este método também demonstra uma elevada precisão.

Métodos: Estudo retrospectivo de mulheres com massas anexiais que fizeram ecografia ginecológica no CMIN nos anos de 2014 e 2015, nas quais foi utilizada terminologia *IOTA* e pattern recognition registadas no software Astrai. As ecografias foram realizadas por diferentes ecografistas. Todas as ecografias realizadas no mesmo período de tempo em que não foi preenchido o item “massas anexiais” não foram incluídas.

Resultados: Registaram-se 319 casos de mulheres com massas anexiais descritas segundo a terminologia *IOTA*. 92 casos (28.8%) foram abordados cirurgicamente, pelo que existe caracterização histológica dessas massas. Foi utilizada pattern recognition em 50 desses casos (15.7%).

Abaixo apresenta-se o número de casos com um diagnóstico por *pattern recognition* e o número de casos em que houve correlação histológica positiva:

- 1 carcinoma do ovário: 1 confirmado histologicamente
- 1 cistadenofibroma: nenhum
- 5 cistadenomas mucinosos: 1 confirmado
- 15 cistadenomas serosos: 7 confirmados
- 9 endometriomas: 6 confirmados
- 2 fibromas ovários: nenhum
- 4 hidrossalpinges: 3 confirmadas
- 4 quistos de inclusão peritoneal: 2 confirmados
- 5 quistos dermoides: 2 confirmados
- 2 quistos hemorrágicos: 1 confirmado
- 2 tumores *borderline*: nenhum

Houve uma correlação histológica positiva em 23 casos de 50 analisados (46.0%). Em 4 casos de malignidade, a *pattern recognition* só reconheceu esse padrão num deles (25.0%). Os diagnósticos que mostraram correlação histológica num maior número de casos foram hidrossalpinge e endometrioma.

Conclusão: Na nossa amostra, o método *pattern recognition* foi pouco utilizado e teve uma correlação com a histologia inferior à descrita na literatura. Uma importante limitação deste estudo tem a ver com o facto de este método ter sido usado por vários ecografistas diferentes, com diferentes níveis de experiência, sendo por isso o conceito de *pattern recognition* aqui utilizado de forma algo abusiva.

Este estudo vem salientar a dificuldade que existe na atribuição de um diagnóstico ecográfico às massas anexiais. A disponibilidade de vários modelos preditivos, nomeadamente os do grupo IOTA (*International Ovarian Tumor Analysis*), vem assim revelar-se como uma importante ajuda neste campo, capaz de gerar benefícios em saúde.

P 30

NEOPLASIA ENDOMETRIAL NA INVESTIGAÇÃO DO CASAL INFÉRTIL

Ana Rocha; Inês Alençã; Alexandre Morgado;

Márcia Barreiro

Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: A neoplasia endometrial ocorre maioritariamente na pós menopausa (75%), mas em 2-5% dos casos o diagnóstico ocorre antes dos 40 anos, sendo mais difícil a sua correcta identificação. No contexto de infertilidade torna-se ainda mais complexo o diagnóstico. Devemos, no entanto, alertar para tal situação, pois só uma elevada suspeição clínica poderá levar ao diagnóstico pre-

coce. Este trabalho pretende descrever 2 casos de mulheres com neoplasia endometrial diagnosticada na consulta de Medicina da Reprodução (MR).

Casos clínicos: Caso 1: Mulher de 38 anos, seguida na consulta de MR por infertilidade conjugal secundária com 3 anos. Apresentava ciclos regulares, sem hemorragia uterina anómala. Identificado o factor masculino oligoteratospermia e varicocele, sendo proposto ao casal a realização de técnicas de procriação medicamente assistida. Na consulta para programação da mesma, a ecografia transvaginal revelou endométrio espessado (14,7mm), heterogéneo e com áreas quísticas. A histeroscopia diagnóstica proposta, revelou endométrio com hipertrofia polipóide difusa e vascularização aumentada. A biópsia detectou adenocarcinoma endometrióide. Estadiamento cirúrgico efectuado com histerectomia total e anexectomia bilateral, identificou estadio IA (intramucoso). Actualmente em *follow up*.

Caso 2: Mulher de 26 anos, oriunda da Bulgária, seguida em MR por infertilidade conjugal primária com 5 anos. Antecedentes de histeroscopia prévia por espessamento endometrial, descrevendo-se aparência de “favo de mel”, mas o histológico revelou endométrio proliferativo. Oligomenorreica, medicada com progestativo cíclico. Iniciou indução da ovulação com Citrato de Clomifeno. Interrompeu temporariamente as consultas de MR, regressando ao fim de 18 meses (28 anos). Efectuado cariótipo: mos 45X/47,XXX. É indicada nova histeroscopia diagnóstica por espessamento endometrial persistente (19mm), que revelou formações polipóides irregulares com vascularização atípica e aspecto cerebrióide. A biópsia identifica adenocarcinoma endometrióide com áreas de metaplasia escamosa. Foi proposta para estadiamento cirúrgico tendo recusado. Abandonou a consulta, referindo voltar para país de origem. Perdida no *follow-up*.

Conclusão: O espessamento endometrial irregular foi o motivo de suspeição nos casos descritos. A histeroscopia, como técnica de fácil acessibilidade e realização, deve ser utilizada nestes casos, de forma a ser efectuado diagnóstico precoce e evitado o risco inerente à estimulação ovárica.

P 31

RECIDIVA DA NEOPLASIA ENDOMETRIAL NO ESTADIO IA – PODERÁ SER PREVISTA?

Ana Rocha; Inês Alençó; Eugénia Fernandes; Alexandre Morgado

Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: O carcinoma do endométrio é a neoplasia ginecológica mais frequente, manifestando-se maioritariamente por hemorragia uterina anómala e dor pélvica. O estadiamento é cirúrgico e condiciona tanto o tratamento subsequente como o prognóstico. Considera-se que a cirurgia isolada seja curativa nos tumores endometrioides bem ou moderadamente diferenciados e em estádios IA (invasão de $<1/2$ do miométrio). Existem, no entanto, outros factores que aumentam o risco de recidiva (tipo histológico, grau de diferenciação, invasão linfovascular (ILV), atingimento cervical e tamanho tumoral). Pretende este trabalho rever os casos de neoplasias endometriais estadio IA que recidivaram considerando tais factores.

Métodos: Estudo retrospectivo dos casos de neoplasias endometriais diagnosticadas no CMIN entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2015, estadio IA, com pelo menos 1 ano de *follow-up* e que apresentaram recidiva.

Resultados: No período referido diagnosticaram-se 174 casos de neoplasias endometriais, 41,4% no estadio IA. As mulheres neste estadio tinham entre 38 e 82 anos (média 64), IMC entre 21 e 44 (média 30), 62,5% eram hipertensas e 20,8% diabéticas. Os tumores eram maioritariamente endometrioides (86,1%), G1 ou G2 (50% e 41,7%), 91,7% sem ILV e 84,7% com >2 cm. Houve recidiva em 3 casos (4,1%).

Caso 1: 69 anos, tumor endometriode G2 com 20% células claras (diagnóstico histológico, não tendo realizado linfadenectomia), 2cm e ILV. Recidiva em citologia vaginal aos 4 anos. Em vigilância (1 ano após recidiva).

Caso 2: 73 anos, tumor endometriode G1 com 3,5 cm e ILV indeterminada. Recidiva sob a forma de carcinomatose peritoneal aos 12 meses com morte no mesmo ano.

Caso 3: 69 anos, tumor endometriode G2 com 2 cm sem ILV. Recidiva em biópsia vaginal aos 13 meses. Realizou RT. Em vigilância (3 anos após recidiva).

Conclusão: O estadio IA é o mais precoce e com melhor prognóstico do carcinoma do endométrio. Geralmente a cirurgia é curativa, pelo que a reci-

diva não é expectável, mas persistem ainda alguns casos de recorrência, tal como identificado neste trabalho. Relativamente aos factores associados a maior recorrência, verificamos que o único consensual é o tamanho tumoral >2 cm. No entanto, a grande maioria dos tumores (84,7%) apresentavam esta dimensão, pelo que não será um factor adequado para diferenciação, pelo menos de forma isolada. Sendo assim, torna-se necessário um estudo mais aprofundado e de maior número de casos para inferir os factores associados a recidiva.

Major Sponsors



Sponsors



Comissão Organizadora



Secção Portuguesa de Ginecologia Oncológica
Cristina Frutuoso
Paulo Aldinhas
Henrique Nabais

Comissão Científica

Alfredo Gouveia, *Ginecologia do IPO Porto* | Almerinda Petiz, *Ginecologia do IPO Porto* | Ana Coelho, *Ginecologia IPO Lisboa* | Ana Francisca, *Ginecologia do IPO Lisboa* | Carla Diogo, *Cirurgia plástica do CHUC* | Catarina Cardoso, *Oncologia Médica do IPO Lisboa* | Catarina Travancinha, *RT do IPO Lisboa* | Cristina Frutuoso, *Ginecologia CHUC* | Deolinda Pereira, *Oncologia Médica do IPO Porto* | Filomena Santos, *RT do IPO Lisboa* | Gilberto Melo, *RT do IPO Coimbra* | Henrique Nabais, *Ginecologia da Fundação Champalimaud* | Hugo Gaspar, *Ginecologia do Hospital do Funchal* | Inês Nobre Góis, *RT dos CHUC* | Isabel Lavinha, *Cruz Vermelha Lisboa* | Joana Bordalo e Sá, *Oncologia Médica do IPO Porto* | José Fonseca Moutinho, *Ginecologia do Hospital da Cova da Beira* | Lorenzo Marconi, *Urologia do CHUC* | Luís Sá, *Ginecologia do IPO Coimbra* | Lurdes Salgado, *IPO Porto* | Margarida Barros, *Ginecologia CHUC* | Margarida Bernardino, *Ginecologia do IPO Lisboa* | Mónica Nave, *Oncologia Médica do Hospital da Luz* | Mónica Pires, *Ginecologia do IPO Porto* | Óscar Vilão, *Cuidados Paliativos IPO Coimbra* | Paulo Aldinhas, *Ginecologia IPO Coimbra* | Paulo Correia, *Ginecologia e Oncologia Médica do IPO Coimbra* | Ricardo Martins, *Cirurgia Geral CHUC* | Rita Sousa, *Ginecologia do IPO Coimbra* | Rui Carneiro, *Médico Internista, Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos do Hospital Luz-Arrábida e Luz-Póvoa* | Teresa Carvalho, *Ginecologia e Oncologia Médica do IPO Coimbra*

Secretariado



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: paula.cordeiro@admedic.pt | W: www.admedic.pt