



Consultar Programa  
Consult Program

# XIV Congresso Português Ginecologia

Centro de Congressos do Algarve – Vilamoura  
07 a 10 de junho de 2018  
07<sup>th</sup> to 10<sup>th</sup> June, 2018

Programa Científico  
*Scientific Program*

“marés de  
conhecimento”



# XIV Congresso Português Ginecologia

Caros Colegas e Amigos,

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia organiza em 2018 mais um Congresso, será o XIV Português de Ginecologia e terá lugar de 07 a 10 de junho, no Centro de Congressos de Vilamoura/Algarve.

Construímos um programa diversificado e atualizado, abrangendo as diferentes áreas de interesse em Ginecologia. A presença de ilustres palestrantes nacionais e internacionais, que abordam aspetos do presente e do futuro da nossa especialidade e que nos darão oportunidade de acompanhar os progressos do conhecimento e da tecnologia.

Temos um elevado número de inscrições e participação ativa nos cursos, workshops e sessões. Desejamos que possam partilhar connosco o vosso saber e a vossa experiência.

Vilamoura proporcionará também a atmosfera certa para este encontro descontraído e saudável entre amigos.

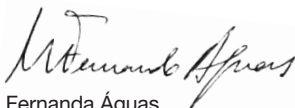
*Dear Colleagues and Friends,*

*The Portuguese Gynecology Society will hold, in 2018 another Congress, the XIV Portuguese Congress on Gynecology that will take place in Vilamoura /Algarve, between the 7<sup>th</sup> and the 10<sup>th</sup> of June.*

*We created an exciting and updated scientific program covering the different areas of interest in Gynecology. Distinguished national and international speakers, will address aspects of the present and the future of our specialty and enable us to monitor the new trends in terms of knowledge and technology.*

*We have a great number of attendees and active participation in courses, workshops and sessions. We hope you can share your knowledge and your experience with us.*

*Vilamoura is also a place for a laid back and healthy gathering between friends.*



Fernanda Águas  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia  
President of the Portuguese Society of Gynecology

## **Presidente de Honra** *President of Honour*

---

João Luís Silva Carvalho

## **Comissão de Honra** *Committee of Honour*

---

**Bastonário da Ordem dos Médicos**

**Presidente do Conselho Diretivo da ARS Algarve, I.P.**

**Presidente do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetria**

**Reitor da Universidade do Algarve**

## **Presidente do Congresso** *President of the Congress*

---

Fernanda Águas

## **Comissão Executiva** *Executive Committee*

---

**Presidente / President**

Fernanda Águas

**Secretário-Geral / Secretary-General**

Carlos Marques

**Tesoureira / Treasurer**

Liana Negrão

**Membros / Members**

Eunice Capela

Fátima Faustino

José Alberto Moutinho

Nuno Nogueira Martins

Pedro Vieira Baptista

Teresa Mascarenhas

## **Comissão Científica** *Scientific Committee*

---

Alberto Fradique

Alexandre Morgado

Amália Martins

Amélia Pedro

Ana Casquilho

António Lanhoso

Bercina Candoso

Cláudio Rebelo

Cristina Frutuoso

Fernanda Geraldes

Henrique Nabais

José Aníbal Silva

Luís Ferreira Vicente

Madalena Nogueira

Margarida Barros

Margarida Martinho

Maria José Janeiro

Paulo Aldinhas

Rita Sousa

Sofia Alegria

Virgínia Monteiro

## Quinta-feira, 07 de junho Thursday, 07<sup>th</sup> June

09:00-13:00h	Cursos / Courses
09:00-13:00h	Hands-on-training
14:30-16:00h	INOVAÇÃO EM DIAGNÓSTICO / INNOVATION IN DIAGNOSIS
16:00-16:30h	VALOR MÉDICO-LEGAL DAS NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA / MEDICO LEGAL VALUE OF CLINICAL GUIDELINES
17:00-18:00h	Simpósio / Symposium
18:00-19:00h	CONSENSO SOBRE HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMAIS (HUA) / CONSENSUS ON ABNORMAL UTERINE BLEEDING
19:00-20:00h	Cerimónia de Abertura e Saudação ao Presidente de Honra / Opening Ceremony and Greetings to the President of Honour
20:00h	Cocktail de Boas Vindas / Welcome Cocktail

## Sexta-feira, 08 de junho Friday, 08<sup>th</sup> June

08:15-09:00h	Pequeno almoço com o especialista / Breakfast with the expert FORMAÇÃO EM LAPAROSCOPIA NA GINECOLOGIA ONCOLÓGICA / TRAINING IN LAPAROSCOPY IN GYNECOLOGIC ONCOLOGY
09:00-11:00h	Comunicações Orais / Oral Communications
09:00-10:30h	CIRURGIA DO CANCRO GINECOLÓGICO: ESTADO DA ARTE / GYNAECOLOGICAL CANCER SURGERY: STATE OF THE ART
10:30-11:00h	CIRURGIA ROBÓTICA: O FUTURO EM GINECOLOGIA ONCOLÓGICA / ROBOTIC SURGERY: THE FUTURE IN GYNAECOLOGIC ONCOLOGY
11:30-12:00h	PASSADO E FUTURO DA HISTEROSCOPIA / PAST AND FUTURE OF HYSTEROSCOPY
12:00-13:00h	Simpósio / Symposium
14:00-15:00h	Simpósio / Symposium
15:00-16:30h	Comunicações Orais / Oral Communications
15:00-16:30h	ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA – NOVOS PARADIGMAS / GYNAECOLOGICAL ENDOSCOPY – NEW PARADIGMS
17:00-20:00h	Workshops / Hands-on-training

## Sábado, 09 de junho Saturday, 09<sup>th</sup> June

08:15-09:00h	Pequeno almoço com o especialista / Breakfast with the expert CRIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO / SETTING AN OFFICE HYSTEROSCOPY UNIT
09:00-10:30h	TRATAMENTOS EM PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR / TREATMENTS IN LOWER GENITAL TRACT PATHOLOGY
09:00-11:00h	Comunicações Orais e Vídeos / Oral Communications and Videos
10:30-11:00h	TERAPÉUTICA HORMONAL SUBSTITUTIVA: AINDA É ÉTICO? / HORMONE REPLACEMENT THERAPY: IS IT STILL ETHICAL?
11:30-12:30h	Comunicações Orais / Oral Communications
11:30-12:30h	A MULHER DIABÉTICA NA PÓS-MENOPAUSA / THE POST MENOPAUSAL DIABETIC WOMAN
12:30-13:00h	Sessão Patrocinada / Sponsored Session
14:00-16:00h	Simpósio / Symposium
16:00-16:30h	REIMPLANTAÇÃO DE TECIDO OVÁRIO: UMA NOVA ESTRATÉGIA PARA A MENOPAUSA? / OVARIAN REIMPLANTATION TISSUE: A NEW STRATEGY FOR THE MENOPAUSE?
16:00-18:00h	Comunicações Orais / Oral Communications
17:00-18:00h	CIRURGIA RECONSTRUTIVA DO PAVIMENTO PÉLVICO / RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE PELVIC FLOOR
18:00h	Assembleia Geral Eleitoral / Electoral General Assembly
20:30h	Jantar do Congresso / Congress Dinner

## Domingo, 10 de junho Sunday, 10<sup>th</sup> June

09:00-11:00h	PREVENÇÃO EM GINECOLOGIA: FAZ O QUE EU FAÇO / PREVENTION IN GYNAECOLOGY: DO WHAT I DO
11:30-12:00h	SER GINECOLOGISTA / TO BE A GYNAECOLOGIST
12:00-12:30h	Entrega de Prémios e Sessão de Encerramento / Rewards and Session of Closing

## Intervenientes *Speakers*

Adelaide Vitorino	Gabriela Moita	Nicolas Bourdel
Alberto Fradique	Gilbert Donders	Nuno Nogueira Martins
Amália Martins	Graça Santos	Nuno Oliveira
Amália Pacheco	Helena Leite	Olivier Donnez
Amélia Pedro	Henrique Nabais	Patrícia di Martino
Ana Carvalheira	Hermínia Afonso	Paula Ambrósio
Ana Casquilho	Hugo Gaspar	Paula Norinho
Ana Francisca Jorge	Irina Ramilo	Paulo Aldinhas
Ana Moreira	Javier Rodriguez	Pedro Marques da Silva
Ana Rosa Costa	Joana Silva	Pedro Oliveira
Ana Sofia Fernandes	João Bernardes	Pedro Vieira Baptista
Anabela Melo	João Cavaco Gomes	Pere Brescó
André Dias Pereira	João Luís Silva Carvalho	Pluvio Coronado
Andrea Quintas	João Maires	Renata Veríssimo
Andreia Leitão Marques	Joaquim Neves	Renaud de Tayrac
António Lanhoso	John Buster	Ricardo Araújo Pereira
António Setúbal	José Fonseca Moutinho	Rita Mesquita Pinto
Audrey Tsunoda	José Lourenço Reis	Rita Sousa
Bruno Azevedo	José Martinez de Oliveira	Rudy Léon de Wilde
Carla Rodrigues	Kristina Gemzell-Danielsson	Sandra Soares
Carlos Oliveira	Liana Negrão	Sandra Sousa
Cláudia Andrade	Lil Valentin	Sandra Vilarinho
Cláudio Rebelo	Lília Remesso	Sara Campos
Claus Yding Andersen	Luís Ferreira Vicente	Sofia Alegria
Cristina Frutuoso	Margarida Martinho	Sónia Barata
Cristina Nogueira da Silva	Maria do Céu Santo	Stefano Bettocchi
Daniel Pereira da Silva	Maria Geraldina Castro	Stefano Salvatore
Eckard Petri	Maria João Carvalho	Teresa Bombas
Eunice Capela	Mario Preti	Teresa Fraga
Fátima Faustino	Miguel Fernandes	Teresa Mascarenhas
Fernanda Águas	Miguel Guimarães	Veronika Horváth
Fernanda Geraldes	Mónica Pires	Virgínia Monteiro
Filipa Osório	Montserrat Cararach	



**XIV**  
Congresso Português  
**Ginecologia**

“marés de  
conhecimento”

PRÉ-CONGRESSO *PRE-CONGRESS*

Quinta-feira, 07 de junho Thursday, 07<sup>th</sup> June

**Curso A**

**Curso básico de sexologia / Basic Course on Sexology**

09:00-13:00h Coordenadoras / *Coordinators*: Ana Rosa Costa, Carla Rodrigues, Eunice Capela e Maria do Céu Santo  
Sala C

09:00-09:05h Boas vindas / *Welcome*

Apresentação e objetivos do Curso / *Course presentation and aims*  
Maria do Céu Santo, Carla Rodrigues, Ana Rosa Costa e Eunice Capela

**I Definições, resposta sexual e fatores / Definitions, sexual response and factors**

09:05-09:20h Sexualidade / *Sexuality*  
Eunice Capela

- Definição / *Definition*
- Sexualidade feminina / *Female sexuality*
- Classificação das disfunções sexuais / *Sexual dysfunction classification*

09:20-09:35h Resposta sexual / *Sexual response*  
Carla Rodrigues

- Estudos de *Master and Johnson* / *Master and Johnson's research*
- Outros modelos de resposta sexual / *Other models of sexual response*

09:35-10:00h Relacionamento conjugal / *Marital relationship*  
Gabriela Moita

10:00-10:25h Mitos da sexualidade feminina / *Female sexuality myths*  
Ana Carvalheira

**II Abordagem das disfunções sexuais femininas / Female sexual dysfunction approach**

10:25-11:00h Psicoterapias na disfunção sexual / *Psychotherapy in sexual dysfunction*  
Sandra Vilarinho

11:00-11:15h *Coffee-break*

11:15-11:35h Perturbação do interesse/Excitação sexual feminina // *Female sexual interest/Arousal disorder*  
Helena Leite

- Definição / *Definition*
- Fatores / *Factors*
- Abordagem/Terapêutica // *Approach/Therapy*

11:35-11:55h Perturbação do orgasmo feminino / *Female orgasmic disorder*  
Joana Silva

- Definição / *Definition*
- Fatores / *Factors*
- Abordagem/Terapêutica // *Approach/Therapy*

11:55-12:15h Perturbação de dor genitopélvica/Penetração // *Genito-pelvic pain disorder/Penetration*  
Graça Santos

- Definição / *Definition*
- Fatores / *Factors*
- Abordagem/Terapêutica // *Approach/Therapy*



- 12:15-12:45h Testes de avaliação da função sexual feminina / *Female sexual function assessment tests*  
Carla Rodrigues
- 12:45-13:00h Discussão e comentários finais / *Discussion and final comments*

### Curso B

08:30-12:30h

Sala A

### Exame microscópico a fresco no diagnóstico das infecções vaginais / *Diagnosis of vaginal discharge by wet mount microscopy*

Coordenadores / *Coordinators*: Gilbert Donders e Pedro Vieira Baptista

08:30-08:40h Boas vindas / *Welcome*

08:40-09:20h Como realizar microscopia de gabinete / *How to perform office microscopy*

Gilbert Donders

09:20-10:00h O que diagnosticar? / *What to diagnose?*

Pedro Vieira Baptista

---

10:00-10:15h *Coffee-break*

---

10:15-11:00h Exercícios Práticos em diapositivos / *Practice on computer slides*

Gilbert Donders e Pedro Vieira Baptista

11:00-11:45h Treino em microscopia / *Hands on microscopy*

Gilbert Donders e Pedro Vieira Baptista

11:45-12:00h Exame / *Exam*

12:00-12:30h Notas finais / *Closing remarks*

### Curso C

08:30-13:30h

Sala D

### Certificação IOTA em Ecografia / *International Ovarian Tumour Analysis (IOTA) – Certification Course*

Coordenadora / *Coordinator*: Lil Valentin

08:30-09:30h Reconhecimento de padrões para diagnosticar massas anexiais / *Pattern recognition for diagnosing adnexal masses*

09:30-09:40h Intervalo / *Break*

09:40-10:40h Apresentação de estudo IOTA / *Presentation of IOTA study*

---

10:40-11:10h *Coffee-break*

---

11:10-11:40h Terminologia IOTA / *IOTA terminology*

11:40-12:10h Descrições IOTA simplificadas / *IOTA easy descriptors*

12:10-12:20h Intervalo / *Break*

12:20-13:00h Prática de regras simples e outros métodos IOTA / *Practicing simple rules and other IOTA methods*

13:00-13:30h Teste IOTA / *IOTA test*

09:00-13:00h **Sala B** Coordenadores / *Coordinators*: António Lanhoso, Luís Ferreira Vicente e Margarida Martinho

09:00-10:00h **Breve introdução teórica / Brief theoretical introduction**  
Técnicas de histeroscopia cirúrgica em consultório / *Techniques of surgical office hysteroscopy*  
Alberto Fradique  
Ressetoscopia / *Ressectoscopy*  
Margarida Martinho

10:00-13:00h **Treino prático de histeroscopia cirúrgica / Training in surgical hysteroscopy**

**Seis simuladores / Six workstations**

**Monitores / Monitors**: Alberto Fradique, Ana Moreira, António Lanhoso, João Mairos, Lília Remesso, Maria João Carvalho e Patrícia di Martino

Patrocínio:  **Teprel**  
*A Cuidar dos Seus Clientes*



**XIV**  
Congresso Português  
**Ginecologia**

“marés de  
conhecimento”

PROGRAMA DO CONGRESSO *CONGRESS PROGRAM*

Quinta-feira, 07 de junho *Thursday, 07<sup>th</sup> June*

13:30h Abertura do Secretariado / *Secretariat Opening*

14:30-16:00h **Sessão 1 / Session 1 INOVAÇÃO EM DIAGNÓSTICO / INNOVATION  
IN DIAGNOSIS**

Centro de  
Congressos

Moderadores / *Chairpersons*: João Bernardes e Liana Negrão

Localização – Pré-cirurgia dos miomas uterinos / *Pre-surgical location  
of uterine myomas*

Nicolas Bourdel

Valor da colonoscopia virtual para estudo da endometriose /  
*Value of virtual colonoscopy on endometriosis*

Sandra Sousa

Caracterização ecográfica dos tumores do ovário /  
*Ultrasound characterization of ovarian tumours*

Lil Valentin

16:00-16:30h **Conferência 1 / Keynote lecture 1 VALOR MÉDICO-LEGAL  
DAS NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA / MEDICO LEGAL VALUE  
OF CLINICAL GUIDELINES**

Centro de  
Congressos

Presidente / *President*: Miguel Guimarães

Palestrante / *Speaker*: André Dias Pereira

16:30-17:00h *Coffee-break*

17:00-18:00h **Simpósio 1 / Symposium 1**

 **GEDEON RICHTER**  
*Since 1907*

Centro de  
Congressos

**ACETATO DE ULIPRISTAL (UPA):  
DADOS DE SEGURANÇA**

Presidente / *Chairwoman*: Fernanda Águas

UPA – Novas recomendações de segurança

Daniel Pereira da Silva

Dados nacionais sobre segurança

Fernanda Águas

*Current and new perspectives on the management of uterine fibroids*

Olivier Donnez

Discussão e esclarecimento de perguntas

18:00-19:00h **Sessão 2 / Session 2 CONSENSO SOBRE HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMAIS (HUA) / CONSENSUS ON ABNORMAL UTERINE BLEEDING**

Centro de Congressos

Moderadoras / *Chairpersons*: Eunice Capela, Fátima Faustino, Fernanda Gerales e Margarida Martinho

Conceitos, classificação e diagnóstico / *Concepts, classification and diagnosis*

Maria Geraldina Castro

HUA: Orientação por faixa etária / *AUB: Management by age group*  
Puberdade e idade reprodutora / *Adolescence and reproductive age*

José Lourenço Reis

Peri e pós-menopausa / *Peri and postmenopause*

Maria João Carvalho

HUA aguda / *Acute AUB*

Nuno Nogueira Martins

19:00-20:00h **Cerimónia de Abertura e Saudação ao Presidente de Honra / Opening Ceremony and Greetings to the President of Honour**

Centro de Congressos

João Luís Silva Carvalho

20:00h **Cocktail de Boas Vindas / Welcome Cocktail**

**Sexta-feira, 08 de junho Friday, 08<sup>th</sup> June**

07:15h Abertura do Secretariado / *Secretariat Opening*

08:15-09:00h **Pequeno almoço com o especialista / Breakfast with the expert**  
**FORMAÇÃO EM LAPAROSCOPIA NA GINECOLOGIA ONCOLÓGICA / TRAINING IN LAPAROSCOPY IN GYNECOLOGIC ONCOLOGY**

Audrey Tsunoda

09:00-10:30h **Sessão 3 / Session 3 CIRURGIA DO CANCRO GINECOLÓGICO: ESTADO DA ARTE / GYNAECOLOGICAL CANCER SURGERY: STATE OF THE ART**

Centro de Congressos

Moderadoras / *Chairpersons*: Ana Francisca Jorge e Cristina Frutuoso

Linfadenectomia para-aórtica – 10 passos / *Para-aortic lymphadenectomy in 10 steps*

Nicolas Bourdel

Gânglio sentinela nos cancros do colo e do endométrio / *Sentinel lymph node in cervical and endometrial cancers*

Mónica Pires

Cirurgia do abdómen alto no cancro do ovário / *Upper abdominal surgery in ovarian cancer*

Miguel Fernandes

09:00-11:00h **Comunicações Orais / Oral Communications**  
Sala A **CO 01 a CO 12** Pág. 22  
Moderadoras / Chairpersons: Eunice Capela e Sofia Alegre

10:30-11:00h **Conferência 2 / Keynote lecture 2 CIRURGIA ROBÓTICA:  
O FUTURO EM GINECOLOGIA ONCOLÓGICA / ROBOTIC SURGERY:  
THE FUTURE IN GYNAECOLOGIC ONCOLOGY**  
Centro de Congressos  
Presidente / President: Daniel Pereira da Silva  
Palestrante / Speaker: Audrey Tsunoda

11:30-12:00h **Conferência 3 / Keynote lecture 3 PASSADO E FUTURO  
DA HISTEROSCOPIA / PAST AND FUTURE OF HYSTEROSCOPY**  
Centro de Congressos  
Presidente / President: Alberto Fradique  
Palestrante / Speaker: Stefano Bettocchi

12:00-13:00h **Simpósio 2 / Symposium 2**  
Centro de Congressos  
**KEEPING UP WITH WOMEN'S NEEDS**  
Moderadora / Chairwoman: Fernanda Águas  
**TANCO – Think about needs in contraception**  
Teresa Bombas  
**Meeting women's needs in contraception**  
Joaquim Neves  
**Meet the expert**  
Kristina Gemzell-Danielsson  
Q&A



13:00-14:00h Almoço / Lunch

14:00-15:00h **Simpósio 3 / Symposium 3**  
Centro de Congressos  
**VACINAÇÃO CONTRA O HPV:  
EXPERIÊNCIAS, DESAFIOS E PERSPETIVAS**  
Moderadora / Chairwoman: Amália Pacheco  
**Casos Clínicos**  
Paula Ambrósio e Cristina Nogueira da Silva  
**Consenso Nacional sobre Vacinas Contra HPV**  
Virgínia Monteiro



15:00-16:30h **Comunicações Orais / Oral Communications**  
Sala A **CO 13 a CO 22** Pág. 30  
Moderadores / Chairpersons: Ana Casquilho e Cláudio Rebelo

- 15:00-16:30h **Sessão 4 / Session 4 ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA – NOVOS PARADIGMAS / GYNAECOLOGICAL ENDOSCOPY – NEW PARADIGMS**  
Centro de Congressos  
Moderadores / Chairpersons: Fátima Faustino e João Luís Silva Carvalho  
Prevenção de aderências em cirurgia ginecológica: Que evidência / *Adhesion prevention in gynaecological surgery: What evidence*  
Rudy Léon de Wilde  
O ureter em cirurgias complexas – Como evitar lesões / *Ureter in complex surgeries: How to prevent injuries*  
Filipa Osório  
Definir uma classificação de imagens histeroscópicas: Que importância? / *Image classification in hysteroscopy: What importance*  
Margarida Martinho
- 

16:30-17:00h *Coffee-break*

---

17:00-20:00h **Workshops & Hands-on-training**

W1

**LASER / LASER**

Sala B

**TRATAMENTOS DO TRATO GENITAL INFERIOR (TGI) / LOWER GENITAL TRACT TREATMENT (LGT)**

Coordenadoras / *Coordinators*: Virgínia Monteiro e Teresa Fraga

- 17:00-17:20h **Propriedades físicas do LASER / LASER physical properties**  
Javier Rodriguez
- 17:20-17:40h **Tratamentos LASER do colo / Cervix LASER treatments**  
Virgínia Monteiro
- 17:40-18:00h **Tratamentos LASER da vagina / Vaginal LASER treatments**  
Adelaide Vitorino
- 18:00-18:20h **Discussão / Discussion**
- 
- 18:20-19:00h *Coffee-break*
- 
- 19:00-19:20h **Tratamentos LASER da Vulva / Vulva LASER treatments**  
Teresa Fraga
- 19:20-19:40h **Tratamentos LASER da atrofia vulvovaginal (AVV) / Vulvovaginal atrophy (VVA) LASER treatments**  
Stefano Salvatore
- 19:40-20:00h **Tratamentos LASER da síndrome geniturinária da menopausa (SGUM) / Genitourinary syndrome of menopause (GSM) LASER treatments**  
Stefano Salvatore
- 20:00-20:30h **Discussão – Encerramento do Workshop / Discussion – Workshop Closing**

Patrocínio:



W2

## ROBÓTICA / ROBOTICS

Sala A

### INTRODUÇÃO À CIRURGIA ROBÓTICA EM GINECOLOGIA / *INTRODUCTION TO ROBOTIC SURGERY IN GYNECOLOGY*

Coordenadores / *Coordinators*: António Setúbal, Audrey Tsunoda  
e Pere Brescó

17:00-18:00h **Introdução à cirurgia robótica / *Introduction to robotic surgery***  
O robot e os seus instrumentos / *The robot and its instruments*  
Filipa Osório

A sala de operações em cirurgia robótica / *The operating room  
in robotic surgery*

Pluvio Coronado

Estado da arte em cirurgia robótica em Portugal e no Mundo /  
*State of the art in robotic surgery in Portugal and in the World*

Henrique Nabais

18:00-18:30h **Como desenvolver um programa de formação em cirurgia robótica /  
*How to develop a training program in robotic surgery***

Treino e curva de aprendizagem / *Training and learning curve*

Pluvio Coronado

Construir uma equipa em cirurgia robótica / *To build a team  
in robotic surgery*

Bruno Azevedo

18:30-19:00h *Coffee-break*

19:00-20:00h **Cirurgia robótica em Ginecologia / *Robotic surgery in Gynecology***

Principais aplicações em Ginecologia / *Main applications in Gynecology*

Audrey Tsunoda

Vantagens da cirurgia robótica sobre a cirurgia laparoscópica  
convencional / *Advantages of robotic surgery over conventional  
laparoscopic surgery*

Henrique Nabais

Vídeos comentados de cirurgias ginecológicas / *Commented videos  
of gynecological surgeries*

Hands-on-training 2

## LAPAROSCOPIA / LAPAROSCOPY

Sala C

Coordenadores / *Coordinators*: António Lanhoso, Luís Ferreira Vicente  
e Margarida Martinho

17:00-17:15h **Sutura laparoscópica / *Laparoscopic suture***

Luís Ferreira Vicente

17:15-17:30h **Energias em laparoscopia / *Energies in laparoscopy***

António Lanhoso



17:30-20:00h **Treino prático em simulador / Practical training in simulator**  
Exercícios de coordenação motora / *Motor coordination exercises*  
Treino de sutura laparoscópica / *Laparoscopic suture training*  
Dez simuladores / *Ten workstations*  
Um monitor por simulador / *One monitor per workstation*  
**Monitores / Monitors:** Ana Casquilho, Ana Sofia Fernandes, Anabela Melo, Andrea Quintas, Andreia Leitão Marques, António Lanhoso, Cláudia Andrade, Eunice Capela, Fátima Faustino, Hermínia Afonso, Hugo Gaspar, Irina Ramilo, João Cavaco Gomes, José Lourenço Reis, Luís Ferreira Vicente, Margarida Martinho, Nuno Oliveira, Paula Norinho, Pedro Oliveira, Renata Veríssimo, Rita Mesquita Pinto, Sandra Soares, Sara Campos e Sónia Barata  
Patrocínio: **OLYMPUS**  
Your Vision. Our Future

## Sábado, 09 de junho *Saturday, 09<sup>th</sup> June*

07:15h Abertura do Secretariado / *Secretariat Opening*

08:15-09:00h **Pequeno almoço com o especialista / Breakfast with the expert**  
Centro de Congressos **CRIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO / SETTING AN OFFICE HYSTEROSCOPY UNIT**  
Stefano Bettocchi

09:00-10:30h **Sessão 5 / Session 5 TRATAMENTOS EM PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR / TREATMENTS IN LOWER GENITAL TRACT PATHOLOGY**  
Centro de Congressos  
Moderadores / *Chairpersons:* José Fonseca Moutinho e Virgínia Monteiro  
Técnicas de excisão da zona de transformação / *Transformation zone excision techniques*  
Montserrat Cararach  
Tratamento da neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) / *Vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) treatment*  
Mario Preti  
Regeneração vaginal / *Vaginal regeneration*  
Stefano Salvatore

09:00-11:00h **Comunicação Oral e Vídeos / Oral Communication and Videos**  
Sala A **CO 41 & V 01 a V11** Pág. 50  
Moderadores / *Chairpersons:* Margarida Martinho e Luís Ferreira Vicente

10:30-11:00h **Conferência 4 / Keynote lecture 4 TERAPÊUTICA HORMONAL  
SUBSTITUTIVA: AINDA É ÉTICO? / HORMONE REPLACEMENT  
THERAPY: IS IT STILL ETHICAL?**

Centro de  
Congressos

Presidente / *President*: José Martinez de Oliveira  
Palestrante / *Speaker*: Gilbert Donders

11:00-11:30h *Coffee-break*

11:30-12:30h **Comunicações Orais / Oral Communications**

Sala A

**CO 23 a CO 28** Pág. 37

Moderadores / *Chairpersons*: Cristina Frutuoso e Paulo Aldinhas

11:30-12:30h **Sessão 6 / Session 6 A MULHER DIABÉTICA NA PÓS-MENOPAUSA  
/ THE POST MENOPAUSAL DIABETIC WOMAN**

Centro de  
Congressos

Moderadores / *Chairpersons*: Carlos Oliveira e Fernanda Gerales

Todas as mulheres diabéticas beneficiam com terapêutica hormonal?  
*/ All diabetic women benefit from hormone replacement therapy?*

Maria João Carvalho

TH na mulher diabética, um problema para o internista / *Hormone  
replacement therapy in diabetic woman, a problem for the internist*

Pedro Marques da Silva

12:30-13:00h **Sessão Patrocinada / Sponsored Session**



Centro de  
Congressos

**PATIENT BLOOD MANAGEMENT NUM CONTEXTO DE HEMORRAGIA  
UTERINA ANORMAL**

Moderadora / *Chairwoman*: Fernanda Águas

Gestão de sangue do doente / *Patient blood management*

João Mairos

Consenso sobre hemorragias uterinas anormais – Tratamento  
da anemia ferropénica / *Consensus on abnormal uterine bleeding  
– Treatment of ferropenic anemia*

Fernanda Águas

13:00-14:00h *Almoço / Lunch*

14:00-16:00h **Simpósio 4 / Symposium 4**

Centro de  
Congressos

**LENZETTO® , NOVA TERAPÊUTICA TRANSDÉRMICA  
EM SPRAY PARA A MENOPAUSA**

Presidentes / *Chairmans*: Fernanda Águas e Daniel Pereira da Silva

*International research on western european women's well-being  
– Results for Portugal*

Veronika Horváth

Apresentação do estudo de percepções e atitudes da mulher  
portuguesa na menopausa

Fernanda Galdes

*The unique and innovative menopausal hormone therapy with  
flexible doses in spray*

John Buster

Lenzetto® para que mulheres?

Cláudio Rebelo

16:00-16:30h **Conferência 5 / Keynote lecture 5 REIMPLANTAÇÃO DE TECIDO**

Centro de  
Congressos

**OVÁRIO: UMA NOVA ESTRATÉGIA PARA A MENOPAUSA? /  
OVARIAN REIMPLANTATION TISSUE: A NEW STRATEGY FOR THE  
MENOPAUSE?**

Presidente / *President*: Fernanda Águas

Palestrante / *Speaker*: Claus Yding Andersen

16:00-18:00h **Comunicações Orais / Oral Communications**

Sala A

**CO 29 a CO 40** Pág. 41

Moderadoras / *Chairpersons*: Amélia Pedro e Rita Sousa

16:30-17:00h *Coffee-break*

17:00-18:00h **Sessão 7 / Session 7 CIRURGIA RECONSTRUTIVA DO PAVIMENTO**

Centro de  
Congressos

**PÉLVICO / RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE PELVIC FLOOR**

Moderadoras / *Chairpersons*: Amália Martins e Teresa Mascarenhas

Cirurgia com redes? / *Mesh or graft surgery?*

Renaud de Tayrac

Cirurgia com tecidos nativos? / *Native tissue repair?*

Eckard Petri

18:00h **Assembleia Geral Eleitoral / Electoral General Assembly**

20:30h **Jantar do Congresso / Congress Dinner**

**Domingo, 10 de junho Sunday, 10<sup>th</sup> June**

08:00h Abertura do Secretariado / *Secretariat Opening*

09:00-11:00h **Sessão 8 / Session 8 PREVENÇÃO EM GINECOLOGIA: FAZ O QUE EU FAÇO / PREVENTION IN GYNAECOLOGY: DO WHAT I DO**

Corrida – Caminhada / *Running – Hiking*

---

11:00-11:30h *Coffee-break*

---

11:30-12:00h **Conferência 6 / Keynote lecture 6 SER GINECOLOGISTA / TO BE A GYNAECOLOGIST**

Centro de Congressos

Presidente / *President*: Fernanda Águas

Palestrante / *Speaker*: Ricardo Araújo Pereira

12:00-12:30h **Entrega de Prémios e Sessão de Encerramento /**

Centro de Congressos

***Rewards and Closing Session***

# XIV Congresso Português Ginecologia

“marés de  
conhecimento”

RESUMOS ABSTRACTS

Consulte a versão digital / See de digital version

**Comunicações Orais / Oral Communicatins** Pág. 22

**Videos** Pág. 50

**Posters** Pág. 57



## Comunicações Orais Oral Communications

08 junho – 09:00-11:00h

Moderadoras / Chairpersons:  
Eunice Capela e Sofia Alegria

### CO 01

#### CONCORDÂNCIA ENTRE O ESTUDO URODINÂMICO E A ECOGRAFIA DO PAVIMENTO PÉLVICO NO DIAGNÓSTICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO POR DEFICIÊNCIA INTRÍNSECA DE ESFÍNCTER

Nisa Félix; Marta Brito; Patrícia Isidro Amaral; Rita Torres, Guida Gomes, Ana Bello, Maria José Bernardo  
*Maternidade Dr. Alfredo da Costa*

**Introdução:** A incontinência urinária (IU) afeta mais de metade das mulheres adultas e associa-se a impacto negativo na sua qualidade de vida. A IU de esforço (IUE) ocorre aquando do aumento da pressão intra-abdominal, na ausência de contração do detrusor, e os seus principais mecanismos são a hipermobilidade uretral e a deficiência intrínseca de esfíncter uretral (DIE). A DIE associa-se a perda do tônus da mucosa e da camada muscular do esfíncter uretral e o critério de diagnóstico que reúne maior consenso é o abdominal *leak-point pressure* (ALPP)  $\leq 60$  mmH2O no estudo urodinâmico (EUD). Mais recentemente, a presença de *funneling* do colo vesical na ecografia do pavimento pélvico (EPP) tem vindo a ser associada à IUE.

**Objetivos:** Avaliar a concordância entre o EUD com ALPP  $\leq 60$  mmH2O e a presença de *funneling* na EPP no diagnóstico de IU por DIE.

**Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo das mulheres da consulta de uroginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa com queixas de IU e achados sugestivos de DIE no EUD e/ou na EPP entre janeiro de 2016 e janeiro de 2018. Foram considerados como achados sugestivos de DIE a presença de ALPP  $\leq 60$  mmH2O no EUD e/ou de *funneling* na EPP. Os dados foram colhidos mediante a avaliação dos processos clínicos das utentes e a correlação entre as variáveis em estudo foi feita com recurso ao teste Kappa pela análise estatística do SPSS®.

**Resultados e conclusões:** No período de estudo foram avaliadas 136 mulheres com queixas de

IU [IUE – 120 (88,2%), das quais 62 (45,6%) com componente de urgência] que motivaram a realização de EUD e EPP. Em 43 mulheres verificaram-se achados considerados sugestivos de DIE em pelo menos um dos exames referidos. A média de idades neste grupo foi de 62,1 (min. 41, máx. 87) e 37,1% com antecedentes relevantes (doença neurológica ou cirurgia pélvica ou de IU prévia). O *stress test* foi positivo em 58,1% das mulheres.

Dos 23 casos com diagnóstico de DIE pelo EUD, 11 apresentavam achados ecográficos concordantes, o que correspondeu a uma sensibilidade de 47,8% (valor preditivo positivo 35,5%) e uma especificidade de 82,3% (valor preditivo negativo 88,6%) da EPP para diagnóstico de DIE, com um coeficiente Kappa com fraca correlação com o EUD – 0,265;  $p=0,002$  –, apesar de estatisticamente significativa. Na nossa amostra a presença de *funneling* na EPP associou-se a uma sensibilidade moderada, mas a elevada especificidade no diagnóstico de DIE, pelo que a sua ausência torna o diagnóstico de DIE pouco provável. Tendo em conta estes resultados, poderemos dizer que, de momento, a EPP não parece poder substituir o EUD no diagnóstico da DIE. No entanto, vários fatores têm que ser considerados: a baixa amostragem, a ausência de cut-off validado para a avaliação do *funneling*, o facto de este também poder ser observado noutros tipos de IU e a multiplicidade de mecanismos envolvidos na IU. Dado ser um método não invasivo e pouco dispendioso, são necessários mais estudos para avaliar o papel da EPP no estudo da DIE.

### CO 02

#### SUSPENSÃO DA CÚPULA VAGINAL AOS LIGAMENTOS SACRO-ESPINHOSOS COM PRÓTESE: ESTUDO RETROSPECTIVO

Madalena Andrade Tavares; Rita Silva; Marta Gomes de Melo; Célia Pedroso; Adriana Franco; Margarida Sousa; Alexandre Ambrósio; Raquel Robalo; Carlos Marques  
*Hospital Vila Franca de Xira*

**Introdução:** O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) afeta cerca de 8% das mulheres. As técnicas para a sua correção cirúrgica têm evoluído nos últimos anos, com particular interesse na avaliação de riscos, complicações, taxas de re-intervenção e sucesso.

**Objetivo:** Estudar a eficácia e complicações de cirurgias de suspensão e fixação da cúpula vaginal aos ligamentos sacro-espinhosos com prótese (i-Stitch) para correção de prolapso apical (PA).

**Métodos:** Estudo retrospectivo de 74 mulheres submetidas a cirurgia de correção de PA com técnica de i-Stitch, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017.

**Resultados:** Com idade média de 66 anos, todas as doentes estavam em pós-menopausa. Multiparidade em 69% dos casos. Em 42% casos era referida incontinência urinária (IU) concomitante. Destacavam-se como antecedentes cirúrgicos: Histerectomia total (HT) em 18%, correção de cistocelo ou retocelo em 14% e correção de IU em 4% dos casos.

Os prolapso foram classificados segundo a classificação POP-Q simplificado. Verificaram-se 25 casos de PA grau II (34%), 32 de PA grau III (43%) e 17 de PA grau IV (23%). Em 11% dos casos havia cistocelo ou retocelo de grau superior associado.

No mesmo tempo operatório, foi realizada HT em 82%, correção de cistocelo ou retocelo em 85.1% e correção de IU com TVT-O em 11% dos casos. Como complicações imediatas, observaram-se 2 casos de infeção urinária. Como comorbilidade pós-operatória verificou-se, ao final de 12-18 meses, IU em 10% das mulheres avaliadas (1 caso de novo; 4 casos com IU prévia) e 1 caso de dispareunia.

Relativamente à recorrência do PA, aos 6 meses pós-cirurgia, verificaram-se 4 casos de PA Grau I (associados a cistocelo Grau II), 1 caso de PA Grau II (com cistocelo Grau III) e 1 caso de PA Grau III isolado, todos assintomáticos. Estes casos mantiveram-se estáveis e assintomáticos na avaliação entre os 12 e 18 meses pós-operatório. Aos 12-18 meses pós-operatório observaram-se, de novo, 1 caso sintomático de cistocelo Grau II com PA Grau I (em avaliação para eventual correção de cistocelo) e 1 caso de PA Grau II assintomático. Destaca-se o facto de 19 mulheres aguardarem a avaliação dos 12-18 meses e de 7 mulheres terem sido perdidas no *follow-up*.

**Conclusões:** A experiência com este tipo de cirurgia revelou uma elevada eficácia, com baixo risco de recorrência, complicações ou morbidade associada. O seguimento a longo-prazo destas doentes é fundamental para corroborar estes resultados.

## CO 03

### QUAL O IMPACTO DA OBESIDADE NA PATOLOGIA COM INDICAÇÃO PARA HISTERECTOMIA E NOS RESULTADOS CIRÚRGICOS?

Cátia Silva; Inês Gante; Mariana Sucena; Mariana Osório; Joana Oliveira; Ana Rolha; Catarina Silva; Maria João Carvalho; Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A obesidade, definida como Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior 30 kg/m<sup>2</sup>, tem uma elevada prevalência e impacto substancial na saúde global. Nas mulheres com patologia ginecológica com indicação para histerectomia, a obesidade é frequente, podendo agravar a sintomatologia e a doença de base, bem como condicionar a estratégia cirúrgica e aumentar a frequência de complicações decorrentes da cirurgia.

**Objetivos:** Avaliar o impacto da obesidade nas mulheres submetidas a histerectomia, nomeadamente no que se refere à sintomatologia, indicações cirúrgicas, via de abordagem e resultados pós-cirúrgicos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo comparativo entre mulheres com obesidade *versus* não obesas submetidas a histerectomia no Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra nos anos 2014 e 2017. A análise dos dados foi efetuada com o STATA 13.1.

**Resultados:** Das 1183 mulheres submetidas a histerectomia, 18,5% (n=218) eram obesas (IMC 34.7 ± 4.5 kg/m<sup>2</sup>). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que se refere à idade no momento da cirurgia (56.3±0.8 vs 55.2±0.4 anos; p>0,05). Relativamente à indicação cirúrgica, verificou-se que as obesas têm maior prevalência de patologia endometrial (11.0% vs 4.5%; p<0,001) e patologia maligna (22.5% vs 12.0%; p<0,001) e menor de prolapso uterino (11.5% vs 27.9%; p<0,001). Previamente à cirurgia as mulheres obesas têm maior frequência de comorbilidades associadas (89,5% vs 71,6%; p<0,001), maior probabilidade de serem sintomáticas por hemorragias uterinas anómalas (70.7% vs 48.5%, p<0,001) e mais frequentemente anemia (26.2% vs 18.5%, p=0,011). Quanto à via de abordagem cirúrgica, a obesidade esteve associada a uma maior proporção de histerectomias por via lapa-

rotômica (59.6% vs 50.6%;  $p < 0,001$ ) e menor proporção de histerectomias vaginais (17.9% vs 30.9%;  $p < 0,001$ ), não se verificando diferenças na proporção de histerectomias por via laparoscópica (22,5% vs 18,5%;  $p > 0,05$ ). O tempo operatório foi estatisticamente superior nas obesas ( $134 \pm 4$  vs  $121 \pm 2$  minutos;  $p = 0,0211$ ) e mais frequentemente houve necessidade de transfusão após a cirurgia (8.4% vs 4.9%;  $p = 0,044$ ). Contudo, não foram encontradas outras diferenças significativas quanto à frequência de complicações durante e após a cirurgia nem necessidade de maior tempo de internamento.

**Conclusões:** A obesidade é uma comorbilidade frequente, estando associada a maior frequência de hemorragias uterinas anómalas, patologia endometrial e patologia maligna mas, pelo contrário, a menor frequência de prolapso uterino. A opção preferencial pela via laparotômica foi, em parte, condicionada pela doença ginecológica de base. A obesidade esteve associada a maior tempo operatório e a mais frequente necessidade de transfusão. No entanto, ao contrário do que é referido na literatura, não condicionou internamentos mais prolongados.

## CO 04

### PREVALÊNCIA E IMPACTO DA ANEMIA NAS MULHERES HOSPITALIZADAS POR MIOMAS UTERINOS

Inês Gante<sup>1,2</sup>; Cláudia Medeiros-Borges<sup>3</sup>;  
Fernanda Águas<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); <sup>4</sup>Presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

**Introdução:** Os miomas uterinos estão frequentemente associados a hemorragias uterinas anómalas e, conseqüentemente, a um aumento do risco de anemia.

**Objetivo:** Estimar a prevalência e o impacto da anemia em mulheres hospitalizadas por miomas uterinos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo comparativo (com anemia *versus* sem anemia), de base populacional, das mulheres hospitalizadas com o diagnóstico principal de mioma uterino, em hos-

pitais públicos de Portugal continental, no período entre 2010 e 2015. Os dados das doentes relativos às datas de admissão e de alta, idade, diagnósticos, procedimentos e complicações foram extraídos da base de dados nacional da Administração Central do Sistema de Saúde. A análise dos dados foi realizada com o STATA 13.1.

**Resultados:** Durante o período de hospitalização, 11,5% ( $n=4155$ ) tiveram como comorbilidade anemia (crónica, aguda ou não especificada), sendo que 5,8% ( $n=2108$ ) tinham anemia prévia (crónica). A média de idades era inferior nas mulheres com anemia ( $45,7 \pm 7,0$  *versus*  $47,5 \pm 8,8$ ,  $p < 0,001$ ). A maioria das doentes com anemia tinham um mioma submucoso e/ou intramural [89,6% ( $n=3722$ )]. Na presença de anemia crónica, a opção por tratamento definitivo (histerectomia) foi mais frequente [77,1% ( $n=1620$ ) *versus* 65,9% ( $n=22123$ ),  $p < 0,001$ ], verificando-se uma preferência pelas vias minimamente invasivas, em particular a laparoscópica [15,8% ( $n=256$ ) *versus* 8,4% ( $n=1847$ ),  $p < 0,001$ ]. A existência de anemia crónica esteve associada a uma maior taxa de hospitalizações através da urgência [31,1% ( $n=655$ ) *versus* 11,9% ( $n=4080$ ),  $p < 0,001$ ] e a uma redução na taxa de ambulatório [5,0% ( $n=105$ ) *versus* 18,0% ( $n=6135$ ),  $p < 0,001$ ], com aumento na taxa de internamentos e no número de dias de internamento ( $4,1 \pm 2,8$  *versus*  $3,5 \pm 2,9$ ,  $p < 0,001$ ). A presença de anemia aguda aumentou, também, cerca de 2 dias a demora média ( $6,0 \pm 5,2$  *versus*  $3,4 \pm 2,8$ ,  $p < 0,001$ ). A anemia esteve associada a um aumento de complicações como deiscência da ferida operatória [0,5% ( $n=20$ ) *versus* 0,2% ( $n=51$ ),  $p < 0,001$ ], infeção pós-operatória [0,2% ( $n=7$ ) *versus* 0,04% ( $n=12$ ),  $p = 0,001$ ] e hematoma ou seroma [3,8% ( $n=156$ ) *versus* 0,7% ( $n=213$ ),  $p < 0,001$ ]. Em mulheres com anemia a necessidade de transfusão de concentrado de eritrócitos foi de 25,2% ( $n=1043$ ) [*versus* 1,9% ( $n=587$ ),  $p < 0,001$ ].

**Conclusões:** A desvalorização e o subtratamento da anemia por miomas uterinos está associada a um maior número de hospitalizações urgentes, duração do internamento, complicações pós-operatórias e necessidades de transfusão.



## CO 05

### ADENOMIOSE – VALOR DIAGNÓSTICO DA ECOGRAFIA 2D

Miranda Silva C.; Oliveira J.; Rolha A.R.; Coutinho F.; Subtil S.; Pais A.S.; Medeiros R.; Coutinho I.; Carvalho G.; Marques J.P.; Sousa L.A.; Águas F.  
*Serviço de Ginecologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A adenomiose é uma causa frequente de dor pélvica e hemorragia menstrual abundante. O seu diagnóstico é clínico e confirmado por histologia. Contudo, é frequentemente subdiagnosticada à ecografia.

**Objetivos:** Avaliar a precisão da ecografia endovaginal 2D no diagnóstico de adenomiose.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva da informação clínica de doentes submetidas a histerectomia entre 2014-2017 por patologia benigna. Estudado o valor diagnóstico da ecografia e de vários sinais ecográficos (heterogeneidade miometrial, presença de adenomioma, hipertrofia miometrial e quistos miometriais), assim como a influência de diferentes variáveis na precisão diagnóstica.

**Resultados:** Foram incluídas 317 mulheres. Destas, 31,5% (n=100) apresentaram diagnóstico histológico de adenomiose. O diagnóstico ecográfico de adenomiose foi feito em 15,1% (n=48); em 34 destas o diagnóstico foi confirmado histologicamente, representando uma Sensibilidade (S) de 34,0%, Especificidade (E) de 93,6%, Valor Preditivo Positivo (VPP) de 70,8% e Valor Preditivo Negativo (VPN) de 75,5%. A Acuidade (A) da ecografia foi de 74,8%. Todos os sinais ecográficos estudados apresentaram baixa sensibilidade, mas elevada especificidade; o sinal mais sensível foi a heterogeneidade miometrial (S 33,33%), e o menos sensível a presença de adenomioma (S 9,09%). Contudo, todos os sinais descritos foram altamente específicos (E 97,2%, 98,6%, 97,6% e 99,5% para heterogeneidade miometrial, adenomioma, hipertrofia e quistos miometriais, respetivamente). Os sinais com maior VPP foram a heterogeneidade (VPP 84,6%) e quistos miometriais (VPP 90,9%). O sinal com maior VPN e acuidade foi a heterogeneidade miometrial (VPN 75,6% e A 76,8%), apresentando os restantes VPN e acuidade de cerca de 70%. A sensibilidade parece ser afetada pelo *status* pré/pós-menopausa (p=0,012), pela presença de sinto-

mas de adenomiose (p=0,045) e de patologia miometrial (p=0,002). A especificidade e o VPN foram influenciados pela presença de patologia miometrial (p<0,001 e p<0,001) e endometriose (p<0,001 e p<0,001) concomitante. O VPP não foi alterado pela idade, IMC, paridade, menopausa, presença de sintomas, patologia miometrial ou endometriose.

**Conclusões:** A ecografia 2D parece ser pouco sensível na deteção de adenomiose, mas altamente específica. A presença de heterogeneidade e quistos miometriais tem elevado VPP. Vários factores podem alterar o valor diagnóstico da ecografia. A utilização da ecografia 3D poderá aumentar a precisão diagnóstica na adenomiose.

## CO 06

### HISTERECTOMIA TOTAL: COMPARANDO AS VÁRIAS ABORDAGENS

Joana Xavier; Joana Lyra; Rita Valente; Carla Peixoto; João Cavaco-Gomes; Margarida Martinho; Jorge Beires  
*Centro Hospitalar de São João*

**Introdução:** A histerectomia vaginal é geralmente considerada a via de abordagem preferencial, por se associar a melhores desfechos. No entanto, algumas séries mais recentes em centros diferenciados têm mostrado que a histerectomia laparoscópica pode ser uma alternativa válida, com resultados semelhantes ou mesmo superiores à via vaginal.

**Objetivo:** Aferir a taxa de complicações (per-operatórias, pós-operatórias imediatas e até ao 1<sup>a</sup> mês após a intervenção) associadas às diferentes vias de abordagem para histerectomia total.

**Material e métodos:** Estudo coorte retrospectivo das mulheres submetidas a histerectomia total por patologia ginecológica benigna nos anos de 2015 a 2017 num centro hospitalar terciário. Foi colhida informação relativa à via de abordagem cirúrgica e complicações operatórias.

**Resultados:** Foram incluídas 646 mulheres submetidas a histerectomia total por patologia benigna, pelas diferentes vias de abordagem (abdominal (151/646), laparoscópica (306/646), vaginal (184/646) e vaginal assistida por laparoscopia (LAVH (5/646)). A mediana de idades destas mulheres foi de 51 anos (IC 50-52,5).

A mediana das idades das mulheres com complicações não foi significativamente diferente dos casos em que estas não ocorreram (50,5 vs. 52,

$p=0.237$ ). A taxa global de complicações foi de 8,4% (54/646), esta foi superior nas fumadoras (7,5% vs. 25,7%,  $p<0.001$ ), com um Odds Ratio (OR) de  $5.4\pm 2.45$ ,  $p<0.001$ . Fatores como a obesidade, imunossupressão, diabetes mellitus, patologia cardiorrespiratória e hipertensão não se associaram com uma maior taxa de complicações. O tempo de internamento pós-operatório variou consoante o tipo de histerectomia (Laparoscópica  $1.8\pm 0.16$ ; Abdominal  $3.8\pm 0.34$ , Vaginal  $3.6\pm 0.26$ ; LAVH  $2.8\pm 1.62$ ,  $p<0.001$ ) e associou-se positivamente com o risco de complicações (OR  $1.5\pm 0.12$ ,  $p<0.001$ ).

Existe uma associação significativa entre o tipo de cirurgia e a ocorrência de complicações cirúrgicas (Laparoscopia – 4% vs. Abdominal – 11,8% vs. Vaginal – 6,5% vs. LAVH – 0%,  $p=0.02$ ). Além disso, parece haver uma associação entre o tipo de procedimento e a natureza das complicações, tanto as complicações hemorrágicas, infecciosas ou lesões de órgãos foram mais frequentes na via abdominal (lesão de órgão 41,7%, infecciosa 72%, hemorrágica 76,5%,  $p=0,03$ ).

O tipo de complicação mais frequente na cirurgia laparoscópica foi a lesão de órgão (66,7%,  $p=0,03$ ), na via abdominal foram as complicações hemorrágicas (36,1%,  $p=0,03$ ) e na histerectomia vaginal foram as complicações infecciosas (58,3%,  $p=0,03$ ).

**Conclusão:** A histerectomia laparoscópica e a vaginal assistida por laparoscopia associaram-se a uma menor taxa de complicações e a uma permanência hospitalar mais curta. Por outro lado, a histerectomia abdominal associou-se a uma maior taxa de complicações de qualquer natureza.

O facto de factores como o tabagismo se associar a um risco mais elevado de complicações enfatiza a necessidade da otimização do estado funcional das paciente previamente à intervenção.

## CO 07

### PUNÇÃO ASPIRATIVA ECOGUIADA NO TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DOS ABCESSOS TUBO-OVÁRICOS

Daniela Vila Real; Alina Seixas; Fátima Silva; Teresa Brito; Francisco Valente  
*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Objetivos:** Avaliar o tratamento de abscesso tubo-ovárico por punção aspirativa transvaginal ecoguiada.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo. Avaliação dos casos de tratamento de abscesso tubo-ovárico por punção aspirativa transvaginal ecoguiada que decorreram num período de 7 anos (outubro 2010 e outubro 2017) no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho.

**Resultados e conclusões:** Foram identificados 43 casos de punção aspirativa ecoguiada de abscesso tubo-ovárico no período em estudo, com média de idade de 42 anos. Todas as pacientes foram submetidas a punção aspirativa transvaginal ecoguiada e esclerose com solução iodada, associada a antibioterapia endovenosa de largo espectro de ação. O diâmetro máximo médio dos abscessos foi de 58,5mm. O tempo médio desde a admissão até o procedimento de drenagem foi de 2,6 dias. Os exames culturais para micro-organismos aeróbicos e anaeróbicos foram positivos em 27/43 casos, sendo a *E. coli* o microorganismo mais frequentemente isolado. Resposta completa com o tratamento instituído ocorreu em 38 dos 43 casos. Destes, 6 casos necessitaram de segunda punção. Os cinco casos que não resolveram com tratamento minimamente invasivo foram tratados com sucesso por laparoscopia. Não houve registo de complicações ou morbidade com os procedimentos de drenagem realizados.

O tratamento minimamente invasivo dos abscessos tubo-ováricos, com punção aspirativa transvaginal ecoguiada, constitui uma abordagem terapêutica eficaz e segura.

## CO 08

### MIOMECTOMIAS LAPAROSCÓPICAS VS. POR LAPAROTOMIA – ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Manuel Fonseca; Andreia Leitão Marques; Fernanda Águas  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Maternidade Bissaya Barreto*

**Introdução:** Os leiomiomas uterinos são os tumores pélvicos mais comuns na mulher, estimando-se uma prevalência de 70-80% ao longo da vida. Existem múltiplas abordagens terapêuticas, sendo as miomectomias escolhas de primeira linha em mulheres que desejem preservar a fertilidade.

**Objetivo:** Análise comparativa de diversos parâmetros pré e pós-operatórios das mulheres subme-

tidas a miomectomias laparoscópica e por laparotomia.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo das mulheres submetidas a miomectomia(s) por via abdominal no Serviço de Ginecologia da Maternidade Bissaya Barreto ao longo de 5 anos (1 janeiro de 2013 até 31 de dezembro de 2017). Foram definidos dois grupos: grupo 1, mulheres submetidas a miomectomia laparoscópica e grupo 2, mulheres submetidas a miomectomia por laparotomia.

Analisou parâmetros como tipo de mioma (FIGO, 2011), indicação cirúrgica, história pessoal de infertilidade, necessidade de terapia com ferro endovenoso e/ou transfusão sanguínea pós-operatório e gravidez subsequente à cirurgia. A recolha de dados foi realizada com recurso ao processo clínico e contacto telefónico. Foi utilizado o programa Microsoft Office Excel e IBM SPSS Statistics 24 para análise dos dados.

**Resultados e conclusões:** Realizaram-se 128 miomectomias, 19.5% por via laparoscópica (76% com recurso a morcelação mecânica) e 80.5% por laparotomia. Verificou-se que 28% mulheres do grupo 1 e 45.6% do grupo 2 apresentavam história pessoal de infertilidade. A principal indicação cirúrgica nos dois grupos foi mioma(s) volumoso(s) associado a infertilidade, correspondendo a 56% dos casos no grupo 1 e a 62.1% no grupo 2 ( $p>0,05$ ). A maioria dos miomas removidos por laparoscopia e por laparotomia foram subserosos (82.1%) e intramurais (62.1%), respectivamente. A média do diâmetro médio dos miomas foi maior no grupo 2 (51.63mm vs 48.72mm;  $p>0,05$ ). O valor médio de hemoglobina pós-operatório foi mais baixo no grupo 2 (10.37 vs 11.14;  $p<0,05$ ), sendo que 16.5% das mulheres tiveram necessidade de terapêutica com ferro endovenoso e 6.8% necessidade de transfusão sanguínea. O número de dias de internamento foi inferior no grupo 1 (3.08 vs 4.13;  $p<0,05$ ). No que diz respeito aos desfechos reprodutivos, 16% das mulheres do grupo 1 e 28.2% do grupo 2 engravidaram após à cirurgia. Neste estudo, o tipo de mioma e a sua localização tiveram um papel determinante na escolha da abordagem cirúrgica. A via de abordagem não parece influenciar os desfechos reprodutivos subsequentes à cirurgia.

## CO 09

### SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA – QUAIS OS CONHECIMENTOS DOS JOVENS PORTUGUESES?

Inês Gante<sup>1,2</sup>; Mariana Osório<sup>1</sup>; Tânia Ascensão<sup>1</sup>; Helena Leite<sup>1</sup>; Carla Tovim Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Ginecologia B – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;* <sup>2</sup>*Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

**Introdução:** A informação sobre sexualidade e saúde reprodutiva é adquirida pelos jovens através dos professores, profissionais de saúde, pais, amigos e, cada vez mais, através dos media. Estes conhecimentos influenciam o seu comportamento sexual, sendo de elevada importância a disponibilização de informação fidedigna.

**Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos jovens portugueses relativamente a sexualidade e saúde reprodutiva, comparando entre ensino secundário e ensino superior.

**Material e métodos:** Estudo observacional transversal em jovens entre os 16 e 25 anos através de um inquérito online destinado a avaliar a informação acerca da sexualidade e saúde reprodutiva. O inquérito decorreu a nível nacional durante 12 meses (abril 2017 a março de 2018). Os jovens foram divididos em dois grupos em função da escolaridade: ensino secundário *versus* ensino superior. A análise dos dados foi realizada com o STATA 13.1.

**Resultados:** Obtiveram-se 678 respostas: 16,5% (n=112) de jovens no ensino secundário e 83,5% (n=566) no ensino superior. Em ambos os grupos a maioria era do sexo feminino (69,6% vs. 79,1%,  $p=0,028$ ) e 74,0% já tinha iniciado a vida sexual (61,6% vs. 76,5%,  $p=0,001$ ).

Relativamente à auto percepção de conhecimentos sobre sexualidade e saúde reprodutiva, numa escala de 1 ( nenhuns) a 5 (muitos) esta é menor nos jovens do ensino secundário (3,8±0,9 vs. 4,0±0,8,  $p=0,005$ ). Neste grupo verificou-se um menor conhecimento relativamente a contraceção (94,6% vs. 99,3%,  $p<0,001$ ), “pílula do dia seguinte” (97,3% vs. 99,5%,  $p=0,027$ ) e existência de vacina contra o HPV (67,9% vs. 81,8%,  $p=0,001$ ).

Apesar de em ambos os grupos a maioria referir saber como evitar infeções de transmissão sexual (98,2% vs. 99,1%,  $p>0,05$ ) e qual o impacto dessas infeções na fertilidade futura (83,0%

vs. 83,9%,  $p>0,05$ ), apenas metade dos jovens sexualmente ativos utiliza sempre o preservativo (51,5% vs. 47,0%,  $p>0,05$ ). Nos jovens no ensino secundário menos frequentemente era utilizado o duplo método contraceptivo (62,3% vs. 75,2%,  $p=0,025$ ).

**Conclusões:** Embora tenha sido decretado um programa de saúde sexual nas escolas, este nem sempre tem sido implementado de forma eficaz, o que se traduz em conhecimentos insuficientes sobre saúde reprodutiva (em particular nos jovens no ensino secundário) e, conseqüentemente, em atitudes de risco como a omissão do uso do preservativo em mais de metade dos jovens. Assim, é necessário que os profissionais de saúde intervenham na Prevenção e Educação para a Sexualidade sobretudo no grupo de jovens no ensino secundário.

## CO 10

### **ANEMIA NUMA POPULAÇÃO ADOLESCENTE COM HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO ENTRE 2011 E 2016**

Marta Pinto; Tânia Ascenção; Angela Rodrigues; Helena Leite; Fernanda Gerales; Fernanda Águas  
*Maternidade Bissaya Barreto, CHUC, Coimbra*

**Introdução:** A hemorragia uterina anormal (HUA) é comum na adolescência e um dos principais motivos de ida à urgência e vigilância na consulta de Ginecologia. Tem um impacto negativo na qualidade de vida das adolescentes, muitas vezes associada a anemia e/ou absentismo escolar. É fundamental uma avaliação e orientação cuidada para otimizar a terapêutica e minimizar o impacto na qualidade de vida desta população.

**Objetivo:** Estudar a população adolescente com HUA e anemia na consulta de Ginecologia da Infância e Adolescência do Hospital Pediátrico do CHUC.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva das adolescentes ( $n=355$ ) que recorreram à consulta de Ginecologia da Infância e Adolescência (idade  $\leq 18$  anos) do Hospital Pediátrico do CHUC desde 2011 até 2016. Foi analisado o índice de massa corporal, nível de hemoglobina (anemia na população adolescente feminina com  $Hb < 12g/dL$ ), a ferritina, os tempos de coagulação, clínica e doseamentos hormonais compatíveis com hiperandrogenismo, terapêutica e comorbilidades.

**Resultados e conclusões:** Verificou-se uma média de idades de  $14.51 \pm 1,8$  anos, uma média de IMC de  $22.28 \pm 4,6$  e uma média da idade da menarca de 11.7 anos. Das 355 adolescentes que recorreram à consulta, o hemograma foi colhido em cerca de 66% ( $n=235$ ) dos quais 17% tinham valores de hemoglobina inferiores a  $12g/dL$  ( $n=40$ ). Das adolescentes com anemia, cerca de 7,5% tinham um  $IMC \geq 25$  ( $n=3$ ), constituindo uma associação estatisticamente significativa entre a existência de anemia e o excesso de peso nesta população ( $p=0,02$ ). Verificou-se que 37 (10,4%) apresentavam hiperandrogenismo. Dois casos (5%) foram reportados dentro do grupo com anemia vs 35 casos dentro do grupo sem anemia (17,9%), constituindo uma associação com significado estatístico ( $p=0,04$ ). Dentro da amostra das adolescentes com anemia, 50% ( $n=20$ ) foram consideradas saudáveis, 9 casos apresentavam uma discrasia hemorrágica, 11 casos de doenças sistémicas. A hemoglobina inicial foi agrupada de acordo com a gravidade: Hb inferior a  $7g/dL$  ( $n=3; 7,5\%$ ) – todas as adolescentes tinham um valor de ferritina diminuído e foi necessário realizar transfusão sanguínea num caso e ferro ev; Hb entre 7 e  $10 7g/dL$  ( $n=12; 30\%$ ) – 50% das adolescentes tinham o valor de ferritina baixo e todas realizaram suplementação com ferro oral e Hb entre 10 e  $12g/dL$  ( $n=25; 62,5\%$ ) – 3 casos (20%) de alterações nas provas de coagulação e 56% das adolescentes realizaram suplementação com ferro oral. Na terapêutica nos casos de anemia, 27 (67,5%) adolescentes controlaram a clínica de HUA com contraceptivo hormonal combinado, 8 utilizaram um progestativo cíclico e 4 casos estabilizaram sem necessidade de medicação.

Concluindo, HUA é comum nas adolescentes, sendo a avaliação inicial fundamental (história clínica, análises, ecografia), excluindo anemia grave e patologia orgânica importante. A discrasia hemorrágica é prevalente (20%), sendo importante descartar de forma a otimizar as várias possibilidades de tratamento das HUA.

## CO 11

### ISTMOCELO: UM DIAGNÓSTICO A LEMBRAR

I. Gomes; J. Figueiredo; C. Tomás; J. Metello; A. Pereira  
*Hospital Garcia de Orta*

**Introdução:** O istmocele define-se como um defeito anatómico sacular localizado na parede anterior do istmo uterino, na área da cicatriz de cesariana. Trata-se de uma patologia ainda subdiagnosticada, cuja incidência tem aumentado paralelamente ao aumento da taxa de cesarianas. A apresentação clínica é muito variável.

**Objetivos:** Apresentação de 4 casos clínicos identificados em contexto de consulta de infertilidade e revisão da evidência científica atual sobre a etiologia, diagnóstico e tratamento do istmocele.

**Material e metodologia:** São revistos 4 casos clínicos identificados em contexto de infertilidade. A revisão da literatura foi feita com base numa pesquisa na MEDLINE®.

**Resultados e conclusões:** Apresentamos quatro casos clínicos com diagnóstico de istmocele, de mulheres com idade entre os 35-40 anos com uma ou duas cesarianas nos antecedentes, avaliadas em contexto de infertilidade secundária. Três mulheres apresentavam hemorragia uterina diária e uma assintomática, mas com hidrometra de repetição a meio do ciclo menstrual. Todos os casos foram confirmados por histeroscopia. Três dos casos foram intervencionados e os resultados obtidos foram variáveis. O quarto caso tem intervenção programada.

A incidência real do istmocele é desconhecida, contudo estima-se que varie entre 24 e 56%. Diferentes mecanismos têm sido propostos para a sua formação, que incluem: diferentes técnicas de cesariana, espessura do segmento inferior e diferença de espessamento entre os bordos da incisão, reação inflamatória no local da cicatriz e posição do útero. A apresentação clínica mais frequente é a hemorragia uterina anómala, mais frequentemente pós-menstrual, seguida de dispareunia, dor pélvica crónica e infertilidade secundária. O diagnóstico é sugerido pela ecografia transvaginal ou histerossonografia, sendo que a histeroscopia e a RMN ajudam a clarificar o diagnóstico. O tratamento pode ser sintomático ou curativo, cujas opções variam entre terapêutica médica ou cirúrgica. Estão descritas várias formas de abordagem

cirúrgica: histeroscópicas, laparoscópicas, por via abdominal ou vaginal. Não há evidência acerca do tempo recomendado até à gravidez subsequente, nem do tipo de parto. O istmocele deve ser sempre lembrado no diagnóstico diferencial das mulheres com antecedentes de uma cesariana anterior que apresentem hemorragia pós-menstrual ou infertilidade secundária. Tem uma abordagem complexa de acordo com a apresentação clínica.

## CO 12

### MIOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA E FERTILIDADE – 6 ANOS DE EXPERIÊNCIA DO CENTRO MATERNO

Marta Sales Moreira; Rafael Brás; Inês Alençóo;  
António Braga; Susana Carvalho; Hélder Ferreira;  
Alexandre Morgado

*Centro Materno Infantil do Norte*

**Introdução:** Os leiomiomas são os tumores ginecológicos benignos mais comuns e uma causa frequente de morbilidade nas mulheres em idade reprodutiva. O tratamento cirúrgico está recomendado quando estas neoplasias se tornam sintomáticas, sendo a miomectomia por via laparoscópica uma opção terapêutica para as doentes que pretendem preservar a sua fertilidade. Este procedimento também é realizado muitas vezes no contexto de mulheres que irão ser submetidas a tratamento de procriação medicamente assistida.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo é analisar a nossa experiência na miomectomia laparoscópica, avaliando também o impacto da técnica na fertilidade/taxas de gravidez da nossa amostra.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo que inclui todas as miomectomias laparoscópicas realizadas em mulheres em idade fértil no Centro Materno Infantil do Norte entre janeiro 2012 e dezembro de 2017.

**Resultados:** Foram incluídas 86 mulheres, com uma média de idades de 37,7 anos (22-45 anos). As indicações cirúrgicas mais frequentes foram hemorragia uterina anormal (36,2%), sintomas compressivos (35,5%) e infertilidade (18,6%). Em mais de 80% dos casos, foi removido apenas um único mioma, com um tamanho médio de 6,5 cm (tamanho máximo de 12 cm). 80% das mulheres que foi submetida a este procedimento apresentava um leiomioma com uma localização intramural ou subserosa.

A duração média do internamento foi 2,2 dias. O tempo cirúrgico médio foi 82 minutos. Não foram registadas quaisquer complicações maior durante as cirúrgicas, tendo havido necessidade de conversão para a via laparotómica em 5 casos, por dificuldades técnicas.

A análise anatomopatológica dos produtos revelou leiomiomas em todos os casos.

Das mulheres submetidas a miomectomia laparoscópica, foram registadas 14 gravidezes subsequentes ao procedimento, 43% das quais com diagnóstico de infertilidade à data da cirurgia. 35,7% das gestações resultaram de técnicas de procriação medicamente assistida. A gravidez ocorreu em média cerca de 10 meses após o procedimento. Até ao momento, as gestações decorreram sem intercorrências maior (apenas registo de metrorragias do 1º trimestre). Não houve nenhum caso de rotura uterina ou placentação anormal. Quanto à via de parto, 64,3% dos partos ocorreram por via vaginal.

**Conclusão:** A miomectomia laparoscópica é um procedimento seguro, associado a um baixo risco de complicações em geral, sendo um procedimento cirúrgico válido e recomendado em casos selecionados.

**08 junho – 15:00-16:30h**

Moderadores / *Chairpersons*:

Ana Casquilho e Cláudio Rebelo

**CO 13**

### **IDADE AVANÇADA: FATOR DE RISCO PARA HISTERECTOMIA?**

Cátia Silva; Inês Gante; Mariana Sucena;  
Mariana Osório; Simone Subtil; Ana Sofia Pais;  
Rita Medeiros; Maria João Carvalho; Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A abordagem da patologia ginecológica com indicação para histerectomia na população geriátrica deve ser orientada de acordo com o estado funcional da doente, sendo importante considerar as comorbilidades, expectativa de vida e a opção da doente e/ou dos cuidadores. Com o envelhecimento populacional, espera-se que esta população aumente significativamente, sendo im-

portante reflectir sobre o tipo de patologias mais frequentes, abordagem diagnóstica e terapêutica e, mais particularmente, morbidade e impacto na qualidade de vida.

**Objetivos:** Avaliar o impacto da idade avançada, definida como idade igual ou superior a 75 anos, nas mulheres submetidas a histerectomia, nomeadamente no que se refere a indicações cirúrgicas, via de abordagem e resultados pós-cirúrgicos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo comparativo entre mulheres com idade  $\geq 75$  anos *versus* (vs) idade  $<75$  anos submetidas a histerectomia no Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra nos anos 2014 e 2017. A análise dos dados foi efetuada com o STATA 13.1.

**Resultados:** Das 1183 mulheres submetidas a histerectomia, 10.5% (n=124) tinham idade  $\geq 75$  anos, verificando-se neste grupo uma maior frequência de comorbilidades (90.3% vs 73.1%,  $p<0,001$ ). O principal motivo da cirurgia foi o prolapso dos órgãos pélvicos (40.3% vs 23.0%,  $p<0,001$ ), seguido da patologia oncológica (37.9% vs 11.2%,  $p<0,001$ ), da patologia endometrial pré-maligna (10.5% vs 5.1%,  $p=0,014$ ) e da patologia anexial (8.1% vs 3.8%,  $p=0,025$ ). Verificaram-se diferenças na opção pela via de abordagem cirúrgica na medida em que houve mais procedimentos por via vaginal (37.9% vs 27.4%,  $p=0,014$ ), igual proporção pela via laparotómica (53.2% vs 52.2%,  $p>0,05$ ), e menor pela via laparoscópica (8.9% vs 20.4%,  $p=0,002$ ). Apesar de o tempo operatório ( $115\pm 4$  vs  $124\pm 2$  minutos,  $p>0,05$ ) e as complicações per-operatórias (3.3% vs 2.6%,  $p>0,05$ ) não apresentarem diferenças estatisticamente significativas, verificou-se maior percentagem de complicações pós-operatórias (13.0% vs 7.5%,  $p=0,033$ ) e internamentos mais prolongados ( $5\pm 0.3$  vs  $4\pm 0.1$  dias,  $p=0,0013$ ).

**Conclusões:** Embora não se tenha registado mortalidade, esta revisão encontrou um impacto significativo na morbidade pós-cirurgia em doentes com idade  $\geq 75$  anos. Este grupo apresentava mais comorbilidades o que poderá também explicar a maior incidência de complicações pós-operatórias. O prolapso uterino e a patologia oncológica foram os principais motivos da histerectomia, justificando provavelmente a razão da maior opção pela via vaginal e laparotómica, respetivamente.

## CO 14

### FATORES PREDITORES DE SUCESSO EM HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Vera Falcão<sup>1</sup>; Pedro Pinto<sup>1,2</sup>; João Cavaco-Gomes<sup>1</sup>;  
Ana Sofia Fernandes<sup>1</sup>; Margarida Martinho<sup>1</sup>;  
Jorge Beires<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João, Porto, <sup>2</sup>Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A histeroscopia de consultório, graças à miniaturização dos histeroscópios e às modificações da técnica, é atualmente um procedimento que se pode realizar em ambiente de consultório de forma segura e habitualmente com boa tolerância da doente. No entanto, a dor e a intolerância aos procedimentos histeroscópicos são ainda os seus principais fatores limitativos.

**Objetivos:** Avaliação de fatores preditores de tolerância e sucesso aquando da realização de histeroscopia em consultório.

**Material e métodos:** Estudo prospetivo das histeroscopias de consultório realizadas num hospital terciário, durante 3 meses (janeiro-março/2018). As variáveis analisadas foram o tipo de procedimento efetuado, a medicação prévia e após o procedimento, a tolerância, as complicações e outros fatores com eventual relação com a tolerância da doente, tais como o tipo de parto, o *status* de menopausa ou a utilização de misoprostol. As variáveis categóricas foram comparadas com recurso ao teste de Qui-quadrado, sendo usado o programa SPSS® e o nível de significância de 0,05.

**Resultados:** Foram realizados 178 procedimentos. A idade média das utentes foi de 52 anos (20-85); 81 (45,5%) estavam na menopausa; 22 (12,4%) eram nulíparas e 139 (78,0%) tinham pelo menos um parto vaginal. O principal motivo para a realização do exame foi a suspeita ecográfica de pólipos endometriais (n=93, 52,2%), seguido de espessamento endometrial (n=40, 22,5%). Não foi possível realizar o exame em 10 doentes (5,6%), sendo 5 destas nulíparas e apenas 1 com cesariana anterior. A tolerância foi classificada como excelente em 46 casos (25,8%), boa em 80 (44,9%), razoável em 29 (16,3%), má em 12 (6,7%) e péssima em 3 (1,7%). Das 32 (18%) doentes com patologia intracavitária, não foi possível a realização de his-

teroscopia cirúrgica em 7 (21,9%), devido a intolerância.

Não foi encontrada associação com significado estatístico entre a tolerância ao exame e o tipo de parto, o *status* de menopausa ou a utilização de misoprostol. A administração prévia de misoprostol em mulheres com cesariana anterior foi considerada como possível variável confundidora, sem, no entanto, alterar os resultados obtidos (apenas uma mulher com cesariana anterior com tolerância má). As mulheres com <30 anos toleraram pior o exame comparativamente às mulheres entre os 30-50 anos e com idade >50 anos (p0,013); no entanto, o pequeno número de mulheres (4) com <30 anos é um factor limitante. Não foi detetada qualquer variável que pudesse ajudar a prever o insucesso do exame por intolerância.

**Conclusão:** Os procedimentos realizados foram bem tolerados pela maioria das utentes. Neste estudo, não foi possível detetar qualquer fator preditor de intolerância. No que diz respeito à preparação cervical, o misoprostol não foi utilizado de forma sistemática, mas apenas em casos selecionados, o que está de acordo com a literatura existente. Um fator limitante deste estudo é o tamanho da amostra, pelo que se pretende prolongá-lo.

## CO 15

### MIOMAS UTERINOS – QUAL O PANORAMA NACIONAL?

Inês Gante<sup>1,2</sup>; Cláudia Medeiros-Borges<sup>3</sup>;  
Fernanda Águas<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); <sup>4</sup>Presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

**Introdução:** Os miomas uterinos são o tumor pélvico mais frequente na mulher, constituindo um importante problema de saúde pública. Tipicamente, surgem na idade reprodutiva e manifestam-se por hemorragias uterinas anormais.

**Objetivo:** Descrição das tendências nacionais (Portugal) relativas aos internamentos por miomas uterinos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, de base populacional, das mulheres que foram hospitalizadas com o diagnóstico principal de mioma uterino, em hospitais públicos de Portugal continental, no

período entre 2010 e 2015. Os dados das doentes relativos aos códigos dos hospitais, datas de admissão e de alta, idade, diagnósticos, procedimentos e complicações foram extraídos da base de dados nacional da ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde). A análise dos dados foi realizada com recurso ao STATA 13.1.

**Resultados:** Em Portugal continental, 36295 mulheres foram hospitalizadas devido a miomas uterinos entre 2010 e 2015. Houve uma redução de 6358 (em 2010) para 5449 (em 2015). A maioria foram internamentos (82,8%; n=30055). No entanto, a taxa de ambulatório aumentou de 11,7% (n=746) para 22,1% (n=1204) ( $p<0,001$ ).

A idade média das mulheres hospitalizadas foi 47,3±8,6 anos e 50,5% (n=18341) tinham entre 40 e 50 anos.

Verificaram-se 13,1% (n=4735) hospitalizações através do serviço de urgência. Considerando apenas as hospitalizações urgentes, 39,1% (n=1849) tinham uma hemorragia uterina anormal ativa.

No global, a maioria das mulheres (66,6%; n=23743) foram submetidas a histerectomia. Esta abordagem definitiva reduziu de 71,3% (n=4420) em 2010 para 63,0% (n=3385) em 2015. De realçar que, nas mulheres submetidas a histerectomia, a via laparoscópica aumentou de 6,2% (n=276) para 11,5% (n=389) ( $p<0,001$ ). Os tratamentos conservadores aumentaram maioritariamente devido à progressão nas miomectomias [de 16,0% (n=989) para 22,6% (n=1216),  $p<0,001$ ]. Em concreto, a taxa de ressetoscopias aumentou de 10,3% (n=637) para 16,6% (n=889) ( $p<0,001$ ).

No global, foi necessária transfusão de sangue em 4,6% (n=1630).

**Conclusões:** Apesar da redução das hospitalizações devido a miomas uterinos, estes constituem uma importante causa de internamento urgente. Verifica-se uma mudança de atitude, optando-se cada vez mais por hospitalizações em ambulatório e tratamentos cada vez mais conservadores.

## CO 16

### ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL ASSINTOMÁTICO NA PÓS MENOPAUSA: QUANDO VALORIZAR?

Ana Rocha; Helena Veloso; Inês Alençoo; Susana Carvalho; Alexandre Morgado  
*Centro Hospitalar e Universitário do Porto*  
– Centro Materno Infantil do Norte

**Introdução:** O cancro do endométrio é o tumor ginecológico mais frequente, sobretudo na pós menopausa. Está bem definido que na presença de hemorragia uterina anómala o espessamento endometrial (EE) avaliado por ecografia transvaginal permite diferenciar as mulheres com maior risco e que beneficiam de estudo complementar. No entanto, nas mulheres assintomáticas, não existe consenso sobre qual o ponto de corte a partir do qual se deve realizar estudo histológico, pelo que muitos utilizam o mesmo critério (endométrio  $\geq 5$ mm). Idealmente, este ponto de corte deveria permitir identificar as lesões malignas e pré-malignas, mas reduzir o número de intervenções desnecessárias. Pretende este trabalho identificar esse ponto de corte na população estudada.

**Material e métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo das histeroscopias (HSC) realizadas por EE assintomático pós-menopausa (EEAPM), no CHUP-CMIN, entre julho de 2016 e dezembro de 2017. Consideraram-se 4 grupos de acordo com EE: A (5-7,9mm); B (8-10,9mm); C (11-15 mm); D (>15mm).  
**Resultados e conclusões:** No período referido realizaram-se 95 HSC por EEAPM em mulheres com idade entre 48 e 89 anos (média 66), menopausa entre 40 e 57 anos (média 50,8), 57,9% eram hipertensas, 37,9% obesas e 15,8% diabéticas. A maioria (88,4%) nunca realizou Terapêutica Hormonal de Substituição.

Incluíram-se 23,2% das mulheres no Grupo A, 40,0% no B, 23,2% no C e 23,6% no D. Na HSC, o endométrio foi descrito como atrófico em 87,3%, espessamento focal em 5,2%, polipóide em 4,2% e com atrofia quística em 4,2%. Em 11,6% não se identificou patologia endometrial (18,2% do grupo A; 15,6% do B; 9,0% do C e 7,7% do D), tendo sido pólipo endometrial o principal achado em todos os grupos (Geral – 77,9%; A – 77,3%; B – 76,3%; C-77,3% e D-84,6%). Ao exame anatomo-patológico, identificou-se 1 adenocarcinoma endometrióide G2 (Grupo B, EE 9mm, mulher de 75



anos sem factores de risco, Estadio IB da FIGO), 1 hiperplasia com atipia (grupo C, 11mm em mulher de 66 anos, hipertensa e obesa) e 7 hiperplasias sem atipia (1 no grupo A, 7,7mm e os restantes no grupo B).

De forma a identificar as lesões malignas e pré-malignas, na população estudada, o EEAPM deveria ser investigado se >8 mm, independentemente dos factores de risco. Desta forma, poderiam diminuir-se os exames invasivos em 23,2%, sem influenciar o prognóstico. Este resultado vem contrapor-se ao recomendado por algumas Sociedades Internacionais (11mm) mas está de acordo com alguns estudos realizados.

## CO 17

### EFEITO DE UM SUPLEMENTO ALIMENTAR À BASE DE TRIGONELLA FOENUM-GRÆCUM SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM POUCO DESEJO SEXUAL. ESTUDO PILOTO

Palacios S.; Ramirez M.; Soler E.M.; Lilue M.; Geraldes F.P.B.

*Palacios S, Ramirez M, Soler EM, Lilue M: Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer (Madrid)  
Geraldés FPB: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Maternidade Bissaya Barreto*

**Objetivo:** Avaliar a eficácia de Libicare® - um suplemento alimentar à base de *Trigonella foenum-græcum* - na melhoria da função sexual em mulheres na pré e pós-menopausa.

**Material e métodos:** Um estudo exploratório, prospectivo, não controlado e observacional. Mulheres com idades entre 45 e 65 anos com baixo desejo sexual (FSFI <25,83) foram incluídas durante consultas clínicas de rotina e tratadas com 2 comprimidos de Libicare® por dia durante 2 meses. O Libicare® é um suplemento alimentar oral que contém extratos secos de *Trigonella foenum-græcum*, *Turnera diffusa*, *Tribulus terrestris* e *Ginkgo biloba*. **Objetivo primário:** Alteração na pontuação do FSFI antes e após o tratamento (Baseline vs Final). **Objetivos secundários:** 1) alteração nos níveis de testosterona e SHBG e 2) tolerabilidade.

**Resultados:** Um total de 29 doentes (idade média: 53,9 anos) foram incluídas. Registou-se um aumento significativo na média da pontuação do FSFI (SD): 20,15 (4,48) vs 25,03 (6,94), baseline vs final ( $p = 0,0002$ , teste-t). A maioria das doentes

(89,7%) aumentou o *score* do FSFI. Os níveis de testosterona e SHBG foram avaliados em 21 doentes. Observou-se um aumento significativo no nível de testosterona: 0,41 (0,26) vs 0,50 (0,34) pg / ml, baseline vs final ( $p = 0,038$ , teste de Wilcoxon), e que 52,4% das doentes tiveram os seus níveis de testosterona aumentados. Finalmente, houve uma diminuição significativa no nível de SHBG: 85 (32,9) vs 73 (26,8) nmol/l, baseline vs final ( $p = 0,0001$ , teste t pareado) e que 95,2% das doentes mostraram os seus níveis de SHBG diminuídos.

**Conclusão:** Neste estudo piloto, observou-se uma melhoria significativa na função sexual e nos níveis hormonais relacionados com o Libicare®. Mais estudos deverão ser realizados para confirmar esses excelentes resultados.

## CO 18

### PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES CITOGENÉTICAS E DA PRÉ-MUTAÇÃO DO GENE FMR1 NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA COM INSUFICIÊNCIA OVÁRICA PREMATURA

Ana Raquel Neves<sup>1</sup>; Ana Sofia Pais<sup>1</sup>; Susana Isabel Ferreira<sup>2</sup>; Vera Ramos<sup>1</sup>; Maria João Carvalho<sup>1</sup>; Alexandra Estevinho<sup>3</sup>; Eunice Matoso<sup>3</sup>; Fernanda Geraldés; Isabel Marques Carreira<sup>2</sup>; Fernanda Águas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia/Obstetria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Laboratório de Citogenética e Genómica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Laboratório de Citogenética, Serviço de Genética Médica – Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A insuficiência ovárica prematura (IOP) define-se como a perda de função ovárica antes dos 40 anos e apresenta um espectro etiológico variado. As alterações cromossómicas contribuem para cerca de 10% dos casos, maioritariamente associadas ao cromossoma X. A pré-mutação do gene FMR1 (PM-FMR1) tem uma prevalência estimada entre 1-7% nos casos esporádicos e até 13% nos casos familiares. Pela sua importância na etiologia da IOP, as sociedades internacionais recomendam a avaliação do cariótipo e o estudo do gene FMR1 na investigação da IOP não iatrogénica. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de alterações citogenéticas e da PM-FMR1 numa amostra de mulheres com IOP.

**Métodos:** Estudo retrospectivo das doentes referenciadas por IOP (n=99) num período de 7 anos. Critérios de exclusão: IOP iatrogénica, história pessoal de doença autoimune, fenótipo sugestivo de Síndrome de Turner ou de outras cromossomopatias. Foram avaliados os dados demográficos, antecedentes ginecológicos e obstétricos, doseamentos hormonais, cariótipo e estudo do gene FMR1.

**Resultados:** A idade média ao diagnóstico foi  $34,70 \pm 5,49$  (15-40) anos, com um valor médio de FSH de  $83,67 \pm 31,89$  (30-170) UI/L. Verificou-se um défice cognitivo em 3% (n=3), 23,2% (n=23) referiam história familiar (HF) de IOP e 2,0% (n=2) tinham HF de Síndrome do X Frágil. Das doentes que efetuaram estudo do cariótipo, 19,1% (n=13/68) apresentavam alterações. Todas as anomalias cromossómicas estavam associadas ao cromossoma X. Entre as doentes que efetuaram a análise do gene FMR1 7,1% (n=6/85) apresentavam PM-FMR1. Entre as doentes com HF de IOP, a prevalência de alterações citogenéticas foi de 18,2% (n=4/22) e de PM-FMR1 foi de 14,3% (n=3/21). Nos casos de amenorreia primária (n=4), a prevalência de alterações citogenéticas foi de 25% e nenhuma apresentava PM-FMR1.

**Conclusões:** O nosso estudo descreve, pela primeira vez, a prevalência de alterações citogenéticas e da PM-FMR1 numa população portuguesa com IOP e confirma a sua importância na etiologia da perda de função ovárica. Pretende-se, com estes resultados, sublinhar a importância da avaliação do cariótipo e do gene FMR1 no diagnóstico e aconselhamento genético destas doentes.

## CO 19

### A MENOPAUSA NA PERSPETIVA DA MULHER: ESTUDO DAS EXPECTATIVAS, APREENSÕES E NÍVEL DE CONHECIMENTOS

Ângela Rodrigues; Fernanda Geraldês;  
Francisco Ventura; Elsa Cruz; Carla Duarte;  
Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia B – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O significado da menopausa não depende exclusivamente dos aspetos clínicos, culturais e das influências sociais ao longo da vida, mas também do conhecimento das mulheres sobre a mesma.

**Objetivos:** Avaliar a perceção de um grupo de mulheres na pós-menopausa sobre a menopausa e seu tratamento, bem como o nível e forma de aquisição de conhecimentos sobre a mesma; descrever o padrão de busca de informação na internet pelas mulheres portuguesas acerca da menopausa.

**Metodologia:** Estudo transversal que incluiu 108 mulheres na pós-menopausa com idades entre 45-65 anos, vigiadas na consulta de Climatério de um hospital terciário. Aplicado questionário original para avaliação da perceção acerca da menopausa e terapêutica hormonal (TH), bem como o nível e forma de aquisição dos conhecimentos. Na análise do objetivo secundário foi usada a ferramenta *Google Trends* (disponível em <http://google.com/trends/>), um recurso do Google que permite conhecer a popularidade de pesquisas por um único termo/frase e analisar as diferenças regionais para o termo pesquisado.

**Resultados:** A idade média foi  $56,24 \pm 4,94$  anos. A maioria (62,0%) é profissionalmente ativa e 39,8% apresenta uma escolaridade de nível secundário/superior. O meio urbano constituiu a área de residência em 53,7%. A TH é utilizada por 58,3% da amostra, enquanto que 22,2% já a usou no passado.

Em 70,4% e 84,3%, respetivamente, a menopausa e a TH são encaradas de forma positiva. A utilização atual/previa de TH ( $p=0,012$ ) e um bom *score* de QoL avaliado pelo questionário WHQ ( $p=0,05$ ) foram os fatores mais associados à forma positiva de encarar a menopausa.

Em 57,4% e 5,6% das mulheres, respetivamente, o nível de conhecimento sobre a menopausa foi classificado como razoável e mau. Verificou-se uma associação significativa entre o nível de conhecimento mau/razoável e a não utilização de TH ( $p=0,04$ ). Em 75,93% os médicos/enfermeiros foram a principal fonte de conhecimento, seguindo-se a televisão (27,78%), amigas/familiares (26,85%), revistas (22,2%) e internet (14,81%). Quando analisado o padrão de busca de informação na internet pelas portuguesas sobre a menopausa nos últimos 12 meses, o termo pesquisado com maior popularidade foi “menopausa” seguido de “sintomas da menopausa”. Comparando com o termo “pílula”, a menopausa demonstrou maior popularidade. Quando analisadas as subregiões,

Évora, Viana do Castelo, Santarém, Viseu e Coimbra foram as regiões com maior interesse na pesquisa. **Conclusão:** Apesar das mulheres terem demonstrado grande expectativa em relação à menopausa e TH, este estudo evidencia a necessidade de mais investimento na educação/formação das mulheres. O conhecimento das pesquisas na Web sobre a menopausa além de demonstrar apreensão e interesse das mulheres sobre o tema, pode ser útil às entidades competentes que veem aqui uma oportunidade de ir ao encontro das preocupações manifestadas, melhorando os conteúdos e possibilitando a precisão e a acessibilidade a fontes online seguras.

## CO 20

### **MASSAS ANEXIAIS ASSINTOMÁTICAS – DESAFIOS DA ABORDAGEM NA CONSULTA DE MENOPAUSA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Catarina Reis de Carvalho; Alexandra Meira; Inês Reis; Joaquim Neves; Carlos Calhaz-Jorge  
*Centro Hospitalar Lisboa Norte*

**Introdução:** Na pós-menopausa, continuam a ocorrer no ovário formações quísticas. É fundamental diferenciar as doentes de baixo e médio-alto risco para alterações malignas. Na literatura, estão descritos vários modelos de cálculo de risco que podem contribuir para esta tomada de decisão.

**Objetivos:** Pretendemos com este estudo avaliar a abordagem clínica numa população de mulheres em pós-menopausa com massas anexiais assintomáticas e o respetivo desfecho.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo observacional, realizado através da análise dos registos médicos da consulta de menopausa do CHLN, em que se reportou incidentalmente uma massa anexial em ecografia ginecológica, entre janeiro de 2015 e março de 2018. Foram incluídas pacientes na pós-menopausa, sem sintomas ou antecedentes de massa anexial. Para além dos dados demográficos e clínicos, foram avaliadas as características ecográficas da massa, os marcadores tumorais (CA-125, Ca-19.9 e CEA) e, no caso de ter sido realizada abordagem cirúrgica, o resultado anatomo-patológico. Aplicou-se o modelo ADNEX do grupo IOTA para identificar as doentes de maior risco. A amostra foi avaliada em dois grupos (abordagem conservadora e abordagem cirúrgica). A

comparação entre grupos foi realizada através do teste qui-quadrado.

**Resultados e conclusões:** Em uma amostra total de 95 mulheres, com uma idade média 61 anos e uma média de idade de menopausa aos 49 anos, a maioria (90) eram multiparas.; 30 apresentavam IMC compatível com excesso de peso (IMC>25), 22 com obesidade (IMC>30), e 52 apresentavam um perímetro abdominal >80 cm. A maioria das pacientes foram referenciadas pelos cuidados de saúde primários após achado imagiológico de massa anexial. Destaca-se, nos antecedentes médicos, história pessoal de cancro da mama em 9 casos. Não se identificaram diferenças demográficas ou clínicas entre os grupos. Na maioria dos casos (80) o risco estimado de malignidade foi inferior a 3,5%, quando aplicado o modelo ADNEX. Apenas seis casos apresentavam risco de malignidade superior a 20%. 8 mulheres apresentavam pelo menos um marcador tumoral bioquímico elevado. Verificou-se uma diferença significativa entre os grupos relativamente ao valor de CA-125 ( $p<0,05$ ), encontrando-se aumentado no grupo submetido a abordagem cirúrgica. Do total de pacientes, 17 foram submetidas a uma intervenção cirúrgica: histerectomia total e anexectomia bilateral por laparotomia em 10 casos, e por laparoscopia em 4 casos e anexectomia bilateral por laparotomia em 3 casos. O resultado anatomopatológico revelou malignidade em dois casos (carcinossarcoma e tumor borderline seroso). Ambos os casos tinham sido identificados pelo modelo ADNEX como de alto risco. Em conclusão, a maioria das formações sintomáticas da nossa população apresentavam características ecográficas de benignidade. O modelo ADNEX parece ser uma ferramenta útil para a distinção entre os casos de alto e baixo risco de malignidade nesta população e mulheres.

## CO 21

### COMPARAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DO TRATAMENTO HORMONAL NA PÓS-MENOPAUSA COM FORMULAÇÕES ESTROPROGESTATIVAS E TIBOLONA

Margarida Cal; Mariana Pimenta; Nuno Costa; Laura Cruz; Susana Rego; Joaquim Neves; C. Calhaz Jorge  
*Hospital de Santa Maria - CHLN*

**Introdução:** Na terapêutica hormonal (TH) pós-menopausa, os estrogénios isolados e o tratamento hormonal estroprogestativo (THEP) combinado apresentam maior eficácia no controlo sintomático, embora recentemente se tenha verificado um incremento na utilização de tibolona. Contudo, o número de utilizadoras de TH permanece inferior ao expectável e verifica-se baixa continuidade do uso desta terapêutica. Existem poucos dados na literatura que comparem a taxa de manutenção e a interferência com a composição corporal e mamografia do THEP vs. tibolona em Portugal.

**Objetivo:** comparar a experiência da utilização do THEP vs. tibolona – avaliar a taxa de continuidade destes tratamentos ao fim de 1, 3 e 5 anos, bem como a sua interferência na composição corporal (IMC, PCA) e na evolução da classificação BI-RADS da mamografia ao longo da duração do tratamento.

**Material e métodos:** estudo retrospectivo com revisão de processos da consulta de pós-menopausa de um hospital terciário de Lisboa desde 2008 até 2015. Seleccionamos todas as mulheres com sintomas moderados a graves a quem foi prescrito THEP ou tibolona. Foram excluídos os processos com dados em falta.

**Resultados e conclusões:** 401 casos preenchiam os critérios de inclusão (157 casos de THEP e 247 de tibolona). A mediana da idade da menopausa e o tempo médio de início da TH após o diagnóstico de menopausa foram, respetivamente, de 49,3 anos e 1,8 anos no grupo THEP e 49 anos e 1,6 anos no grupo da tibolona. Não iniciaram o tratamento 10% das mulheres do grupo THEP e 11% do grupo tibolona. Comparando os grupos THEP e tibolona, constatou-se respetivamente a continuidade a 1 ano em 59% (n=84) vs. 45% (n=99), aos 3 anos de 36% (n=51) vs. 22% (n=48) e aos 5 anos de 19% (n=27) vs. 11% (n=24). O principal motivo para suspensão da TH referido em ambos os grupos foi

a melhoria da sintomatologia vasomotora. O IMC basal no grupo THEP vs tibolona foi de 27,8 kg/m<sup>2</sup> vs 29 kg/m<sup>2</sup> e o PCA de 89,4cm vs 88,8cm; em ambos os grupos o BI-RADS mais prevalente foi 2 [1-3]. Aos 3 e 5 anos de tratamento, verificou-se uma tendência semelhante de incremento do IMC e PCA em ambos os grupos, e a avaliação BI-RADS aos 3 e 5 anos de tratamento manteve-se na maioria dos casos nos dois grupos (BI-RADS 1 ou 2). A análise destes dados permite concluir que a taxa de continuação do THEP é ligeiramente superior à do tratamento com tibolona: 59% vs. 45% ao final de 1 ano, 36% vs. 22% ao final de 3 anos e 19% vs. 11% ao final de 5 anos. Os motivos que condicionaram a suspensão da TH são semelhantes em ambos os grupos, à exceção de motivos económicos, apenas referidos no grupo tibolona. A maioria das mulheres aumentou de IMC e de PCA, tanto aos 3 como aos 5 anos, em proporções semelhantes nos dois grupos. Houve sobreposição nas características demográficas e comorbilidades. A evolução da classificação BI-RADS foi também semelhante em ambos os grupos, constatando-se na maioria dos casos a manutenção dessa classificação no final de 3 e 5 anos de TH.

## CO 22

### O TRATAMENTO DA ANOVULAÇÃO EM MENOPASAS PRECOSES COM ESTRADIOL 17B

Manuel Neves-e-Castro  
*Clinica da Menopausa Lisboa*

O Estradiol 17 $\beta$  (E2) é, indiretamente, um indutor fisiológico da ovulação num ciclo normal porque estimula a descarga de LH da hipófise. A LH rebenta o folículo maduro e liberta um ovócito.

Em mulheres com menos de 40 anos sem ovulação, com concentrações baixas de E2 e níveis elevados de FSH e LH (aparentemente com insuficiência ovárica eg. menopausas precoces) e que não respondem à terapêutica com hMG/hCG o E2 pode ser um melhor indutor terapêutico da ovulação e corrigir esse quadro clínico por vários mecanismos.

Antes de mais convém recordar que as RIA's (radioimunoanálises) não medem atividades biológicas mas unicamente os complexos antígeno/anticorpo de uma molécula.

A hipófise segrega várias isoformas de gonadotro-

finas, umas mais bioativas e outras menos, mas mais imunoativas. O E2 pode promover a síntese hipofisária de gonadotrofinas mais bioativas.

O E2 também estimula a formação de recetores para FSH nas células da granulosa dos folículos ováricos além de estimular igualmente as mitoses / número de células da granulosa.

Assim sendo, nos referidos quadros clínicos de aparente menopausa precoce, um tratamento com E2 pode tornar as isoformas de FSH mais bioativas e com maior efeito biológico, por haver mais recetores foliculares para as mesmas; o folículo dominante segregaria mais E2 o que provocaria um pico fisiológico de LH hipofisário que é, como se sabe, o verdadeiro indutor da ovulação.

Se se controlar o crescimento folicular através de ecografia verifica-se frequentemente que nestes casos a injeção de hCG provoca atresia do folículo dominante e não induz ovulação.

Já tratámos, com este protocolo, 3 casos de aparente menopausa precoce em mulheres com menos de 40 anos. Houve normalização dos ciclos ováricos e uma gravidez de termo.

**09 junho – 11:30-12:30h**

Moderadores / *Chairpersons*:

Cristina Frutuoso e Paulo Aldinhas

**CO 23**

### **ALTAS PRECOSES EM GINECOLOGIA ONCOLÓGICA: EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CIRURGIÃO DO CENTRO CLÍNICO CHAMPALIMAUD**

João Casanova; Sónia Ferreira

*Unidade de Ginecologia Oncológica Fundação Champalimaud*

**Introdução:** A cirurgia de ambulatório está cada vez mais disseminada e cirurgias cada vez mais complexas são realizadas, graças aos avanços na laparoscopia e à introdução da plataforma cirúrgica robótica. Dados recentes da literatura suportam que a histerectomia robótica/laparoscópica, pode ser realizada com segurança, em regime de ambulatório. Os benefícios da alta precoce são sobejamente conhecidos. A menor taxa de complicações associada à cirurgia minimamente invasiva está bem descrita na literatura.

**Objetivos:** Avaliar a experiência muito inicial de um

cirurgião na alta precoce, utilizando quer a plataforma cirúrgica robótica quer a laparoscopia “convencional”. Avaliar se a introdução de um questionário telefónico dirigido para a cirurgia realizada, pode ser uma ferramenta eficaz para monitorizar em segurança os doentes no pós-operatório imediato.

**Material e métodos:** Revisão de todas as cirurgias realizadas no período de 1/11/17 a 29/3/18, pelo mesmo cirurgião, e que tiveram alta ou no dia da cirurgia (D0) ou no dia seguinte ao da intervenção (D1). Se a doente tinha alta em D0, efectuou-se um questionário telefónico ao D1 e D3 após a cirurgia. Se a doente tinha alta em D1, efectuou-se um questionário ao D2 e D4 após a intervenção. Registaram-se também os contactos por parte da doente, fora dos dias previamente definidos. Definiu-se também que as doentes teriam consulta com o cirurgião 7 dias após a cirurgia. 10 doentes foram identificadas. Todos os dados demográficos foram registados. 8 foram submetidas a cirurgia robótica e 2 foram submetidas a cirurgia laparoscópica. Das 8 cirurgias robóticas, 3 (38%) foram histerectomias com salpingo-ooforectomia bilateral e pesquisa de gânglio sentinela, por adenocarcinoma do endométrio; 3 (38%) histerectomias com salpingo-ooforectomia bilateral por patologia benigna; 2 (34%) salpingo-ooforectomias bilaterais por patologia ovárica benigna. As 2 cirurgias laparoscópicas foram ambas salpingo-ooforectomias bilaterais por ablação endócrina no contexto de carcinoma da mama. Todas as doentes tiveram alta ou em D0 ou em D1. A 7 (70%) das doentes foi-lhes explicado que se a cirurgia decorresse sem intercorrências poderiam ter alta no dia da intervenção. Destas 7, apenas 3 (43%) optaram por ter alta em D0. As restantes 4 (57%) optaram por ter alta em D1. Apenas a 3 doentes não foi oferecido alta em D0 pela distância ao domicílio. Os questionários foram realizados nos dias previamente definidos. Apenas uma doente teve necessidade de ser vista antes da consulta (D7). Outra doente recorreu ao serviço de urgência de outro hospital por patologia não relacionada directamente com a intervenção.

**Conclusão:** A grande limitação deste trabalho é o número reduzido de doentes e alguma heterogeneidade nas cirurgias realizadas. Contudo, procedimentos mais complexos (com avaliação ganglionar) foram realizados em regime de ambulatório sem

que qualquer complicação tivesse sido registada. A realização de um questionário de seguimento parece ser uma estratégia eficaz para monitorizar e detectar complicações precoces nos doentes submetidos a cirurgia minimamente invasiva.

## CO 24

### **AVALIAÇÃO DA RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA SUBMETIDAS A QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO**

Ana Raquel Neves<sup>1</sup>; Rafaela Pires<sup>1</sup>; Helder Moreira<sup>2</sup>; Olga Caramelo<sup>3</sup>; Teresa Simões Silva<sup>2</sup>; Isabel Henriques<sup>1</sup>; Joana Belo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>3</sup>Serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A resposta patológica completa (pCR) em doentes com cancro da mama submetidas a quimioterapia neoadjuvante (QTNA) associa-se a uma melhoria da sobrevivência livre de doença e global. Embora inicialmente reservada para tumores localmente avançados, hoje é aceite em estadios mais precoces, constituindo um modelo in vivo de resposta ao tratamento, possibilitando a redução tumoral e consequente aumento da taxa de cirurgia conservadora.

**Objetivos:** Avaliar os fatores preditivos de pCR em doentes com cancro da mama submetidas a QTNA.

**Métodos:** Estudo retrospectivo das doentes com cancro da mama em estadio I-III submetidas a QTNA na nossa instituição entre janeiro 2011 e dezembro 2016. Todas as doentes foram tratadas com um esquema baseado em antraciclina e taxanos, em associação com trastuzumab nos casos HER2+. Procedeu-se à avaliação dos dados demográficos das doentes, características clínicas, imagiológicas e anatomopatológicas do tumor e respetivo *status* ganglionar. pCR foi definida como ypT0/is NO.

**Resultados:** Foram avaliadas 165 doentes, com uma idade média de 52,64±10,99 anos. A pCR global foi 17,6% (n=29). A pCR correlacionou-se significativamente com a ausência de recetores de estrogénios (RE) (p<0,001) e progesterona (RP)(p=0,003), com a positividade para HER2 (p<0,001), com Ki67 elevado (p=0,004) e com

a diminuição do grau de diferenciação tumoral (p<0,001). Na amostra global, a análise multivariada demonstrou que HER2+ e RE+ são fatores preditivos independentes de pCR [respetivamente, ORaj 3,688 (IC95% 1,308-10,396) e ORaj 0,222 (IC95% 0,053-0,928)]. Pelo contrário, no subgrupo HER2 negativo, nenhum dos fatores analisados se correlacionou independentemente com pCR.

**Conclusões:** Na nossa amostra, a positividade HER2, a ausência de RE e RP, o menor grau de diferenciação tumoral e a maior proliferação celular tumoral correlacionaram-se com a obtenção de pCR. No entanto, os dois primeiros constituíram os fatores preditivos mais importantes na obtenção de pCR. Estes achados devem ser integrados na avaliação clínica e considerados aquando da orientação e decisão terapêutica das doentes.

## CO 25

### **PERFORMANCE DE MODELOS ECOGRÁFICOS E CA-125 NA PREDIÇÃO DE CANCRO DO OVÁRIO**

Ângela Rodrigues; Maria Geraldina Castro; Liana Negrão; Sidónio Matias; Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O cancro do ovário é um dos tumores malignos mais letais na mulher. Ao longo do tempo, vários modelos ecográficos têm sido desenvolvidos para predição de malignidade das massas anexais, na tentativa de um diagnóstico e tratamento em estádios precoces. Contudo, os resultados são controversos.

**Objetivo:** Avaliar e comparar a *performance* diagnóstica de modelos ecográficos (*risk of malignancy index* (RMI), *International Ovarian Tumour Analysis* (IOTA) e *IOTA logistic regression model 2* (LR2)) e CA-125 na avaliação pré-operatória de mulheres com massas anexiais.

**Metodologia:** Estudo observacional de coorte retrospectivo. Inclui 119 doentes (123 massas anexiais) submetidas a tratamento cirúrgico.

Foi analisada a história clínica, o CA-125 e a ecografia transvaginal realizada em pré-cirurgia. Esta última foi reavaliada por ecografista com certificação IOTA, sem conhecimento do diagnóstico histológico definitivo.

Foi utilizada a nomenclatura IOTA (simple rules) para caracterização ecográfica da massa: benigna,

maligna ou inconclusiva (nas inconclusivas-2 estratégias: classificação benigna/maligna conforme avaliação subjetiva do examinador ou todas as inconclusivas assumidas como malignas). Os *scores* ecográficos RMI e LR2 também foram calculados. Para cada modelo aplicado e para o CA-125 foram calculados: sensibilidade (S), especificidade (E), valor preditivo negativo (VPN) e valor preditivo positivo (VPP). O resultado considerado foi o diagnóstico histológico definitivo (OMS 2014): Benigno e Maligno (incluídos os tumores borderline).

**Resultados:** Das 123 massas anexiais, 81,3% foram benignas e 18,7% malignas na histopatologia. Idade mais avançada ( $54,5 \pm 14,7$  vs  $45,3 \pm 15,6$ ,  $p = 0,011$ ), IMC mais elevado ( $27,4 \pm 7,1$  vs  $25,03 \pm 3,7$ ,  $p = 0,035$ ) e *status* pós-menopausa ( $p = 0,04$ ) foram significativamente mais prevalentes no grupo das mulheres com histologia maligna.

Entre as características ecográficas, verificou-se que aquelas com maior impacto na predição de malignidade foram: maior diâmetro da massa >10cm (OR 6,16, IC95% [2,31-16,56],  $p < 0,01$ ), multilocularidade (OR 3,26, IC95% [1,07-9,95],  $p = 0,03$ ) e a vascularização moderada-intensa (OR 17,58, IC95% [5,74-53,86],  $p < 0,01$ ).

O CA-125 (*cut-off* 30U/mL) apresentou S=75%, E=73,33%. Contudo, verificou-se que o ponto de corte em que o CA-125 apresentou melhor S e E foi 23,5 U/mL (AUC 0,87, IC95% [0,782-0,961]).

A *performance* dos modelos ecográficos aplicados foi: *Score* RMI com S=73,68%, E=89,33% e VPN 93,06%; IOTA LR2 com S=77,3%, E=73,81% e VPN 92,5%; IOTA *simple rules* (se inconclusivo, classificação suplementada com avaliação subjetiva): S=90,91%, E=78,31%, e VPN 97,01%; IOTA *simple rules* (se inconclusivo, classificada como maligna): S=95,45%, E=69,88%, VPN 98,31%.

**Conclusão:** OS resultados indicam que a classificação do grupo IOTA (*simple rules*) foi o modelo ecográfico com maior sensibilidade e menor taxa de falsos negativos, pelo que a sua aplicabilidade deveria ser sistematicamente incorporada na avaliação de massas anexiais.

## CO 26

### ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA NO ESTADIAMENTO CIRÚRGICO DO CANCRO DO ENDOMÉTRIO

Mariana Mouraz<sup>2</sup>; Cátia Ferreira<sup>1</sup>; Sónia Gonçalves<sup>1</sup>; Nuno Nogueira Martins<sup>1</sup>; Francisco Nogueira Martins<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Tondela-Viseu; <sup>2</sup>Hospital Dr. José de Almeida, Cascais

**Introdução:** O cancro do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos e representa cerca de 6% dos câncros na mulher (risco cumulativo de aparecimento ao longo da vida de 1,8%). O estadiamento passa habitualmente por uma abordagem cirúrgica realizada tradicionalmente por laparotomia. Nos últimos 15 anos têm surgido múltiplos estudos de dimensão apreciável que dão vantagem significativa à laparoscopia relativamente à laparotomia, nomeadamente na redução de morbilidade operatória

**Objetivos:** comparar as vias de abordagem cirúrgica laparoscópica e por laparotomia no estadiamento do cancro do endométrio num centro de referência.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo e observacional que incluiu mulheres submetidas a cirurgia para estadiamento de carcinoma do endométrio entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de janeiro de 2018. A população em estudo foi dividida em 2 grupos segundo tipo de abordagem: grupo 1—laparotomia e grupo 2—laparoscopia. As histerectomias vaginais assistidas por laparoscopia foram excluídas. A classificação histológica fez-se de acordo com os critérios da OMS (2014), a classificação do estadiamento segundo as normas da FIGO (2009) e a definição de estadiamento completo e incompleto de acordo com os consensos nacionais sobre o cancro ginecológico (2016).

**Resultados e conclusões:** Dos 163 casos de cancro do endométrio, foram incluídas 138 mulheres, 97 (70,3%) no grupo 1 e 41 (29,7%) no grupo 2. Não se encontraram diferenças significativas em relação à idade, IMC, peso do útero, grau histológico, estágio FIGO, número de gânglios removido, estadiamentos completos e complicações intra-operatórias entre os 2 grupos. Quanto à presença de cirurgias anteriores identificou-se diferença significativa, grupo 1 vs grupo 2 (25,8% vs 9,8%;  $p = 0,04$ ). As cirurgias laparoscópicas foram mais longas

(199,3min±70,5 vs 136,3min±46,4;p=0.01) mas com menos tempo de internamento (4,3 dias±2,4 vs 8,4dias±4,7;p=0,00) e menos complicações pós-operatórias (19,5% vs 28,9% p=0,005), nomeadamente reintervenção por deiscência ou infeção da cicatriz (0 vs 16 casos). Todas as recidivas ocorreram no grupo da laparotomia (n=5), onde se verificou um maior número de falecimentos (11,3% vs 7,3%; p=0,26). Estes resultados são concordantes com os da literatura, o que nos leva a concluir que a abordagem laparoscópica em centros de referência é segura no estadiamento do carcinoma do endométrio e poderá tornar-se a abordagem padrão em casos selecionados.

## CO 27

### TUMOR MUSCULAR LISO DE POTENCIAL DE MALIGNIDADE INCERTO (STUMP) – 7 ANOS DE CASUÍSTICA DO SERVIÇO

Branco, R. L.<sup>1</sup>; Reis, L.<sup>1</sup>; Nascimento, S.<sup>1</sup>; Diniz da Costa, T.<sup>1</sup>; Santos, V.<sup>1</sup>; Alves, A. T.<sup>2</sup>; Silva Pereira, J.<sup>1</sup>; Nazaré, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento da Mulher, Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca; <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca – Instituto de Anatomia Patológica Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**Introdução:** O tumor muscular liso de potencial de malignidade incerto é um tumor do músculo liso uterino, que no diagnóstico histológico não pode ser inequivocamente considerado como benigno ou maligno.

O diagnóstico, a abordagem cirúrgica e o seguimento são temas controversos. Porém a recorrência é estimada em cerca de 8,7 a 11% dos casos, podendo essa ocorrer tardiamente.

**Objetivos:** Avaliar o risco de recorrência do STUMP, ao longo dos anos de estudo.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo de mulheres com STUMP, vigiadas na consulta de Ginecologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, no período compreendido entre 2010 a 2017. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos.

**Resultados:** No período em estudo, identificaram-se 7 mulheres com o diagnóstico de STUMP, cuja idade média ao diagnóstico foi 48,7 anos (mínimo 37 anos – máximo 79 anos). A hemorragia uterina anómala foi a sintomatologia apresentada em

71.4% dos casos (n=5). As restantes mulheres (n=2) apresentavam-se assintomáticas, uma com alteração na ecografia pélvica, e outra submetida a miomectomia intra-cesariana. Em 5 dos 7 casos, as mulheres foram submetidas a histerectomia total e salpingectomia bilateral por via laparotómica. Em apenas um caso o diagnóstico foi feito com recurso a histeroscopia cirúrgica com miomectomia. Neste período de estudo, há a registar um caso de recorrência (n=1; 14,2%), ao fim de 7 meses de vigilância, cujo diagnóstico histológico foi de leiomiossarcoma, tendo realizado radioterapia. Atualmente, os 7 casos mantêm-se em vigilância na consulta de ginecologia.

**Conclusão:** A nossa taxa de recorrência nos STUMPS (14,2%) é semelhante ao encontrado na literatura consultada (8,7 a 11%), sendo que a nossa série apenas engloba um pequeno número de casos.

A vigilância após o diagnóstico é fundamental para uma deteção precoce das recorrências, permitindo, desta forma, uma rápida intervenção e subsequente tratamento.

O recurso a técnicas de histoquímica (p16 e p53) poderão, no futuro, ser uma arma para identificar os pacientes com maior risco de recorrência, e desta forma, permitir uma personalização do seu tratamento.

## CO 28

### NEOPLASIA OCULTA EM DOENTES SUBMETIDAS A HISTERECTOMIA POR PATOLOGIA BENIGNA

Ana Sofia Pais; Ana Rita Rolha; Catarina Silva; Cátia Silva; Inês Coutinho; Inês Gante; Joana Oliveira; Rita Medeiros; Simone Subtil; Tânia Ascensão; Maria João Carvalho; João Paulo Marques; Fernanda Águas

*Ginecologia A e B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A histerectomia é a cirurgia ginecológica mais frequente e em 90% dos casos é realizada por patologia benigna. A presença de uma neoplasia não detetada pré-operatoriamente pode agravar o prognóstico, nomeadamente se realizada morcelação.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência e os fatores de risco associados a neoplasia oculta em doentes submetidas a histerectomia por patologia benigna.



**Material e métodos:** Foi efetuado um estudo retrospectivo numa amostra de 947 doentes submetidas a histerectomia sem evidência ou suspeita de patologia maligna, entre 2014 e 2017.

**Resultados e conclusões:** A incidência de neoplasia oculta foi 1,4% (n=13). O carcinoma do endométrio foi diagnosticado em 61,5% dos casos (n=8), sarcoma uterino em 15,4% (n=2), neoplasia do ovário em 7,7% (n=2) e neoplasia não ginecológica em 15,4% (n=2, neoplasia primitiva colorretal e linfoma B não Hodgkin). A maioria das neoplasias foram detetadas no estágio I (70%) e a via de abordagem preferencial foi a laparotomia (61,5%). Quando comparadas as doentes com neoplasia oculta com a restante população, verificou-se que a idade média foi superior neste grupo ( $63,62 \pm 14,69$  [38-89] vs  $53,39 \pm 11,35$  [23-101] anos,  $p = 0,01$ ), com maior frequência de doentes pós-menopausa (76,9% vs 40,1%,  $p = 0,007$ ), obesidade (57,1% vs 20,8%,  $p = 0,037$ ), diabetes mellitus (23,1% vs 5,4%,  $p = 0,034$ ) e hipertensão arterial (69,2% vs 30,1%,  $p = 0,004$ ). A incidência de neoplasia oculta é inferior nas doentes com antecedentes de cirurgia abdominal (9,1% vs 42,3%,  $p = 0,015$ ). O sintoma menos frequente neste grupo foi menorragia (15,4% vs 42,8%,  $p = 0,034$ ). Relativamente à indicação cirúrgica, a presença de patologia endometrial foi significativamente superior no grupo com neoplasia oculta (23,1% vs 5,2%,  $p = 0,032$ ) e de miomas significativamente inferior (23,1% vs 50,3%,  $p = 0,045$ ). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os grupos relativamente a: paridade; antecedentes de endometriose ou outras comorbilidades; presença de anemia; necessidade de transfusão; vias de abordagem; presença de complicações pré e pós-operatórias; tempo operatório e de internamento.

Conclui-se que a incidência de neoplasia oculta em doentes submetidas a histerectomia por indicação benigna é 1,4% e que os fatores de risco são idade avançada, pós-menopausa, obesidade, antecedentes de diabetes mellitus e hipertensão arterial, e presença de patologia endometrial. Dado o risco não negligenciável de neoplasia oculta, é importante identificar as doentes de risco e proceder a uma avaliação pré-operatória mais cuidadosa.

09 junho – 16:00-18:00h

Moderadores / Chairpersons:  
Amélia Pedro e Rita Sousa

CO 29

## RELAÇÃO ENTRE A FLORA VAGINAL E A PRESENÇA DE VULVODINIA LOCALIZADA PROVOCADA

Pedro Vieira-Baptista<sup>1,2</sup>; Joana Lima-Silva<sup>1</sup>; Jorge Beires<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar de São João, Porto, <sup>2</sup>Hospital dos Lusíadas, Porto

**Introdução:** A(s) etiologia(s) da vulvodinia continua(m) a ser um assunto largamente desconhecido. Pode-se especular que a flora vaginal, com padrões específicos de interleucinas e pHs, poderá ter um papel no desenvolvimento e severidade destes quadros.

**Objetivos:** Avaliação da relação entre a flora vaginal e a presença de vulvodinia localizada provocada (VLP).

**Material e métodos:** Foram colhidas amostras de corrimento vaginal, para exame microscópico a fresco, de mulheres pré-menopáusicas com VLP (n=107) e comparadas com um grupo histórico (mulheres com citologia alterada ou referenciadas para planeamento familiar) (n=214). Os casos foram emparelhados com o grupo de controlo, aleatoriamente, numa razão de 2:1, de acordo com a idade.

As mulheres do grupo de estudo foram consideradas como casos apenas se tivessem persistência das queixas (ardor/dor), após adequado correção das alterações encontradas no corrimento vaginal.

**Resultado e conclusões:** Comparando o grupo de mulheres com VLP com o de controlo, as prevalências encontradas foram, respectivamente: flora vaginal anómala (grau lactobacilar superior a IIa) 27,1% vs. 40,2%,  $p=0,026$  (OR 0,55; 0,334-0,918); vaginite aeróbica moderada/severa 8,4% vs. 7,9%,  $p=0,885$  (OR 1,06; 0,458-2,474); vaginose bacteriana 1,9% vs. 16,4%,  $p=0,000$  (OR 0,09; 0,023-0,413); Candida 26,2% vs. 37,4%,  $p=0,045$  (OR 0,59; 0,356-0,991); vaginose citolítica 25,2% vs. 5,1%,  $p=0,000$  (OR 6,23; 2,950-13,150).

A vaginose citolítica associou-se fortemente à VLP. Tal poderá ser devido à exposição prolongada da mucosa vestibular a: 1) corrimento com pH muito

baixo, a) determinados ácidos (ex. isómero L do ácido láctico) ou 3) H2O2. Alternativamente, poderá ser apenas um marcador de menor frequência de relações sexuais vaginais. De forma contrária, a sendo a vaginose bacteriana associada à atividade sexual, a mesma teoria explicaria a menor frequência desta em mulheres com VLP.

Ainda que se saiba que a Candida se pode associar à génese da VLP, é comum que as mulheres com queixas vulvovaginais sejam (sobre) tratadas com antifúngicos, o que explicaria a sua menor prevalência no grupo de estudo do que no de controlo. O estudo das doentes com vulvodinia deve incluir obrigatoriamente a avaliação da flora vaginal e a correcção das alterações encontradas, nomeadamente a vaginose citolítica.

## CO 30

### RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO NA ILHA DO PRÍNCIPE

Pedro Vieira-Baptista<sup>1,2,3</sup>; Joana Lima-Silva<sup>1,2</sup>;  
Carlos Sousa<sup>3</sup>; Conceição Saldanha<sup>3</sup>;  
António Pedro Machado<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de São João, Porto; <sup>2</sup>ONG Ascendere;  
<sup>3</sup>LAP, Unilabs, Porto; <sup>4</sup>Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa

**Introdução:** A ilha do Príncipe, parte do arquipélago de São Tomé e Príncipe, sofre dos problemas inerentes à sua dupla insularidade. Os seus 7000 habitantes têm acesso muito limitado a cuidados de saúde. Em 2014, a ONG Ascendere, com fundos exclusivamente privados, iniciou um programa de rastreio do cancro do colo do útero (RCCU). Um estudo prévio revelou um padrão único em termos de distribuição das infeções por HPV: prevalência elevada (36,7%), mas sendo os genótipos 16 e 18 muito raros (0 e 2%, respectivamente). Recentemente, foi introduzida a vacinação com a vacina bivalente.

**Objectivos:** Avaliar a prevalência de lesões de alto grau neste cenário, bem como a viabilidade e o impacto potencial deste programa de RCCU.

**Métodos:** Avaliação retrospectiva dos registos de todas as mulheres rastreadas entre janeiro de 2014 e setembro de 2016.

**Resultados e conclusões:** Durante o período avaliado, foram rastreadas 972 mulheres, com uma idade média de 35,5±10,04 anos (21-83 anos).

Das 968 (99,6%) que tiveram uma citologia cervical satisfatória, em 150 (15,5%) esta foi anormal: ASC-US 58 (6,0%), LSIL 56 (5,8%), LSIL-H 2 (0,2%), ASC-H 9 (0,9%), HSIL 23 (2,4%), carcinoma/adenocarcinoma 2 (0,2%).

Foi colocada a indicação de realização de colposcopia em 111 (11,4%); 31 (27,9%) não compareceram para a sua realização.

Foi realizado um diagnóstico histológico de HSIL (CIN2 p16+/CIN3) em 35 mulheres (3,6%) e de carcinoma invasor em 2 (0,2%). Destas, 33 (94,3%) foram submetidas a exérese da zona de transformação.

A idade média das mulheres com diagnóstico histológico final de HSIL/invasão foi idêntica à do resto da população (36,5±11,59 vs. 35,5±9,97 anos,  $p=0.542$ ). Apenas uma das mulheres daquele grupo tinha menos de 25 anos. Não houve diferenças em termos de contraceção, paridade, consumo de álcool, menopausa, presença de outras infeções de transmissão sexual (C. trachomatis, N. gonorrhoea e T. vaginalis), coitarca, menarca ou número de parceiros sexuais. O mesmo foi verdade para o tabagismo e infeção pelo VIH, mas a ocorrência destes factores de risco é muito rara nesta população.

**Conclusões:** Existe uma significativa perda de mulheres no seguimento, sendo necessário adoptar estratégias para minorar esse risco.

Apesar da baixa prevalência da infeção por HPV16 ou 18, continua a existir um elevado risco de ocorrência de lesões intraepiteliais de alto grau, o que justifica a manutenção de um programa de RCCU e a alteração da vacina para a nonavalente.

## CO 31

### PRURIDO VULVAR – PERSPETIVA DA CONSULTA DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO

Margarida da Silva Cunha<sup>1</sup>; Marta Rodrigues<sup>2</sup>;  
Pedro Tiago Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Setúbal, EPE; <sup>2</sup>Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

**Introdução:** O prurido vulvar (PV) é um sintoma prevalente, característico de diversas doenças que afetam primariamente ou secundariamente a vulva. Apesar do impacto significativo na qualidade de vida, o diagnóstico e tratamento etiológico são frequentemente tardios.

**Objetivo:** Caracterização das pacientes orientadas para consulta especializada por queixas de PV.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de mulheres vigiadas em Consulta de Patologia da Vulva do Hospital Pedro Hispano por PV (janeiro/2015 a dezembro/2017). Avaliadas as características demográficas, tipo e tempo de evolução dos sintomas, diagnósticos, terapêuticas instituídas e evolução. Excluídos casos portadores de diagnóstico ou assintomáticos na primeira consulta. Sub-análise com categorização pela idade (<60 (n=83) e ≥60 anos (n=92) e estado pré- (n=50) ou pós-menopausa (n=125). Significância estatística se  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Amostra (n=175) com idade mediana de 61,0 anos (18-89). Sintomas mais frequentemente associados a PV: Ardor (57,1%), queixas urinárias (36,7%), dor (18,2%) e dispareunia (14,3%), com diferenças estatisticamente significativas nos grupos <60 e ≥60 anos quanto às queixas de dispareunia (2,4% vs 28,6%) e urinárias (52,4% vs 17,1%). 45,9% das utentes tinham queixas de PV com evolução superior a um ano e 57,8% já tinham sido medicadas previamente (corticóides tópicos (62,4%), estriol vaginal (45,5%) e anti-fúngicos (44,6%)). Diagnósticos presuntivos mais frequentes na consulta: líquen escleroso (LE) (38,9%), líquen simplex crônico (LSC) (14,3%), dermatite de contacto (12,0%) e líquen plano (LP) (10,3%). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, nas mulheres pré- e pós-menopáusicas quanto à frequência de LE (16,0% vs 48,0%), LP (2,0% vs 13,0%), LSC (32,0% vs 7,2%) e infecção fúngica isolada (10,0% vs 1,6%). Todos os casos com suspeita de lesão displásica receberam confirmação histológica; em metade (4/8) o diagnóstico foi carcinoma pavimentocelular. Os corticóides foram o tratamento mais frequentemente instituído (86,9%), principalmente os tópicos de potências alta (23,7%) e muito alta (63,2%). Após tratamento, 72,6% apresentaram evolução favorável e 9,1% mantiveram doença recidivante; 10,3% não cumpriram a terapêutica.

**Conclusões:** Não existindo métodos de rastreio das doenças vulvares, a história clínica e exame físico cuidados são preponderantes para o diagnóstico. Nesta amostra, o longo tempo de evolução da sintomatologia, a elevada percentagem de tratamento empírico não dirigido à etiologia, a fre-

quência do diagnóstico de LE (associado a risco de progressão para carcinoma da vulva) e a taxa de incumprimento terapêutico reforçam a importância da formação adequada quer dos profissionais, evitando medicação inapropriada e atrasos no diagnóstico, quer das utentes, para que valorizem a sua sintomatologia, procurem assistência médica e cumpram a terapêutica.

## CO 32

### DIFERENÇAS CLÍNICAS, BIOQUÍMICAS E CELULARES ENTRE A CANDIDIASE VULVOVAGINAL E A VAGINOSE CITOLÍTICA

Paulo César Giraldo; Rose Amaral; Isabel Migliorini; Michelle Garcia Discacciati

*Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Campinas, São Paulo/ Brazil*

**Introdução:** A candidíase vulvovaginal (CVV) e a vaginose citolítica (VC) apresentam sintomatologia e aspecto clínico semelhantes, induzindo ao erro diagnóstico. Apesar disto, o microambiente vaginal e a resposta inflamatória local são completamente diferentes, necessitando tratamentos diferentes. **Objetivo:** Identificar as principais diferenças clínicas, bioquímicas e celulares entre a CVV e a VC e identificar os lípidos presentes no conteúdo vaginal.

**Metodologia:** Estudo de corte-transversal realizado no Ambulatório de Infecções Vaginais de um Hospital universitário terciário, incluiu 24 mulheres, sendo oito com CVV, oito com VC e oito sem infecção (grupo controle- GC), no menacme (18 e 42 anos), não menopausadas, não grávidas e em uso de anticoncepcional. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética. Todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os sujeitos passaram por anamnese, exame clínico-ginecológico, bacterioscópico e cultura para fungos. Para extração dos lípidios, por técnica de Bligh Dyer, (apenas a fase orgânica) foi colhido conteúdo vaginal no mesmo exame ginecológico. O perfil lipídico dos três grupos foi analisado por espectrometria de massas por cromatografia e analisados posteriormente na plataforma online MetaboAnalyst 3.0. Os dados clínicos e microbiológicos foram analisados pelo teste exato de Fisher, Kruskal-Wallis e significância de 5%, ( $P < 0.05$ ).

**Resultados:** Identificou-se descarga vaginal ( $p=0,002$ ) e hiperemia vaginal significativamente aumentada nos grupos de CVV e VC em relação ao GC, porém sem diferença entre si. Encontrou-se maior quantidade de células inflamatórias ( $p=0,001$ ) na CVV e, *Lactobacilos sp.* ( $p=0,006$ ), lise do epitélio vaginal ( $p=0,001$ ) e maior acidez (pH vaginal) nos casos de VC ( $p=0,0002$ ) em relação ao GC. Principais lípidos encontrados: 15-metil-15S-Prostaglandina D2, O-Adipoilcarnitina, fosfoferina, ácido undecanóico e formil dodecanoato na CVV, 1-(11Z-docosenoil)-glicero-3-fosfato e ácido 5-aminopentanóico, o ácido fosfatídico 1-oleoil-cíclico e o ácido palmitóico na VC e ácido eicosadienóico, 1-estearoil-cíclico-fosfato, ácido mirístico, 7Z, 10Z-hexadecadienóico, e ácidos glicerolfosfatos no GC. Conclusões: Apesar da CVV e da VC apresentarem manifestações clínicas semelhantes, a VC apresenta aumento significativo da acidez vaginal e da lise celular, enquanto a CVV tem resposta inflamatória muito mais severa que a VC e controles, manifestando, diferentes perfis lipídicos. A CVV apresenta lípidos relacionados ao estresse oxidativo e de apoptose celular enquanto que a VC apresenta também, lípidos relacionados com o crescimento bacteriano.

### CO 33

#### **CORRENTE INTERFERENCIAL E FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA EM USO DE TERAPIA HORMONAL**

Paulo Cesar Giraldo; Helena Patricia Giraldo;  
Ticiania Mira; Daniela Angerame Yela;  
Cristina Laguna Benetti-Pinto

*Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil*

Mulheres com Insuficiência Ovariana Prematura (IOP) freqüentemente apresentam queixas sexuais, como menor lubrificação e dispareunia, apesar do uso de terapia hormonal sistêmica (TH). Objetivo: Avaliar o tratamento para disfunção sexual com Corrente Interferencial (CI) em comparação ao creme de estrogênio tópico (E) em mulheres com IOP usando TH. Métodos: Estudo controlado aleatorizado realizado em pacientes que preencheram o questionário de índice de função sexual feminina (IFSF), e foram divididas em dois grupos

(IC, E). Os dados foram comparados entre os grupos utilizando o teste de qui-quadrado e o teste de Mann-Whitney para variáveis categóricas e numéricas, respectivamente. O teste de McNemar e o teste de Wilcoxon foram utilizados para as variáveis categóricas e numéricas, respectivamente, para comparação entre pré e pós-intervenção. O nível de significância foi de 5% ( $p<0,05$ ). Pacientes - Inicialmente, 80 mulheres foram entrevistadas e 35 incluídas; 30 mulheres POI sexualmente ativas, usando TH completaram o tratamento. Intervenção - As mulheres foram divididas aleatoriamente em dois grupos: grupo IC com estimulação elétrica do assoalho pélvico, num total de 8 sessões de 20 minutos cada, durante um mês. Eletrodos foram colocados sobre os lábios vulvares. O grupo E usou estrogênio vaginal tópico diariamente por quatro semanas, 0,5mg/dia. Principais desfechos - Houve melhora na lubrificação e dispareunia e no escore total da função sexual para ambos os tratamentos. Resultados: Mulheres submetidas a CI ( $n=20$ ) e E ( $n=10$ ) tinham respectivamente  $38,7\pm5,9$  e  $34,5\pm6,5$  anos ( $p=0,1$ ), utilizaram TH por  $8,3\pm8,6$  e  $4,2\pm5,8$  anos ( $p=0,08$ ) com escore total do IFSF de  $21,4\pm6,3$  e  $25,3\pm7,5$  ( $p=0,98$ ) pré-intervenção. Não houve diferença significativa entre o escore total do FSFI pré e pós-intervenção para o grupo E, porém houve melhora na lubrificação ( $3,8\pm1,8$  e  $4,8\pm1,3$ , respectivamente,  $p=0,0008$ ) e dispareunia ( $3,8\pm2,1$  e  $5,0\pm1,4$ ,  $p=0,03$ ). Comparando pré e pós intervenção para o grupo IC, houve melhora no IFSF ( $21,4\pm6,3$  e  $25,8\pm6,3$ ,  $p=0,0004$ ), lubrificação ( $3,7\pm1,4$  e  $4,5\pm1,4$ ,  $p=0,01$ ), dispareunia ( $3,6\pm1,6$  e  $4,6\pm1,3$ ,  $p=0,005$ ), satisfação ( $4,1\pm1,5$  e  $4,8\pm1,1$ ,  $p=0,02$ ) e orgasmo ( $3,5\pm1,6$  e  $4,4\pm1,4$ ,  $p=0,01$ ). Conclusão: O tratamento com corrente interferencial mostrou-se eficaz na melhora da lubrificação e dispareunia, bem como no escore global do IFSF, com resultados superiores aos obtidos pelo tratamento convencional com estrogênio tópico, em mulheres com IOP utilizando TH.

## CO 34

### DESFECHO DE UMA SÉRIE DE CASOS DE EXÉRESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO (EZT) COM MARGENS POSITIVAS

Joana Lyra; Joana Xavier; Tiago Aguiar;  
Joana Lima-Silva; Pedro Vieira-Baptista; Jorge Beires  
*Centro Hospitalar São João*

**Introdução:** No passado, era comum que nos casos de EZT com margens positivas fosse repetido o procedimento, ou mesmo realizada histerectomia. As recomendações actuais pendem a favor da vigilância, ainda que tal não seja prática sistemática em todos os centros.

**Objetivo:** Avaliação do desfecho dos casos com margens positivas (CIN2+), aos 24 meses após EZT. Secundariamente, avaliou-se o desfecho aos 6, 12 e 18 meses.

**Métodos:** Análise retrospectiva descritiva e inferencial dos desfechos dos casos de EZT com margens positivas para CIN2+, entre 2011 e 2018. Foram avaliadas as citologias cervicais, testes de HPV (cobas®), colposcopias e, se aplicável, biópsias. Consideraram-se “curadas” se citologia ≤ASC-US, HPV negativo, colposcopia normal/não satisfatória e biópsias ≤LSIL.

**Resultados:** De 201 casos de EZT com lesão de alto grau na peça, 28 apresentaram margens positivas para CIN2+ (13.9%). Foram excluídos 12 casos da análise: 7 por diagnóstico de doença invasora, um por histerectomia total por prolapso genital, 2 mudaram de instituição e 3 ainda se encontram em seguimento. Foram consideradas curadas 9 (60%), em 5 foi realizada reexcisão da ZT (33%) e uma (7%) mantém-se em vigilância (HPV positivo). As mulheres consideradas curadas aos 24 meses tenderam a ser mais novas ( $35,7 \pm 5,77$  vs.  $41,6 \pm 11,57$ ,  $p=0,22$ ), sendo todas pré-menopausadas. Contrariamente, 20% dos casos de reexcisão foram em mulheres na menopausa ( $p=0,16$ ). Não observámos diferenças significativas entre a técnica utilizada (ansa semicircular ou agulha) e os desfechos aos 24 meses. Em todos os casos que necessitaram de reexcisão da ZT havia atingimento do endocolo (reexcisão vs. cura: 100% vs. 66,7%,  $p=0,19$ )

A positividade do teste de HPV aos 6 e 12 meses associou-se à necessidade de reexcisão da ZT (cura vs. reexcisão): 33% vs. 100%,  $p=0,035$  e

50% vs. 100%,  $p=0,035$ , respectivamente.

Alterações na citologia aos 6 e 12 meses estiveram associadas à necessidade de reexcisão de ZT: aos 6 meses - citologia com alterações (> ASC-US) em 75% dos casos submetidos a reexcisão da ZT vs. 16.7% das curadas,  $p=0,07$ ; aos 12 meses, citologia com alterações em 80% dos casos de reexcisão vs. 11.1% das curadas,  $p=0,01$ .

**Conclusões:** A taxa de cura aos 24 meses, em casos de EZT com margens positivas foi de 60%. A necessidade de reexcisão foi superior em mulheres mais velhas, bem como naquelas com positividade do teste de HPV e/ou citologia > ASC-US aos 6 e 12 meses.

## CO 35

### CARACTERIZAÇÃO DA FLORA VAGINAL ATRAVÉS DO EXAME MICROSCÓPICO A FRESCO EM MULHERES COM HIV

Melo C.; Vieira-Baptista P.; Lima-Silva J.; Xavier J.; Malheiro F.; Falcão V.; Beires J.

*Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal*

**Introdução:** A flora vaginal anómala (FVA) é um factor de risco para a aquisição e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, nomeadamente VIH, e para desfechos obstétricos desfavoráveis. O objectivo deste estudo é caracterizar a flora vaginal de mulheres em vigilância por infecção por VIH.

**Material e métodos:** Avaliou-se uma coorte de 123 mulheres consecutivas, seropositivas para o VIH, medicadas com terapêutica antiretroviral de acordo com o necessário. Foi efectuada uma colheita de corrimento vaginal em lâmina, para exame microscópico a fresco. As lâminas foram posteriormente hidratadas e lidas de forma cega (400x, contraste de fase).

**Resultados:** A maioria das mulheres tinha VIH1 (95.1% [117/123]), adquiriu a infecção por via sexual (90.8% [109/120]) e tomava anti-retrovíricos (97.5% [119/122]). A média de idades foi de  $46,2 \pm 10,69$  anos (16-76 anos).

Foi feito o diagnóstico de FVA em 65.0% das mulheres, devaginose bacteriana (VB) em 35.8% (VB parcial em 24.4% e VB completa em 11.4%) e de vaginite aeróbica (VA) em 47.2% (VA moderada/severa em 26.8%). Em 13.8% dos casos foi identificada em simultâneo a presença de VA e VB.

Foi encontrada associação ente VA e idade mais avançada (49.5±11.16 vs. 43.1±9.35, p=0.001), menopausa (RR 2.9; IC 95% 1.55-5.43) e ter um parceiro com VIH (RR 1.5, IC95% 1.02-2.27). A prevalência de Candida foi baixa (5.7%) enquanto que a vaginose citolítica (VC) e o lephthrix foram diagnosticados em 7.3% e 8.1% dos casos, respectivamente.

**Conclusões:** A maioria das mulheres com VIH vigiadas no nosso serviço tinham FVA, maioritariamente devido a VA. Neste grupo de doentes foi reportada a maior prevalência de VA alguma vez descrita, possivelmente devido à elevada média de idades e ao *status* pós-menopausa. Pelos mesmos motivos, o diagnóstico de Candida não foi comum. A VCe o lephthrix, cujo significado permanece por esclarecer, foram achados mais comuns do que o expectável. Dado os riscos da FVA, sugere-se que a flora vaginal de mulheres com VIH seja monitorizada através do exame microscópico a fresco.

## CO 36

### CONIZAÇÃO: COMPARAÇÃO DE TÉCNICAS

Patrícia Alves<sup>1,2</sup>; Inês Alençoo<sup>2</sup>; Joana Igreja<sup>1,3</sup>; Maria João Carinhas<sup>1</sup>; Cláudia Marques<sup>1</sup>; Manuela Montalvão<sup>1</sup>; Isabel Rodrigues<sup>1</sup>; Madalena Moreira<sup>1</sup>; José Cabral<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro; <sup>3</sup>Hospital de Braga

**Introdução:** A neoplasia intraepitelial cervical (CIN) é a lesão pré-maligna mais comum na mulher. Esta pode ser tratada por técnicas ablativas ou por tratamentos excisionais da zona de transformação (conização), dependendo do grau e extensão da lesão.

**Objetivos:** Comparar métodos diferentes de conização: conização a LASER CO2 e conização com eletrocirurgia (ansa e agulha diatérmicas), para determinar a superioridade de um dos procedimentos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo transversal que compara 3 técnicas de conização: LASER CO2, ansa e agulha diatérmica, na Unidade de Patologia do Colo do Centro Materno Infantil do Norte, entre abril de 2016 e julho de 2017. Os dados dos procedimentos foram retirados a partir dos registos da unidade colmatados com a consulta de

processos no SAM<sup>®</sup>. Foi avaliada a altura do cone, as margens livres de lesão, os efeitos flogísticos na peça cirúrgica, as complicações e a eficácia do tratamento (citologia, teste de HPV-AR e colposcopia pós-procedimento). Análise estatística pelo *software SPSS*<sup>®</sup>.

**Resultados e conclusões:** Do período de estudo foram realizadas 238 conizações: 169 a LASER, 57 com ansa e 12 com agulha. A idade média das mulheres submetidas a conização LASER foi de 39 anos, com ansa diatérmica 38 anos e com agulha diatérmica 40 anos. O CIN3/CIS foi o principal motivo para a conização LASER (38%) e com agulha (58%), enquanto que as conizações com ansa foram realizadas sobretudo por CIN2 (37,5%).

Na comparação do LASER com a ansa, verificou-se que a média da profundidade do cone obtida no grupo submetido a LASER ( $\chi=14,5\text{mm}$ , dp 5,0) foi significativamente superior à do segundo grupo ( $\chi=11,9\text{mm}$ , dp 3,5) (p=0,001). Nos restantes parâmetros não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na comparação da conização a LASER com a ansa diatérmica, nomeadamente quanto à: obtenção de margens livres de lesão (90,5% vs. 91,2%, p=0,88), efeitos flogísticos (5,4% vs. 5,3%, p=1,0), hemorragia ou dor durante o procedimento (p=0,90, em ambos) e complicações após o procedimento (8,9% vs. 7,0%, p=0,79). Quanto ao *follow-up*, não se verificou diferença estatisticamente significativa na colposcopia, citologia aos 6 e 12 meses e teste de HPV-AR.

Foram comparadas as mesmas variáveis entre a cirurgia LASER e a conização com agulha diatérmica. Destaca-se o facto de o LASER estar associado a menor risco de fulguração da peça (5,4% vs. 25%, RR =0,21) e a menos complicações (8,9 vs. 33,3%, RR=0,27). Nos restantes parâmetros não houve diferença entre os dois métodos de conização.

Assim, a conização a LASER e com ansa diatérmica são técnicas com resultados semelhantes, apesar de se optar pelo LASER para casos de maior gravidade e em que se pretende uma maior altura do cone.

## CO 37

### ATITUDE CONSERVADORA PERANTE CIN2 EM MULHERES COM MENOS DE 30 ANOS

Filipa Malheiro; Catarina Melo; Joana Lyra; Pedro Vieira Baptista; Jorge Beires  
*Centro Hospitalar de São João*

**Introdução:** O melhor conhecimento da história natural das lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG) do colo do útero tem vindo a favorecer o uso de estratégias menos agressivas, sobretudo nas mulheres mais novas. A probabilidade significativa de regressão, especialmente das lesões de CIN2, bem como o não desprezível aumento do risco de maus desfechos obstétricos, associados às exéreses da zona de transformação (EZT), tornam esta opção cada vez mais recomendada.

**Objetivos:** Objectivo primário: avaliar a probabilidade de regressão de CIN2 em mulheres com idade inferior a 30 anos, não tratadas. Objectivo secundário: Avaliar o tempo até regressão/progressão e potenciais factores associados ao desfecho.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo em que foram incluídas mulheres com menos de 30 anos, com diagnóstico de CIN2 (2012-2018), que optaram por atitude conservadora.

A vigilância consistiu no acompanhamento de 6 em 6 meses com citologia cervical, teste de HPV, colposcopia e biópsia (consoante achados colposcópicos). Considerou-se “regressão” a ausência de evidência histológica de CIN2+ aos 24 meses.

Foi utilizado o teste  $\chi^2$  para avaliação das variáveis categóricas e o t de student para as contínuas; valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significativos.

**Resultados:** Num universo de 885 doentes, foram identificados 15 (1,6%) elegíveis para análise.

A média de idade no momento do diagnóstico foi de  $26,1 \pm 1,8$  anos (22-29), 9 relatavam hábitos tabágicos e nenhuma estava imunodeprimida.

Sete mulheres eram nulíparas aquando do diagnóstico e 9 utilizavam contracepção hormonal combinada (CHC). Apenas uma tinha sido vacinada contra o HPV.

Constatou-se regressão em 5 casos; em 5 houve necessidade de EZT (CIN3 ou persistência); 5 estão em ainda em vigilância sendo que numa delas na consulta aos 6 meses apresentava colposcopia normal. Não houve nenhum caso de progressão para invasão.

Dos 5 casos em que houve regressão, em 3 tal constatou-se aos 6 meses, um aos 12 e um aos 18. Em três dos casos, o genótipo de HPV envolvido era o 16. O teste HPV negatizou em quatro destes casos (um aos 6 meses, dois aos 12 e um aos 24). Dois dos casos de regressão mantém CIN1/LSIL. Houve 3 gravidezes no grupo de mulheres que tiveram regressão: 1 antes e 2 após a confirmação desta.

Comparando os casos em que houve regressão com os restantes, não houve diferenças relativamente à idade de diagnóstico, idade da menarca, paridade, uso de CHC, tabagismo, vacinação contra o HPV, citologia prévia ao diagnóstico ou presença de HPV 16.

**Conclusões:** Perante um diagnóstico de CIN2, numa mulher com menos de 30 anos e que compareça para as consultas de seguimento, é adequado propor a vigilância a intervalos de 6 meses. Nesta série, ainda que diminuta, foi possível evitar a EZT em cerca de metade dos casos, com potencial benefício em termos obstétricos. A adopção da terminologia LAST poderá implicar uma atitude desnecessariamente mais agressiva nesta população em particular.

## CO 38

### FATORES DE RISCO PARA MARGENS POSITIVAS EM PEÇAS DE EXÉRESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO

Tiago Aguiar; Rita Figueiredo; Rita Valente; Joana Lyra; Pedro Vieira Baptista; Jorge Beires  
*Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar São João*

**Introdução:** Cerca de 10-30% das lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG) do colo do útero progredem para invasão. Em caso de LIAG, a exérese da zona de transformação (EZT) diminui a incidência de cancro do colo do útero, sendo que, se incompleta, as taxas de persistência e recorrência são superiores.

**Objetivo:** Avaliar os factores de risco associados a margens positivas nas peças de EZT com diagnóstico histológico de LIAG (CIN2 e CIN3/CIS).

**Métodos:** Análise retrospectiva dos dados relativos a doentes submetidas a EZT, entre 2011 e 2018, realizadas/supervisionadas por um executante. Foram apenas considerados os casos em que na peça foi encontrada LIAG

**Resultados:** Foram incluídas 201 doentes, sendo a taxa de margens positivas de 13,9% (28/201). Nestas, o endocolo foi atingido 60,7% (17/28) dos casos, o exocolo em 21,4% (6/28) e o endo e exocolo simultaneamente em 17,9% (5/28).

O grupo de mulheres com margens positivas teve idade média superior ( $44,5 \pm 14,8$  vs.  $38,9 \pm 9,4$  anos,  $p < 0,05$ ), verificando-se o mesmo para o *status* de pós-menopausa (29,0% vs. 11,5%,  $p < 0,01$ ). Não se encontraram diferenças relativamente ao estado imunitário, tabagismo, vacinação prévia contra HPV e tipo de contraceção.

Não ter uma junção escamo-colunar (JEC) totalmente visível associou-se a margens positivas (31,0% vs. 8,4%,  $p < 0,01$ ). As mulheres com zona de transformação (ZT) de tipo 3 também tiveram mais frequentemente margens positivas (ZT de tipo 3 28,6% vs. ZT de tipo 2 13,5% vs. ZT de tipo 1 8,9%,  $p = 0,059$ ).

O estado das margens foi independente do tamanho da ZT, localização das lesões e número de quadrantes afectados.

Não se encontraram diferenças relativamente às técnicas utilizadas para realizar a EZT (ansa semi-circular vs. agulha diatérmica) ou ao volume e dimensões da peça.

Quanto maior o grau de alteração citológica, mais frequente foi a associação com margens positivas: ASC-H/HSIL 38,7% e LSIL 2,9%,  $p < 0,05$ . O genótipo do HPV anterior ao tratamento não se correlacionou com o estado das margens.

A probabilidade de margens positivas foi tanto maior, quanto maior a gravidade da lesão: CIN2 11,0%, CIN3/CIS 16,4% e carcinoma invasivo 66,7%,  $p < 0,01$ .

**Conclusão:** Idade mais avançada, menopausa, não visualização completa da JEC, citologia ASC-H/HSIL e grau histológico mais elevado das peças de exérese foram factores de risco para margens positivas.

Não houve correlação directa entre as dimensões da peça e o estado das margens. Contrariamente a outras séries, o HPV16 não se associou a maior risco de positividade das mesmas.

## CO 39

### NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DA VAGINA – CASUÍSTICA DE 10 ANOS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Joana Igreja; Inês Alencão; Patrícia Alves; José Manuel Cabral

*Hospital de Braga Centro Materno-infantil do Norte – Centro Hospitalar do Porto Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

**Introdução:** A neoplasia intraepithelial da vagina (VAIN) é um distúrbio raro, que parece ser secundário à infeção por HPV de alto risco e, por isso, frequentemente associado a neoplasia intraepithelial cervical (CIN). Uma vez que as lesões são assintomáticas, o seu diagnóstico é muitas vezes accidental durante o exame colposcópico. Histologicamente, as lesões VAIN são classificadas em 3 graus (VAIN 1, 2 e 3). A excisão ou vaporização com laser CO2 tem vindo a assumir um papel preponderante no tratamento das lesões VAIN.

**Objetivos:** Descrever e analisar a experiência no diagnóstico e tratamento das lesões de VAIN na Unidade de Patologia do Trato Genital Inferior e Laser do Centro Materno-infantil do Norte (CMIN) - Centro Hospitalar do Porto (CHP).

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo descritivo que incluiu pacientes com diagnóstico histológico de VAIN entre janeiro de 2008 e dezembro de 2017. Os parâmetros avaliados foram: idade ao diagnóstico, lesão cervical prévia ou concomitante, tratamentos prévios, grau histológico, fatores de risco, tipo de tratamento, complicações do tratamento e recorrência durante o seguimento.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídas 82 pacientes com idade média ao diagnóstico de 48,3 anos. 82% apresentavam uma citologia anormal e uma lesão CIN prévia ou concomitante foi diagnosticada em 76% dos casos. Lesões de alto grau ou cancro cervical estavam presentes em 45% das pacientes. Tal como descrito da literatura, tabagismo e imunossupressão representam fatores de risco importantes, estando presentes em 35% e 37% dos casos, respetivamente. Um terço das pacientes apresentava histerectomia prévia, sendo que em 67% dos casos esta foi secundária a lesões cervicais de alto grau. VAIN 1 foi diagnosticado em 49% (n=40), VAIN 2 em 28% (n=23) e VAIN



3 em 23% (n=19). 70% das lesões VAIN 1 foram tratadas com vaporização laser, com recorrência em 2 dos casos (os quais foram tratados com nova vaporização). Nos restantes foi decidido manter vigilância, com regressão completa após 1 ano. 6 casos de VAIN 2 foram tratadas com vaporização laser, com 1 caso de recorrência (tratada com nova vaporização). 13 casos de VAIN 2 foram tratados com vaginectomia parcial e vaporização laser, com 1 caso de recorrência (tratado com nova vaginectomia parcial laser). Todas as lesões VAIN 3 foram tratadas com vaginectomia parcial laser. Neste grupo de pacientes, em 53% houve recorrência da lesão durante o seguimento (tratada com nova vaginectomia parcial laser) e 1 caso desenvolveu doença micro-invasiva. Nenhuma complicação significativa foi descrita. O laser CO2 demonstra ser uma ferramenta segura e eficaz no tratamento das lesões VAIN.

## CO 40

### NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DA VULVA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Filipa Rafael<sup>2</sup>; Patrícia Alves<sup>3</sup>; Cláudia Marques<sup>1</sup>;  
José Cabral<sup>1</sup>; Alexandre Morgado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar do Porto; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Portimão; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Introdução:** A neoplasia intraepitelial da vulva (VIN) ocorre em cerca de 2,86 por 100.000 mulheres, verificando-se uma incidência crescente nas mais jovens. A VIN usual apresenta-se tipicamente em mulher com infeção HPV, jovem e fumadora, enquanto que a VIN diferenciada (<5% das VIN) surge em mulheres na pós-menopausa, associada frequentemente ao líquen escleroso.

**Objetivos:** Analisar as características das doentes com diagnóstico de VIN por biópsia vulvar. Verificar as abordagens terapêuticas e as recidivas após tratamento.

**Material e métodos:** Trata-se de uma avaliação retrospectiva de 36 doentes diagnosticadas com VIN na unidade de patologia do colo do Centro Materno Infantil do Norte, de 2010 a 2017. Analisaram-se as variáveis idade ao diagnóstico; coinfeção HIV; estado de imunossupressão; tabagismo; presença de lesão multifocal, presença de lesão multicêntrica (da vagina (VaIN), do colo (CIN) ou do ânus

(AIN) com diagnóstico precedente, concomitante ou posterior ao VIN); modalidade de tratamento inicial; margens cirúrgicas; tempo de seguimento (meses); e recorrência de VIN.

Análise estatística com o *software SPSS*<sup>®</sup>.

**Resultados:** Nos 36 casos de VIN apenas 1 caso foi VIN diferenciado (2,8%). A idade média ao diagnóstico foi de 54 anos (entre 29 e 83 anos), sendo que o grupo das doentes imunocomprometidas (37,8%) e das doentes fumadoras (28%) eram significativamente mais jovens à data de diagnóstico ( $p < 0.05$ ). 55% das doentes imunocomprometidas tinham lesões vulvares multifocais. A presença de lesões multicêntricas ocorreu em 17 utentes (10 VaIN 2/3, 7 CIN 2/3, 2 AIN) e destes a maioria eram doentes imunocomprometidas ( $p=0.03$ ).

O teste de HPV-AR foi realizado em 72,2% das utentes, sendo negativo em apenas 11,5% destes. Os tratamentos instituídos incluíram: exérese alargada da lesão a frio (51,4%), excisão laser (28,6%), vulvectomia simples (17,1%) e ablação laser (2,9%). Um caso recusou tratamento. As margens cirúrgicas tinham lesão de alto grau em 43,3% dos casos e em 5,7% das histologias havia lesão invasiva.

O seguimento médio foi de 30 meses, sendo que 5 doentes optaram por vigilância no exterior. Ocorreu recorrência da doença em 37,1% dos casos, com uma média de 29 meses. Na comparação das abordagens cirúrgicas, verificou-se que a realização de vulvectomia simples confere um maior tempo livre de doença ( $p < 0,05$ ). Não houve diferença estatística para os fatores tabagismo, imunodepressão ou afetação das margens para risco de recorrência. Surgiram 5 casos de carcinoma invasor vulvar (14,3%) no decorrer do seguimento.

**Conclusões:** Salientamos a importância de tratamentos excisionais pela possibilidade de carcinoma oculto na peça operatória e da vigilância a longo prazo pela probabilidade de aparecimento de recidiva. Verificámos que os métodos de exérese mais conservadores apresentavam menores tempos até recidiva. O seguimento é particularmente importante nas imunodeprimidas, pela maior probabilidade de lesões multifocais e multicêntricas.

09 junho – 09:00-11:00h

Moderadores / Chairpersons:

Margarida Martinho e Luís Ferreira Vicente

## CO 41

### AGENESIA CERVICAL: UM ENIGMA TERAPÊUTICO

Rafaela Pires; Ana Raquel Neves; Inês Gante; Fabiane Neves; Filipa Nunes; Filipa Marques; M<sup>a</sup> Geraldina Castro; Andreia Leitão Marques; Carla Rodrigues; Rosa Lourenço; Fernanda Geraldès; Fernanda Águas

*Serviço de Ginecologia B Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A agenesia cervical (U0C4V0 - ESHRE/ESGE) é uma malformação mülleriana rara e pouco descrita na literatura. Apresenta-se tipicamente com amenorreia primária e dor pélvica cíclica. A avaliação imagiológica é imprescindível para o diagnóstico e programação da abordagem cirúrgica. Estudos com amostras reduzidas baseados na experiência cumulativa possível sugerem a cirurgia reconstrutiva como primeira linha, e consideram a histerectomia um procedimento de recurso.

**Caso clínico:** Jovem de 16 anos enviada ao Serviço de Urgência por dor pélvica cíclica de agravamento recente, refratária à analgesia. Apresentava história de amenorreia primária com desenvolvimento pubertário normal. O exame objetivo revelou genitais externos sem alterações e vagina de comprimento normal, não se identificando o colo uterino. Ecograficamente detetou-se cavidade uterina distendida por conteúdo de ecogenicidade mista, sugerindo hematometra. Foi realizada vaginoscopia em que se observou uma vagina cega e foi efetuada drenagem do hematometra, pela mesma via, sob controlo ecográfico. A resolução dos sintomas foi imediata, e instituiu-se terapêutica com estroprogestativo (EP) contínuo. O estudo subsequente, que incluiu ecografia e ressonância magnética, seguidas de laparoscopia e histeroscopia, em simultâneo, confirmou o diagnóstico de agenesia cervical. Foi decidida uma abordagem cirúrgica que consistiu na criação de uma solução de continuidade uterovaginal através de histerotomia por laparoscopia, e colpotomia por vaginoscopia, com fixação de uma sonda de silicone para manter patente o canal recém-criado. No pós-operatório

foram administrados análogos da GnRH e cumpriu profilaxia antibiótica de longa duração. Após 3 meses, ocorreu a primeira hemorragia de privação (HP) na pausa do EP, que se manteve até ao 6<sup>o</sup> mês, altura em que foi removida a sonda. Desde então a ausência de HP fez suspeitar de encerramento do pseudocanal, o que foi confirmado pela presença de hematometra na ecografia. Perante este insucesso foi decidido criar nova comunicação uterovaginal, por vaginoscopia/histeroscopia e controlo ecográfico, seguida da introdução do SIU LNG 13,5mg através da bainha do histeroscópio. Atualmente encontra-se assintomática, com 6 meses de *follow-up*.

**Conclusão:** Este caso representa um desafio médico-cirúrgico complexo. O diagnóstico de agenesia cervical impõe uma gestão equilibrada entre o controlo sintomático e a preservação do órgão e da sua função.

## Vídeos

09 junho – 09:00-11:00h

Moderadores / Chairpersons:

Margarida Martinho e Luís Ferreira Vicente

## V 01

### ACUM – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Pulido Valente; Sofia Mendes; Catarina Castro; Inês Reis; Sónia Barata; Ana Luísa Ribeirinho  
*Hospital Santa Maria, CHLN*

**Introdução:** As massas uterinas cavitadas e acessórias Accessory and Cavitated Uterine Masses (ACUM) são uma anomalia Mulleriana rara que afecta sobretudo mulheres jovens. Caracterizam-se pela presença de uma massa uterina acessória cavitada, com um revestimento endometrial funcionante, preenchida com líquido castanho-chocolate. Manifestam-se habitualmente por dismenorreia intensa e dor pélvica cíclica. Os exames de imagem (ecografia e ressonância magnética) permitem suspeitar do diagnóstico mas este só é confirmado no momento da cirurgia e após exame histológico.

**Caso clínico:** Mulher de 17 anos, menarca aos 12 anos, nulípara, com ciclos regulares e sem an-

tecedentes pessoais relevantes. Referenciada à consulta de ginecologia cirúrgica por suspeita de malformação uterina, no contexto de dismenorrea de agravamento progressivo, que melhorou com contraceção hormonal combinada em regime contínuo. O exame ginecológico era normal. A ecografia pélvica revelou uma formação unilocular quística miometrial de 25x24x25mm na região cornual esquerda, com conteúdo em vidro fosco, independente do anexo homolateral e da cavidade endometrial. A ressonância magnética confirmou a presença de uma massa latero-uterina esquerda com topografia subserosa, conteúdo hemático e parede espessada, sendo o restante útero, trompas, ovários e rins normais. Face aos achados imagiológicos, decidiu-se pela realização de histeroscopia e laparoscopia no mesmo tempo operatório. A histeroscopia mostrou cavidade uterina de morfologia normal, sendo ambos os ostia visualizados. Na laparoscopia, identificou-se formação uterina cornual esquerda e anexos macroscopicamente normais. Procedeu-se à excisão da massa, com saída de conteúdo líquido castanho-chocolate, seguida de encerramento da loca, resultando um útero de morfologia normal. O diagnóstico histológico revelou a presença de endométrio em relação com os fragmentos de miométrio. Durante os 12 meses de seguimento pós-operatório, a paciente permanece assintomática e sem alterações ecográficas.

**Conclusão:** As ACUM são malformações uterinas no espectro dos defeitos mullerianos e que podem interferir com a qualidade de vida de uma mulher. O seu correcto reconhecimento é essencial, dado que a terapêutica cirúrgica é curativa.

## V 02

### VAGINOPLASTIA LAPAROSCÓPICA COM SIGMÓIDE NA SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY

Cristina Nogueira-Silva<sup>1,2</sup>; Catarina Barroso<sup>2,3</sup>; Pedro Leão<sup>2,4</sup>; Isabel Reis<sup>1</sup>; Jorge Correia-Pinto<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Braga, Braga, Portugal;* <sup>2</sup>*Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (ICVS), Escola de Medicina da Universidade do Minho e Laboratório Associado ICVS/3B's, Braga/Guimarães, Portugal;* <sup>3</sup>*Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Braga, Braga, Portugal;* <sup>4</sup>*Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Braga, Braga, Portugal*

**Introdução:** A síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) caracteriza-se por agenesia da vagina com desenvolvimento uterino variável, secundária a uma anomalia do desenvolvimento dos ductos de Müller. No que diz respeito ao tratamento, para a criação de uma neovagina funcional, têm sido descritos métodos não-cirúrgicos e cirúrgicos, não existindo na atualidade consenso sobre qual a abordagem ideal. Em 2016 implementámos no nosso hospital a técnica de criação de uma neovagina com interposição de sigmóide, via laparoscópica.

**Objetivos:** Descrever a técnica de vaginoplastia laparoscópica com sigmóide e avaliar a sua eficácia e segurança.

**Material e métodos:** Nos últimos 18 meses, propusemos 3 pacientes com o diagnóstico de Síndrome de MRKH para criação laparoscópica de neovagina com interposição de sigmóide. Após acesso à cavidade abdominal, seleccionámos um segmento de sigmóide com cerca de 10 cm e dissecámos o mesocólon com preservação do pedículo vascular. Procedemos à incisão da fôvea de Rokitansky e disseção do espaço retrovesical/ pré-retal pela manobra de Cancan. Introduzimos um trocar de 12mm através do espaço criado, que permitiu a passagem da máquina de sutura automática linear para isolamento do segmento sigmóide. Restabelecemos a continuidade do trato intestinal com criação de anastomose colo-cólica com sutura mecânica circular, sob controlo videoscópico. Posteriormente, realizámos o abaixamento da neovagina e sua anastomose à fôvea.

Foi colhida informação relativa a dados demográficos, apresentação clínica, malformações asso-

ciadas, estudo hormonal e cariótipo, exames de imagem, duração da cirurgia, complicações peri e pós-operatórias, duração do internamento e nível de satisfação.

**Resultados e conclusão:** Todas as pacientes (16-20 anos) se apresentaram com amenorreia primária, sem malformações associadas, com cariótipo 46,XX e estudo hormonal normal. O diagnóstico foi realizado após constatação da ausência da vagina e útero em ecografia e ressonância magnética pélvica. A cirurgia teve duração média de 172 minutos e nenhuma complicação peri-operatória foi reportada. A alta clínica foi obtida ao fim de 2-3 dias, sem complicações pós-operatórias. As duas doentes com *follow-up* superior a um ano estão satisfeitas com o resultado.

Quando realizada por uma equipa experiente, a vaginoplastia laparoscópica com sigmóide é um procedimento seguro e eficaz.

### V 03

#### **SOBRE UM CASO DE LESÃO VESICAL EM HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA: QUAIS OS CUIDADOS COM A INTRODUÇÃO DOS TROCARES?**

Inês Sá, Patrícia Alves; Cristina Alves; Ana Moreira; Miguel Brito

*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

**Introdução:** A histerectomia total abdominal por via laparoscópica tornou-se um procedimento cirúrgico cada vez mais comum, mas não isento de riscos. A bibliografia reporta a lesão vesical como o tipo de lesão iatrogénica mais comum relacionada com a histerectomia laparoscópica, com uma incidência entre 0,02-8,3%. A lesão vesical pode ocorrer aquando da dissecação da bexiga durante a técnica cirúrgica, ou durante a inserção dos trocres abdominais, sobretudo o trocar supra-púbico. Apenas 9,2% das lesões vesicais não são diagnosticadas intra-operatoriamente.

**Objetivo:** Apresentar o caso de uma lesão vesical iatrogénica relacionada com inserção do trocar supra-púbico, sob a forma de vídeo

**Caso clínico:** Mulher de 66 anos, com um parto por cesariana, com cicatriz mediana infra-umbilical, aos 26 anos de idade. Proposta para histerectomia total e anexectomia bilateral laparoscópica, por quisto anexial simples com 9cm e pólo endometrial a condicionar metrorragia. A cirurgia foi

realizada recorrendo a manipulação uterina com manipulador de Clermont-ferrand e à colocação de 4 trocres abdominais: 2 trocres de 5mm em cada fossa ilíaca e 2 trocres de 12mm, um umbilical e outro colocado a 60mm da porta umbilical. Após o encerramento da cúpula vaginal, foi instilado azul de metileno através da sonda vesical, para exclusão de lesão iatrogénica vesical. Foi visualizada solução de continuidade na parede vesical a nível fúndico, através da perda de azul de metileno para a cavidade pélvica. À inspecção, a equipa cirúrgica concluiu tratar-se de uma laceração realizada aquando da inserção do trocar supra-púbico, devido à presença de aderências entre a parede vesical e o ligamento mediano. O trocar supra-púbico impediu a saída de gás para o saco colector, atrasando o diagnóstico da lesão iatrogénica. A laceração vesical foi corrigida através de pontos intra-corporais. A doente manteve-se algaliada durante 2 semanas. 3 meses após a cirúrgica, encontra-se assintomática.

**Discussão/Conclusão:** O caso realça a importância da colocação dos trocres abdominais na cirurgia laparoscópica. Embora descrita, a lesão vesical com a introdução dos trocres é muito menos frequente do que a que ocorre na dissecação entre a bexiga e o colo uterino. Este risco está aumentado em distorções da anatomia pélvica. De forma a diminuir a probabilidade destas lesões, as sociedades internacionais recomendam a introdução dos mesmos sob visualização, bem com a cateterização vesical prévia à cirurgia.

### V 04

#### **GRAVIDEZ EM ÚTERO RUDIMENTAR: UM CASO DE SUCESSO**

Ana Raquel Neves; Ângela Rodrigues; Fabiane Neves; Manuel Fonseca; Maria Geraldina Castro; Miguel Branco; Fernanda Geraledes; Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia/Obstetria B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A gravidez em útero rudimentar (GUR) tem uma incidência estimada entre 1:76.000-1:160.000 e associa-se a elevada morbilidade. A maioria dos casos ocorre em cavidades não comunicantes, por migração transperitoneal dos gâmetas. O seu diagnóstico na avaliação ecográfica de rotina é difícil, ocorrendo, frequentemente, após

rotura da cavidade gravídica, com uma mortalidade materna estimada de 0,5%.

**Objectivo:** Apresentação de um caso clínico de GUR.

**Material e métodos:** Consulta do processo clínico informático com recurso ao sistema SCLINICO e das videografações cirúrgicas.

**Resultados:** Mulher de 34 anos, G4P1, assintomática, enviada ao Serviço de Urgência por suspeita ecográfica de gravidez tubar direita apresentando embrião único, viável, com comprimento crânio-caudal compatível com gestação de 6 semanas. Realizada laparoscopia diagnóstica que revelou ausência de alterações anexiais e presença de hemi-útero esquerdo, normodimensionado, de coloração normal, e cavidade rudimentar à direita, de menores dimensões e aspecto enturgescido, compatível com cavidade gravídica. Os achados laparoscópicos permitiram efetuar o diagnóstico de gravidez em útero rudimentar em contexto de malformação uterina U4a (ESHRE/ESGE). A reavaliação com ecografia 3D e por RMN confirmou o diagnóstico de anomalia U4aCOVO (ESHRE/ESGE), com cavidades não comunicantes e GUR. Efetuado tratamento médico com metotrexato intrasacilar (sob controlo ecográfico, por via vaginal) e intramuscular, em dose única, e monitorização seriada ecográfica e analítica. Realizada histerectomia laparoscópica do útero rudimentar e salpingectomia homolateral sem intercorrências.

**Conclusão:** GUR é um evento raro e que, frequentemente, se apresenta com complicações graves. No entanto, 40% dos casos são assintomáticos, sobretudo quando diagnosticados no 1º trimestre. Um diagnóstico precoce permite o planeamento da terapêutica e a resolução antes da rotura uterina. A sensibilidade da ecografia no diagnóstico do útero rudimentar é de 33% e deve ser complementada pela RMN, que permite uma melhor avaliação da comunicação das cavidades. O tratamento de escolha é a histerectomia da cavidade rudimentar e a via laparoscópica deve ser a preferencial nos casos de diagnóstico precoce. A terapêutica com metotrexato pré-cirúrgica permite a redução da massa gravídica, diminuindo os riscos cirúrgicos e facilitando o procedimento.

## V 05

### ISTMOCELO – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE UMA CAUSA SUBDIAGNOSTICADA DE HEMORRAGIA UTERINA ANÓMALA

Ana Portela Carvalho; Catarina Estevinho; Ana Torgal; Cristina Oliveira

*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa*

**Introdução:** Um istmocele define-se como um defeito em forma de bolsa na parede anterior do istmo uterino no local de uma cicatriz prévia de cesariana. A sua prevalência é difícil de estimar, mas pensa-se que ocorrerá em 19-84% das cesarianas. Um grande número de casos será assintomático, constituindo um achado imagiológico. O sintoma mais frequente, ocorrendo em 30% dos casos, é a hemorragia uterina anómala (HUA) sob a forma de hemorragia pós-menstrual intermitente. O tratamento está indicado nos casos sintomáticos, estando disponíveis diferentes abordagens terapêuticas.

**Objetivos:** Os autores apresentam um caso clínico demonstrativo do desafio diagnóstico e terapêutico do istmocele sintomático, bem como da aplicabilidade da histeroscopia cirúrgica na sua reparação.

**Material e métodos:** Descrição de um caso clínico sob a forma de vídeo de uma mulher com diagnóstico ecográfico de istmocele no decurso do estudo de uma HUA e submetida a istmoplastia histeroscópica.

**Resultados e conclusões:** Descreve-se o caso de uma mulher de 34 anos, 3G3P, enviada à consulta de Ginecologia Geral por HUA sob a forma de *spotting* pós-menstrual persistente e algias pélvicas. Apresentava como antecedentes de relevo 3 cesarianas segmentares transversais, a última das quais com laqueação tubária. Realizou ecografia transvaginal que revelou istmocele com 6.5x7.4mm e miométrio residual de 4.1mm, confirmado em histeroscopia diagnóstica. Após falha de tratamento médico com contraceptivo oral combinado, foi submetida a reparação do istmocele por ressetoscopia. A ansa foi utilizada para ressecção do tecido fibrótico dos bordos da bolsa do istmocele até atingir o miométrio, seguida de coagulação do leito da bolsa. No pós-operatório, houve resolução das queixas de HUA, apresentando ciclos menstruais regulares, e sem evidência ecográfica do istmocele.

Este caso clínico ilustra a utilidade da ecografia como exame de primeira linha na abordagem etiológica da HUA. É também salientado o papel da istmoplastia histeroscópica no tratamento de istmocelos sintomáticos. Esta técnica pode ser utilizada de forma segura e eficaz em istmocelos de menores dimensões e com miométrio residual superior a 2.5-3mm.

## V 06

### CIRURGIA DE CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DE NICHOS ÍSTMICOS

Carla Peixoto<sup>1,5</sup>; João Cavaco Gomes<sup>2</sup>;  
Ana Sofia Fernandes<sup>2</sup>; Margarida Martinho<sup>3,5</sup>;  
Jorge Beires<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Interna Formação Específica do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João, Porto;

<sup>2</sup>Assistente Hospitalar do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João, Porto;

<sup>3</sup>Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João, Porto; <sup>4</sup>Assistente Hospitalar Sénior do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia e Responsável da Unidade Funcional de Ginecologia e Medicina de Reprodução do Centro Hospitalar de São João, Porto; <sup>5</sup>Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** O nicho corresponde a uma imagem hipoeocogénica no miométrio do segmento uterino inferior, com mais de 2mm, que reflete uma descontinuidade do miométrio no local da cicatriz de cesariana. Uma cicatrização inadequada, resultante de uma cesariana, pode originar um nicho, que pode estar associado a sintomatologia ginecológica e a maus desfechos obstétricos.

**Objetivo:** Descrição de um caso de nicho ístmico corrigido por laparoscopia e revisão da técnica e indicações cirúrgicas.

**Material e métodos:** ECPS, 36 anos, 1G1P (cesariana por placenta prévia), vigiada em consulta de Ginecologia por endometriose profunda, tendo sido submetida a exérese de nódulo do septo reto-vaginal em 2015. Sem outros antecedentes pessoais de relevo. Apresenta quadro de hemorragia uterina anómala intermenstrual (tipo “spotting”), desde que suspendeu COC para tentar engravidar. Ecograficamente apresentava um nicho em círculo com 21\*21 mm, preenchido por conteúdo hemor-

rágico (miométrio total de 22,6mm e miométrio residual de 6,3mm). Foi submetida a correção de nicho ístmico por via laparoscópica, com resolução das queixas. A ecografia de controlo demonstrou a presença de cicatriz de cesariana, sem nicho associado.

**Resultados e conclusões:** A presença de nicho ístmico é uma condição benigna, embora possa acarretar morbilidade significativa. As indicações cirúrgicas são limitadas aos casos de sintomatologia que não cede com tratamento hormonal e às mulheres com desejo de engravidar, que apresentam nichos volumosos (>50% do miométrio ou miométrio residual < 2,2 mm). Nestes casos, a cirurgia laparoscópica é tecnicamente exigente, mas constitui a abordagem mais eficaz na resolução desta condição clínica.

## V 07

### GÂNGLIO SENTINELA COM VERDE DE INDOCIANINA NO CANCRO DO ENDOMÉTRIO

Cláudia Andrade; Ana Rita Rolha; Teresa Rebelo; Sofia Custódio; Olga Caramelo; Isabel Henriques; Cristina Frutuoso; Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A técnica do gânglio sentinela é uma técnica amplamente conhecida e difundida em cânceros ginecológicos e não ginecológicos. No cancro do endométrio, evidências científicas recentes demonstram a sua utilidade e eficácia na substituição da realização de linfadenectomias pélvicas em casos selecionados. A utilização do verde de indocianina, com a ajuda de uma fonte de luz específica, veio melhorar a taxa de deteção bilateral do gânglio, com menor risco de efeitos secundários, suportando cada vez mais o uso de gânglio sentinela no cancro do endométrio.

**Objetivo:** Demonstração da técnica cirúrgica da pesquisa dos gânglios sentinelas no cancro do endométrio com verde de indocianina.

**Material e métodos:** Vídeo demonstrativo da técnica cirúrgica do gânglio sentinela com verde de indocianina por laparoscopia, em doentes do Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, com adenocarcinoma do endométrio tipo endometrióide. Explicação das vias de disseminação linfática no cancro do endométrio.

**Resultado e conclusões:** A possibilidade de realização de gânglio sentinela no cancro do endométrio permite uma redução significativa na morbidade destas doentes, que na maioria dos casos estão associadas a idades avançadas, obesidade e síndrome metabólico. O uso do gânglio sentinela no cancro do endométrio está recomendado apenas em protocolos de estudo, carecendo ainda de estudos prospectivos randomizados para sua validação. No entanto, este parece ser uma técnica promissora e bastante útil no cancro do endométrio e é já recomendado pelas principais guidelines internacionais em casos selecionados, de acordo com um protocolo bem definido.

## V 08

### **CIRURGIA ROBÓTICA E PESQUISA DO GÂNGLIO SENTINELA NO CARCINOMA DO ENDOMETRIO, O PRESENTE OU O FUTURO?**

João Casanova; Adelaide Vitorino; Luís Vieira Pinto; Henrique Nabais

*Unidade de Ginecologia Oncológica Fundação Champalimaud*

**Introdução:** A cirurgia robótica é extensamente utilizada na Ginecologia Oncológica. Trata-se de uma ferramenta que veio permitir realizar procedimentos mais complexos e que exigiam treino avançado em cirurgia laparoscópica. O mapeamento do gânglio sentinela (GS) é um procedimento usualmente guiado por imagem, bem estabelecido no tratamento de determinadas neoplasias. Baseia-se no princípio de que a drenagem da linfa se faz de uma forma “ordeira”, para lá do tumor, isto é se o GS é negativo para metástases, os gânglios seguintes também deverão ser negativos. No carcinoma do endométrio, o estadiamento adequado é o factor de prognóstico mais importante, daí que a linfadenectomia sistemática seja ainda o standard em muitos centros. Contudo, dados recentes da literatura demonstram claramente que a pesquisa do GS carcinoma do endométrio, não só é uma estratégia válida mas com menos morbilidades associadas, comparativamente à linfadenectomia sistemática. **Objectivos:** Descrever a técnica correcta de injeção cervical do contraste usado (verde de indocianina). Rever conceitos de anatomia essenciais para saber quais as localizações mais frequentes do GS. Demonstrar a importância da adesão por parte dos

cirurgiões a um algoritmo, para que o estadiamento seja correcto. Rever a técnica cirúrgica robótica, avaliando as vantagens desta plataforma.

**Material e métodos:** Caso clínico de uma doente com 72 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma endometrióide (baixo grau), submetida a histerectomia total com salpingo-ooferectomia bilateral e pesquisa de gânglio sentinela, utilizando a plataforma cirúrgica robótica.

**Resultados e conclusões:** A pesquisa do GS é actualmente a técnica mais utilizada nos principais centros oncológicos do Mundo. O conhecimento da anatomia, a injeção correcta do contraste e as vantagens da cirurgia robótica, tornam esta intervenção segura, passível de ser realizada em regime de ambulatório e sem comprometimento dos resultados oncológicos. Deve ser realizada exclusivamente por cirurgiões oncológicos, que conhecem a anatomia pélvica em detalhe e que reconhecem a importância prognóstica de um estadiamento correcto.

## V 09

### **EXENTERAÇÃO PÉLVICA POSTERIOR PARA CITORREDUÇÃO EM NEOPLASIAS MALIGNAS GINECOLÓGICAS**

João Casanova; Hugo Domingos; Pedro Vieira; Nuno Figueiredo; José Filipe Cunha  
*Centro Clínico Champalimaud*

**Introdução:** A exenteração pélvica posterior é um dos procedimentos cirúrgicos realizados frequentemente para atingir ressecção macroscópica completa no contexto das neoplasias malignas ginecológicas. É uma cirurgia complexa e com complicações importantes.

**Objetivos:** Este trabalho procura rever os principais aspectos técnicos da exenteração pélvica posterior, nomeadamente os passos mais importantes desta cirurgia. Visa ser um vídeo educacional para permitir uma melhor compreensão da anatomia pélvica.

**Material e métodos:** Doente de 67 anos, com história de metrorragias pós-menopausa com alguns meses de evolução. O diagnóstico de adenocarcinoma seroso de alto grau do endométrio foi feito por biópsia endometrial na consulta de Ginecologia Oncológica. A ressonância magnética abdomino-pélvica mostrava possível extensão transmiome-

trial com invasão do recto e de ansa do delgado. A PET-FDG não evidenciava doença metastática. Em reunião multidisciplinar foi decido propor cirurgia de citorredução, uma vez que a ressecção macroscópica completa parecia ser possível.

**Resultados e conclusões:** A doente foi submetida a exenteração pélvica posterior e outros procedimentos, tendo-se conseguido ressecção macroscópica completa. O pós-operatório imediato foi apenas complicado por um ileus no primeiro dia após a cirurgia, resolvido com colocação de SNG e medidas conservadoras. A doente teve alta ao final de 7 dias. A exenteração pélvica posterior é uma cirurgia complexa, associada a co-morbilidades importantes e que deve ser realizada apenas por equipas altamente treinadas e em centros de referência.

## V 10

### SEPTOPLASTIA VAGINAL A LASER DE CO<sub>2</sub>: PASSO A PASSO

Ana Portela Carvalho<sup>1</sup>; Filipa Rafael<sup>2</sup>; Cláudia Marques<sup>3</sup>; Alexandre Morgado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetria do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa;* <sup>2</sup>*Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar do Algarve (Unidade de Portimão);* <sup>3</sup>*Serviço de Ginecologia do Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar do Porto*

**Introdução:** A presença de um septo vaginal transversal constitui uma das malformações müllerianas mais raras, com uma incidência estimada que varia entre 1/2100 e 1/72000 mulheres. Os septos vaginais transversos resultarão de uma inadequada canalização da placa vaginal no ponto de fusão do seio urogenital com os ductos de Müller. Os septos podem ser perfurados ou imperfurados e variar em espessura e na localização relativamente ao introito vaginal. O seu diagnóstico é geralmente clínico e imagiológico e existem diversas técnicas descritas para o seu tratamento. A energia LASER a CO<sub>2</sub> tem sido amplamente utilizada no tratamento da displasia cervico-vulvo-vaginal, existindo atualmente um interesse crescente no seu uso noutras patologias benignas do trato genital inferior.

**Objetivos:** Os autores apresentam um caso clínico demonstrativo da aplicabilidade da tecnologia LASER a CO<sub>2</sub> para a realização de septoplastia vaginal.

**Material e métodos:** Descrição de caso clínico com recurso a vídeo ilustrativo do tratamento de septo vaginal transversal no decurso de estudo de vaginismo.

**Resultados e conclusões:** Descreve-se o caso de uma mulher de 28 anos enviada à consulta de Medicina Sexual por história de vaginismo com incapacidade de penetração com cerca de 10 anos de evolução. Referia menarca aos 14 anos com ciclos menstruais regulares e catamênios de 5 dias com fluxo normal, embora com incapacidade na utilização de tampões vaginais. Ao exame ginecológico, apresentava septo vaginal transversal incompleto a cerca de 3cm do introito vulvar. A ressonância magnética pélvica confirmou a presença de septo com maior eixo transversal a 3.5cm do introito vulvar causando subestenose vaginal, sem outras alterações genitourinárias descritas (anomalia vaginal V3 da classificação das anomalias congénitas do trato genital inferior da ESHRE/ESGE). Foi submetida a septoplastia vaginal com recurso a energia LASER de CO<sub>2</sub> com potência de 10 Watts e feixe em modo de corte. A intervenção decorreu sem intercorrências com um tempo cirúrgico de 3 minutos e perda hemática vestigial. A atividade física diária foi retomada de imediato. No pós-operatório, iniciou terapia comportamental com dilatações vaginais para dessensibilização do espasmo muscular.

Este caso clínico ilustra a aplicabilidade da energia LASER no tratamento de anomalias müllerianas, permitindo uma redução do tempo operatório, um menor risco hemorrágico e mais rápida recuperação pós-operatória comparativamente às técnicas convencionais.

## V 11

### HISTERECTOMIA ROBÓTICA: A CAMINHO DE UMA NOVA ERA CIRÚRGICA – DISCUSSÃO DE UM CASO CLÍNICO

Rui Viana<sup>1</sup>; Susana Maia<sup>2</sup>; Sofia Alegre<sup>1</sup>; Carlos Vaz<sup>3</sup>; Plúvio Coronado<sup>4</sup>; Conceição Telhado<sup>1</sup>; J.L. Silva Carvalho<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>*Hospital CUF Descobertas;* <sup>2</sup>*Hospital CUF Porto;* <sup>3</sup>*Hospital CUF Infante Santo;* <sup>4</sup>*Hospital Clínico San Carlos de Madrid*

**Introdução:** A cirurgia robótica, pela sua capacidade de visão tridimensional sem tremor, liberdade de movimentos dos instrumentos e maior precisão



cirúrgica, representa um avanço na cirurgia minimamente invasiva sobretudo para procedimentos tecnicamente mais exigentes como a cirurgia da endometriose profunda e cirurgia ginecológica oncológica.

**Objectivos:** Os autores visam apresentar, em suporte de vídeo e imagem, a primeira histerectomia total robótica efetuada no seu hospital, bem como as vantagens e limitações que encontraram na sua realização.

**Material e métodos:** Doente de sexo feminino, 43 anos, G2P2, com antecedentes de conização por CIN 3 (4 anos), carcinoma da mama direita (3 anos) sob tamoxifeno, teste positivo para mutação BRCA 1, apresenta ecograficamente espessamento endometrial sintomático, cuja biópsia histeroscópica revelou hiperplasia sem sinais de atipia nem malignidade. Foi submetida a histerectomia total robótica com anexectomia bilateral, utilizando o Robot Da Vinci Xi.

**Resultados e conclusões:** A duração da cirurgia foi de 100 minutos, a perda de sangue estimada de 90ml, e a alta para o domicílio ocorreu às 36 horas de pós-operatório. Não se registaram complicações nem intra nem pós-operatórias. Apesar do custo atual desta técnica cirúrgica, a sua realização apresenta várias potenciais vantagens para a doente. A histerectomia robótica para tratamento de patologia ginecológica benigna parece-nos uma técnica segura, exequível e reprodutível, com uma curva de aprendizagem relativamente curta para o cirurgião laparoscópico.

## P 01

### DISFUNÇÕES OVULATÓRIAS NA ATLETA DE ALTA COMPETIÇÃO

Ana Filipa Alves Santos;  
Sara Catarina Felício Teixeira Campos;  
Maria Margarida de Oliveira Figueiredo Dias  
*Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

A disfunção ovulatória nas atletas de alta competição tem vindo a tornar-se cada vez mais prevalente, assim como as consequências a ela associadas. A tríade da mulher atleta conjuga a disfunção ovulatória a uma baixa densidade mineral óssea e um défice energético relativo.

O objetivo desta revisão passa pela compreensão da etiologia desta disfunção, os seus agravantes e fatores concomitantes, bem como as consequências e enquadramento clínico. Propõe-se, também, a melhor abordagem diagnóstico e terapêutica para a tríade. Como tal, foram, sistematicamente, selecionados artigos científicos e de revisão.

Conclui-se que a amenorreia hipotálâmica funcional é a disfunção ovulatória típica em atletas de alta competição, que a sua principal consequência é a diminuição da densidade mineral óssea e que, juntamente com um défice energético relativo compõe uma tríade clínica: a tríade da mulher atleta. O tratamento passa, primordialmente pelo restabelecimento do balanço energético e, se necessário, pela reposição hormonal.

## P 02

### LINFOMA, UM DESAFIO QUANDO PÉLVICO (EXPERIÊNCIA CHUA)

Elisabete Gonçalves; Vera Ribeiro; Ferro Pereira;  
António Lagoa; José Luis Enríquez  
*Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA)*  
– *Unidade Faro*

**Introdução:** O linfoma pélvico constitui uma condição rara e, por isso, clinicamente de reconhecimento difícil. Frequentemente mimetiza a apresentação clínica de neoplasias ginecológicas, e dado o desafio imagiológico e o exame extemporâneo não conclusivo, o diagnóstico é estabelecido, por vezes, após cirurgia de foro ginecológico oncológico. Não obstante, o tratamento do linfoma é médico.

**Objetivo:** Revisão da casuística de linfomas pélvicos: caracterização da apresentação clínica, tratamento efetuado e desfecho clínico.

**Material e método:** Com recurso ao SCLINIC, procedeu-se à análise retrospectiva de doentes referenciadas ao Serviço de Ginecologia do CHUA-Faro por suspeita de neoplasia ginecológica com diagnóstico definitivo de linfoma durante o período de 1.01.2007 a 31.12.2017.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídas 10 doentes com idade média à apresentação de 60,6 anos (idade mínima 33 e máxima 82 anos).

O principal motivo de referenciação foi achado imagiológico de massa pélvica complexa (geralmente volumosa e retrouterina), uma das quais com ascite e duas com elevação significativa do CA 125; duas deste grupo apresentavam sintomas B (febre). O diagnóstico foi efetuado após laparotomia e anexectomia em três das doentes e por biopsia ecoguiada nas restantes.

Outros motivos de referenciação incluíram lesão cervical extensa (dois casos), achado histológico em gânglio ilíaco pélvico (após histerectomia radical e linfadenectomia pélvica por cancro pavimentocelular do colo uterino), hemorragia uterina anómala e conglomerado adenopático inguinal. A presença de sintomas B foi anotada num dos casos (perda ponderal).

Nesta amostra, a B2-microglobulina encontrava-se aumentada em quatro dos casos.

O diagnóstico definitivo incluiu linfoma Difuso de Grandes Células B (cinco casos), linfoma Folicular (três casos), linfoma Linfocítico Crónico (um caso) e um caso de linfoma Hodgkin - celularidade mista. Uma das doentes abandonou a consulta. Em decisão terapêutica, uma doente ficou em vigilância, sete cumpriram esquema R-CHOP e uma cumpriu protocolo ABVD.

Quanto ao desfecho clínico, verificou-se progressão da doença em três casos com óbito ao final do primeiro ano. Uma teve recidiva cutânea ao final do primeiro ano com resposta à quimioterapia. Duas encontram-se em vigilância clínica sem intercorrências. Quatro tiveram alta da consulta sem evidência de recidiva.

Perda hemática vaginal, massa pélvica ou cervical e CA 125 aumentado são sugestivos de patologia ginecológica maligna. Contudo, deve ser consi-

derado o linfoma no diagnóstico diferencial, pela nossa experiência, principalmente na presença de sintoma B e B2-microglobulina aumentada.

### P 03

#### **MASSA VULVOVAGINAL VOLUMOSA DE ORIGEM EMBRIONÁRIA EM ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO**

Rita Martins<sup>1</sup>; Mariana Alves<sup>2</sup>; Ana Lanzinha<sup>3</sup>; Mário Rogério<sup>3</sup>; Manuela Miranda<sup>3</sup>; Angelina Pinheiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

– Unidade de Faro; <sup>2</sup>Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Viana do Castelo;

<sup>3</sup>Centro Hospitalar do Médio Ave

**Introdução:** As massas vulvovaginais, com incidência estimada de 1:200 mulheres, podem ter origem embrionária ou não embrionária. O quisto Mulleriano é um tipo de massa vulvar de origem embrionária, revestido por epitélio pseudoestratificado cilíndrico, predominantemente mucinoso, que pode persistir após a 12<sup>a</sup> semana de vida intrauterina, momento em que se inicia a sua substituição por epitélio pavimentoso proveniente do seio urogenital.

**Objetivo:** Apresentação de um caso clínico de quisto mulleriano.

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

**Resultados e conclusões:** O caso apresentado refere-se a uma adolescente de 16 anos, saudável, sem coitarca, sem antecedentes ginecológicos ou cirúrgicos a reportar. Referenciada à consulta de ginecologia por sensação de corpo estranho vulvar com 11 meses de evolução. Ao exame físico observa-se volumoso quisto vulvar na dependência do grande lábio direito, de consistência elástica, sem sinais inflamatórios. O estudo imagiológico por ressonância magnética revelou “massa de configuração ovóide com 100 x 60 mm, (...) formação quística com conteúdo líquido homogéneo, sem vegetações, provavelmente quisto de retenção ou remanescente embrionário”.

Foi realizada aspiração do conteúdo do mesmo, com saída de 60cc de líquido citrino, para descompressão. Esta formação refez o volume em 9 meses pelo que se optou por excisão cirúrgica. O seguimento clínico posterior, durante um ano, não revelou sinais de recidiva local.

As dimensões deste tipo de quisto descritas na literatura podem variar entre 1 a 7 cm de diâmetro. No caso descrito assistimos a um crescimento progressivo ao longo de 12 meses atingindo dimensões consideráveis (10 x 6cm).

## P 04

### **FIXAÇÃO DOS LIGAMENTOS CARDINAIS ÀS FIBRAS PRÉ-ISQUIÁTICAS: UMA OPÇÃO NO PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS**

Rita Martins<sup>1</sup>; Mariana Alves<sup>2</sup>; Ana Lanzinha<sup>3</sup>; Vera Costa<sup>3</sup>; António Vilaça<sup>3</sup>; Angelina Pinheiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro; <sup>2</sup>Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Viana do Castelo;

<sup>3</sup>Centro Hospitalar do Médio Ave

**Introdução:** O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma condição comum, que é sintomática em cerca de 50% das mulheres com mais de 50 anos. Ocorre quando há uma fraqueza nas estruturas de suporte do pavimento pélvico permitindo que as vísceras pélvicas prolapsem. Esta condição está frequentemente associada a deterioração da qualidade de vida e pode contribuir para a disfunção vesical, intestinal e sexual. Estima-se que uma mulher, ao longo da sua vida, tem uma probabilidade de 11% de necessitar de cirurgia por POP.

**Objetivo:** A cirurgia que este estudo pretende avaliar, para correção de POP essencialmente do compartimento anterior e central, é a fixação dos ligamentos cardinais às fibras pré-isquiáticas.

**Material e métodos:** Este estudo observacional prospetivo promoveu a avaliação clínica pré e pós operatória (6º mês) das mulheres com POP, submetidas a fixação dos ligamentos cardinais às fibras pré-isquiáticas de janeiro de 2017 a junho de 2017 no CHMA, no qual foram incluídas 19 utentes. Foram aferidas as classificações pré e pós-operatórias com recurso à classificação *Simplified Pelvic Organ Prolapse Quantification system* (S-POP-Q) e aplicado o questionário pós-operatório *Prolapse Quality-of-Life Questionnaire* (POP-QoL). Foi realizada análise estatística com recurso ao programa SPSS 22.0®.

**Resultados e conclusões:** A amostra do nosso estudo contempla 19 mulheres submetidas a fixação dos ligamentos cardinais às fibras pré-isquiáticas. A idade média das pacientes foi de 64 anos (54-

75 anos), todas na pós-menopausa. A média de paridade situa-se nos 2,5 filhos e apenas 1 mulher com histerectomia. O estadió pré-operatório de POP segundo a classificação S-POP-Q era II em 47%, III em 32% e IV em 21% dos casos. Já ao 6º mês pós-operatório objectivou-se um POP estadió 0 em 11% dos casos, I em 68% dos casos e II em 21% dos casos. Em todos os casos foi realizada estrogénoterapia local diária 3 meses e 2 meses, no pré e pós-operatório respetivamente. Não foram detetadas complicações intra-operatórias. No pós operatório tivemos 2 casos de incontinência urinária, 1 de urgência e 1 de esforço, controladas/resolvidas com terapêutica médica e cirúrgica, respetivamente; de notar um caso de volume residual ligeiramente aumentado nos 3 meses pós-operatórios iniciais, resolvido com treino vesical. As mulheres intervencionadas foram inquiridas quanto ao grau de satisfação global com os resultados cirúrgicos com aplicação do questionário POP-QoL e 74% afirmaram estar muito satisfeitas e 26% satisfeitas.

Apesar do tamanho reduzido da amostra e do curto espaço de *follow-up* a cirurgia de fixação dos ligamentos cardinais às fibras pré-isquiáticas parece ter um óptimo impacto na reposição anatómica dos órgãos pélvicos e na satisfação global e portanto na qualidade de vida das mulheres a ela submetidas. Este procedimento pode revelar-se uma opção a outros procedimentos cirúrgicos, mais invasivos, para resolução de POP.

## P 05

### **DESTORÇÃO ANEXIAL E OOFOROPEXIA – ANEXO APARENTEMENTE INVIÁVEL POR TORÇÃO: A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO**

Rita Martins<sup>1</sup>; Matilde Martins<sup>2</sup>; Mak Kok<sup>2</sup>; Teresa Paula<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

**Introdução:** A torção anexial resulta da rotação total ou parcial do ovário, da trompa ou de ambos, em torno dos seus suportes ligamentares, com possível compromisso vascular. A torção anexial é uma emergência cirúrgica e a sua incidência real não é conhecida, pois a maioria é diagnosticada em contexto de dor pélvica aguda e nesta situação ronda os 2-3%, mas sabemos que quadros clínicos mais subtis podem fazer com que seja subdiag-

nosticada. Esta entidade frequentemente surge em mulheres na idade fértil, mas pode ser encontrada em qualquer idade.

**Objetivo:** Apresentação de um caso clínico de torção anexial em adolescente com tratamento cirúrgico por destorção e ooforopexia.

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

**Resultados e conclusões:** O caso apresentado refere-se a uma adolescente de 14 anos, saudável, sem medicação habitual, menarca aos 12 anos, com ciclos irregulares, sem coitarca, sem antecedentes ginecológicos ou cirúrgicos a reportar. Recorreu ao serviço de urgência por dor no quadrante inferior direito do abdómen com um dia de evolução mas agravamento nas últimas horas, objectivando-se dor à palpação desta região e referindo náuseas sem vômito. No estudo ecográfico transabdominal observou-se “formação quística volumosa com 63x48mm, unilocular com parede espessada na dependência do anexo direito. Pequena lâmina de líquido no fundo de saco de Douglas”. Por agravamento da dor em 24 horas, apesar de não apresentar alterações analíticas de relevo, decide-se laparoscopia diagnóstica onde se verifica anexo direito totalmente em torção com coloração castanho escuro. Foi realizada destorção anexial e ooforopexia direita à serosa uterina posterior. No pós-operatório não houveram intercorrências. Ao 3º mês o ovário direito recuperou o aspeto ecográfico habitual com fluxos vasculares visualizados.

Com este caso verifica-se que a destorção e ooforopexia é uma conduta a ser ponderada, em especial, na torção anexial pré-menopausa, mesmo quando a possível viabilidade parece estar comprometida. Esta abordagem apesar de ainda não ser consensual, tem sido usada de forma crescente com resultados encorajadores. O diagnóstico atempado da torção baseado numa elevada suspeição clínica é fulcral para uma intervenção o mais precoce possível, pois este fator tem enorme impacto no prognóstico.

## P 06

### TUMORES SÍNCRONOS DO OVÁRIO E ENDOMÉTRIO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Pedrosa<sup>1</sup>; Mariana Rei<sup>2</sup>; Sofia Raposo<sup>3</sup>; Vítor Baltar<sup>3</sup>; Rita Sousa<sup>3</sup>; Luís Sá<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal;

<sup>2</sup>Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal;

<sup>3</sup>Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra, Portugal

**Introdução:** Os tumores síncronos do ovário e do endométrio representam 0,7% das neoplasias ginecológicas. O carcinoma endometrióide do ovário constitui cerca de 10-15% dos tumores ováricos primários. Um tumor síncrono endometrial pode surgir em cerca de 15-20% dos casos. O diagnóstico de tumores síncronos primários ou metastáticos é importante e tem impacto no tratamento e prognóstico. Os critérios usados para diferenciar estas duas entidades clínicas são a extensão miometrial, a invasão da serosa, o envolvimento unilateral ou bilateral dos ovários e a invasão linfovascular.

**Objetivos:** Os autores apresentam um caso clínico de dois tumores síncronos do ovário e do endométrio.

**Caso clínico:** Doente de 49 anos que recorreu a consulta de ginecologia por hemorragia uterina anómala com seis meses de evolução. Ao toque vaginal bimanual apresentava uma volumosa massa na região anexial direita. Os paramétrios encontravam-se livres. À ecografia endovaginal foi visualizada uma massa anexial direita heterogénea e multiseptada que media 167x154x110 mm e um espessamento endometrial de 31,17 mm. Relativamente a marcadores tumorais apresentava uma elevação do CA 125 de 466 U/mL. Foi realizada biópsia endometrial dirigida por histeroscopia que revelou um carcinoma do endométrio tipo endometrióide G2. A ressonância magnética nuclear identificou implantes peritoneais na parede abdominal anterior, os maiores medindo cerca de 50mm e uma lesão neoplásica confinada ao corpo do útero.

A doente foi submetida a laparotomia exploradora tendo-se observado per-operatoriamente: tumor anexial direito com vascularização exuberante e aderente ao epíplon, implantes tumorais no fundo de saco posterior e adenopatias pélvicas e para-aórticas. Foi realizada citologia do líquido ascítico,

histerectomia total, anexectomia bilateral, omentectomia infracólica, linfadenectomia para-aórtica (6 gânglios) e pélvica bilateral (11 gânglios esquerdos e 9 direitos), biópsia do fundo de saco de Douglas e de um nódulo no bordo anterior da vagina. A citologia foi negativa para células malignas. Histologicamente apresentava um carcinoma endometrióide limitado à metade interna do miométrio classificado como IA G2. No ovário direito identificou-se um carcinoma endometrióide limitado ao ovário com rotura de cápsula G2 e extensão focal de neoplasia à superfície do ovário, classificado como IC2. Não se observaram metástases nos gânglios linfáticos pélvicos e para-aórticos nem nas biópsia efetuadas.

**Discussão:** As características morfológicas da neoplasia no ovário direito, conjugadas com a unilateralidade, dimensão do tumor do ovário, ausência de envolvimento tubar, carcinoma do endométrio limitado à metade interna do miométrio e ausência de imagens de permeação linfovascular, suportam a hipótese de dois carcinomas endometrióides, independentes e síncronos, no ovário direito e no endométrio. A doente encontra-se de momento sob quimioterapia adjuvante.

**Conclusões:** Os tumores síncronos do ovário e do endométrio tendem a aparecer em mulheres mais novas, são habitualmente de baixo grau e apresentam-se em estádios mais precoces. Esta deteção deve-se, fundamentalmente, aos sintomas iniciais manifestados pela parte endometrial. Por este motivo têm geralmente melhor prognóstico. A taxa de sobrevivência aos 5 anos em tumores síncronos é cerca de 85%.

## P 07

### DISFUNÇÃO SEXUAL E SÍNDROME GENITOURINÁRIO NA MULHER COM CANCRO

Sónia Ferreira; Adelaide Vitorino; Henrique Nabais  
*Fundação Champalimaud, Unidade de Ginecologia*

**Introdução:** A importância deste estudo surge pela elevada incidência de mulheres, em idade fértil com cancro de mama hormono-dependente a fazer hormonoterapia, principalmente o tamoxifeno, à consulta de ginecologia do centro clínico da fundação Champalimaud.

O cancro da mama é uma patologia associada e com importantes, alterações físicas, psicológicas

e sociais decorrentes das várias terapêuticas que alteram a sua qualidade de vida.

O tamoxifeno é o fármaco de eleição no tratamento das mulheres da peri e pré-menopausa com cancro mama e receptores positivos para estrogénios. Embora o seu uso possa beneficiar mulheres com alto risco de doença também apresenta uma elevada incidência, muitas vezes subvalorizada, de efeitos secundários. Apesar dos benefícios de acordo com a literatura 10% das mulheres, interrompem pelos efeitos secundários.

Para além do risco descrito da patologia endometrial associada ao tamoxifeno, regista-se com frequência sintomatologia de dispareunia, queixas vulvares e disfunção sexual

**Objetivo:** Procuramos avaliar o impacto da síndrome genitourinário e disfunção sexual neste grupo.

**Material e métodos:** Revisão das consultas de ginecologia nos anos 2016/2017 a mulheres sob hormonoterapia. Monitorização e avaliação dos resultados e das terapêuticas prescritas em consulta de *follow up* de enfermagem e médica, aos 3 e 6 meses.

**Resultados:** O seguimento e tratamento por uma equipa multidisciplinar tem demonstrado ser ideal para este tipo de doentes, com uma abordagem mais compreensiva, promovendo a uniformização de critérios e permitindo uma maior adesão à terapêutica hormonal.

**Conclusão:** As várias manifestações clínicas e complicações associadas a esta condição podem interferir de forma significativa nas diferentes vertentes da qualidade de vida das mulheres. Este trabalho sublinha a importância da avaliação e intervenção na mulher em tratamento com hormonoterapia, de forma a promover o seu bem-estar físico, psicológico e social.

## P 08

### MASSA PÉLVICA – QUANDO OS EXAMES DE DIAGNÓSTICO SÃO INSUFICIENTES, UM CASO CLÍNICO

Reis, I.; Rodrigues C.; Maciel R.; Sousa L.; Gameiro M.; Ferreira S.

*Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga*

**Introdução:** São várias as patologias ginecológicas que cursam com o aparecimento de grandes massas pélvicas. No entanto, em situações de início

súbito e crescimento rápido, a patologia maligna é geralmente a primeira hipótese diagnóstica. O exame ginecológico, a ecografia e a ressonância magnética pélvica são fundamentais para esclarecer as lesões, mas em alguns casos, apenas a biópsia ou a cirurgia permitirá o diagnóstico definitivo.

**Métodos:** Revisão retrospectiva de dados clínicos.

**Caso clínico:** Mulher, 52 anos na peri-menopausa recorreu ao serviço de urgência com queixas de distensão abdominal e dor pélvica, com cerca de um mês e evolução. Negava hemorragia, astenia, náuseas ou febre.

Como antecedentes obstétricos e ginecológicos, três cesarianas, citologia cervical normal e era portadora de um sistema intrauterino liberador de levonogestrel.

Ao exame físico apresentava bom estado geral e um abdómén muito distendido. Ao toque bimanual foi identificada a palpação bimanual uma massa fixa com cerca de 25 cm.

A ecografia transabdominal revelou lesão quística (com maior diâmetro de 220mm), septada, com componente sólido e com vascularização, aparentemente na dependência do ovário esquerdo, sugerindo uma lesão neoplásica.

Analicamente, sem alterações além de uma leve elevação do nível de CA 125 (51 U/ml).

Para melhor caracterização, foi solicitada ressonância magnética, que mostrou uma lesão volumosa complexa (com 230 x 140mm), septada, com um componente sólido extenso, traduzindo como causa mais provável, um carcinoma do ovário.

A doente foi encaminhada com urgência para o sector de ginecologia oncológica para realização dos demais exames de estadiamento - sem alterações relevantes.

Considerando-se como primeira hipótese diagnóstica o carcinoma do ovário, foi proposto à doente a realização de laparotomia exploradora, com histerectomia e anexectomia bilateral, que aceitou.

No decurso da cirurgia, observou-se uma lesão de cerca de 30 cm, na dependência do corno uterino direito. Ambos os ovários foram visualizados, com aspecto macroscópico normal.

Foi realizada histerectomia total e anexectomia bilateral, com exame histopatológico extemporâneo que revelou proliferação fusocelular do tipo leiomiomatoso, sem critérios de malignidade.

O exame anatomopatológico definitivo confirmou o diagnóstico de leiomioma com fenómenos de degenerescência predominantemente cística.

O pós-operatório transcorreu sem intercorrências e a doente recebeu alta sem necessidade de outras medidas terapêuticas.

**Discussão:** Os miomas uterinos são os tumores pélvicos benignos mais frequentes em mulheres em idade reprodutiva. São maioritariamente assintomáticos, mas podem causar sintomatologia dependendo da localização e do tamanho.

A maioria dos miomas cresce lentamente e o crescimento rápido do tumor (aumento do volume uterino equivalente a 6 semanas de gestação por 1 ano) pode ser sugestivo de malignidade (risco de 0,06 a 0,3%).

Os miomas podem, ainda, degenerar, aparecendo como massas complexas com áreas de conteúdo líquido ou sólido e calcificações.

A ecografia é o exame de imagem de primeira linha para o diagnóstico de miomas, mas a ressonância magnética pode ser muito importante no diagnóstico diferencial com leiomiossarcoma e massas anexiais.

Este caso traduz a dificuldade no diagnóstico diferencial das massas pélvicas e reforça a importância do exame histológico.

## P 09

### GRAVIDEZ HETEROTÓPICA APÓS CONCEÇÃO ESPONTÂNEA: CASO CLÍNICO

Mariana Mouraz<sup>1</sup>; Nuno Nogueira Martins<sup>2</sup>;

António Pipa<sup>2</sup>; Carolina Ferreira<sup>2</sup>; Pedro Manso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. José de Almeida, Cascais;

<sup>2</sup>Centro Hospitalar Tondela-Viseu

**Introdução:** A gravidez heterotópica espontânea ocorre em cerca de 1 para 30000 gestações, sendo a incidência muito superior após técnicas de procriação medicamente assistida – PMA (1:7000). Pela sua raridade e baixo índice de suspeição a maioria dos casos apresenta-se com instabilidade hemodinâmica exigindo muitas vezes uma laparotomia exploradora.

Os autores descrevem um caso de gravidez heterotópica numa mulher sem fatores de risco, com abordagem terapêutica minimamente invasiva.

**Caso clínico:** Mulher saudável, sob contraceção oral, parto eutócico anterior, que recorreu à urgên-

cia por dor abdominal e no ombro direito com 10 horas de evolução. Ao exame objetivo, apresentava-se hemodinamicamente estável com dor à palpação na fossa ilíaca esquerda e sinais de iritação peritoneal. A ecografia transvaginal revelou um saco gestacional (SG) intrauterino com embrião com comprimento crânio-caudal (CCC) de 5,5mm sem batimentos cardíacos, um SG na trompa esquerda com embrião com CCC de 5,1mm com vitalidade e fundo de saco de Douglas ocupado com líquido abundante sugestivo de hemoperitônio. Foi realizada laparoscopia diagnóstica, aspiração de 800ml de sangue e salpingectomia esquerda. Optou-se por conduta expectante em relação à gravidez intrauterina ocorrendo, no entanto, um aborto espontâneo dois dias depois.

**Discussão:** O diagnóstico precoce da gravidez heterotópica é desafiante e reforça a importância da avaliação ecográfica anexial sistemática na gestação precoce. Existem vários fatores de risco associados: antecedentes de lesão tubar (cirurgia tubar prévia, endometriose, doença inflamatória pélvica), gravidez ectópica anterior e técnicas de PMA. A cirurgia, salpingectomia ou salpingostomia, é o tratamento de escolha na gravidez ectópica tubar com uma gravidez intra-uterina concomitante. Quanto à via de abordagem, a laparotomia tem vindo a ser substituída pela laparoscopia pelas suas inúmeras vantagens. No entanto, a primeira pode ser preferida em casos de hemorragia grave ou choque hemorrágico.

**Conclusões:** Embora extremamente rara, a gravidez heterotópica pode ocorrer mesmo após concepção espontânea, pelo que a avaliação dos anexos na ecografia da gravidez inicial deve ser realizada por rotina. É uma situação que requer um alto índice de suspeição diagnóstica. A sua resolução deve ser precoce e efetiva, já que uma intervenção atempada pode resultar numa gravidez intrauterina bem-sucedida e evitar danos catastróficos como choque hemorrágico ou morte materna.

## P 10

### NEOPLASIA SÍNCRONA ÚTERO-OVÁRIO APÓS CARCINOMA DA MAMA: COMO ORIENTAR O DIAGNÓSTICO

Mariana Rei<sup>1,2</sup>; Filipa Almeida<sup>1</sup>; Raquel Mota<sup>1</sup>; Antónia Costa<sup>1,2,3</sup>; Vera Paiva<sup>1</sup>

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

**Introdução:** No seguimento das neoplasias da mama, a avaliação úteroanexial deve ser assegurada, dado o elevado risco de metastização e de neoplasia síncronas para estes órgãos. A investigação diagnóstica deve ser cautelosa, no sentido de permitir o diagnóstico diferencial entre tumores primários e metastáticos, tendo em conta o risco-benefício das biópsias percutâneas de massas pélvicas pelo seu potencial impacto clínico através do risco de disseminação peritoneal.

**Objetivos:** Revisão da orientação clínica de caso de neoplasia síncrona ovário-útero em mulher com antecedentes de neoplasia da mama.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de caso clínico; enquadramento dos resultados imagiológicos e histológicos na discussão da investigação diagnóstica mais adequada perante neoplasia síncrona ovário-útero em mulher com antecedentes de neoplasia da mama.

**Resultados e conclusões:** Mulher de 64 anos, em vigilância clínica há 1 ano por antecedentes de carcinoma invasor da mama, estadio IA, perfil biológico luminal B, submetida a mastectomia simples, seguida de quimioterapia e hormonoterapia, com critérios de remissão. Para esclarecimento de quadro de dor abdominal, realizou ecografia abdominal que revelou massa pélvica com componente cístico e sólido vascularizado, medindo 150 por 110 mm e condicionando hidronefrose direita. Apresentava marcadores tumorais Ca125 e Ca19.9 respetivamente 5 e 10 vezes acima do limite superior da normalidade.

A ressonância magnética confirmou envolvimento uterino ao nível do corpo; imagem nodular sólida suspeita ao nível dos vasos ilíacos podendo corresponder a ovário; ascite de médio volume com densificação de gordura mesentérica sugestiva de carcinomatose. Para esclarecimento da mas-

sa uterina suspeita, o grupo de oncologia médica optou por biópsia uterina guiada por tomografia computadorizada, que revelou neoplasia maligna pouco diferenciada sugestiva de sarcoma do estroma endometrial de alto grau.

Referenciada ao grupo de ginecologia oncológica, optou-se por laparotomia exploradora com constatação de pele congelada com obliteração do fundo de saco de Douglas e espaço vesico-uterino. Foi efetuada cirurgia de citorredução máxima: histerectomia radical tipo B com anexectomia bilateral, apendicectomia, omentectomia e exérese de implantes peritoneais (citorredução incompleta IC 2-3). O exame histológico definitivo revelou neoplasias síncronas: sarcoma uterino indiferenciado estadio IIIB e adenocarcinoma endometrióide bem diferenciado do ovário IA.

Em conclusão, a realização de biópsia em massa pélvica via percutânea pode acarretar disseminação neoplásica peritoneal com agravamento do prognóstico clínico. Este risco deve ser equacionado quando se prevê o seu impacto na conduta terapêutica: diagnósticos diferenciais benignos ou com o intuito de delinear terapêuticas neoadjuvantes de citorredução química.

## P 11

### TUMOR PROLIFERATIVO ATÍPICO E CARCINOMA PERITONEAL PRIMÁRIO: UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Mariana Rei<sup>1</sup>; Sofia Pedrosa<sup>2</sup>; Sofia Raposo<sup>3</sup>; Paulo Figueiredo<sup>4</sup>; Vitor Baltar<sup>3</sup>; Rita Sousa<sup>3</sup>; Luís Sá<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar de São João, Porto;* <sup>2</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro;*

<sup>3</sup>*Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra;* <sup>4</sup>*Serviço de Anatomia patológica, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra*

**Introdução:** Os tumores serosos proliferativos atípicos (TSPA) apresentam envolvimento peritoneal em 20% dos casos, na forma de implantes não invasores (desmoplásicos) ou invasores (carcinoma seroso de baixo grau extra-ovárico). São considerados lesões precursoras do carcinoma seroso de baixo grau do ovário. A coexistência de carcinoma seroso de alto grau (CSAG) é rara, sugerindo a ocorrência de neoplasia síncrona que segue um modelo de carcinogénese independente do primeiro.

**Objetivos:** Revisão da orientação clínica de um caso de neoplasia síncrona ovário-peritoneu.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de caso clínico de neoplasia síncrona de TSPA e CSAG peritoneal primário. Revisão da literatura relativamente à orientação diagnóstica e terapêutica, bem como da pertinência de aconselhamento genético.

**Resultados e conclusões:** Mulher de 52 anos, sem antecedentes de relevo, referenciada a centro oncológico por achado imagiológico de tumefacção anexial, heterogénea quística com múltiplas vegetações e 190 mm de maior diâmetro, sem ascite. Clinicamente apresentava metrorragia pós-menopáusia e perda ponderal significativa. Os marcadores tumorais Ca125, HE4 e Ca 72.4 encontravam-se aumentados (1058 U/mL, 1795 pmol/L e 9.5 U/mL); os *scores* ROMA, LR2 e ADNEX indicaram respetivamente 34.8%, 72.8% e 85.8% de provável malignidade.

Foi submetida a laparotomia exploradora com constatação de ovário direito transformado em neoplasia de 150 mm de maior diâmetro; sem continuidade com o referido tumor, massa tumoral envolvendo epíplon e cólon, cirurgicamente irressuscável. O exame extemporâneo da tumefacção anexial direita revelou TSPA. A histologia definitiva foi compatível com neoplasias síncronas: TSPA do ovário direito e CSAG de origem não designável com ovário esquerdo conservado, estadio IIIC. Os marcadores imunohistoquímicos PAX8, WT-1, calretinina, CD10 e p53 foram essenciais no diagnóstico diferencial.

A reavaliação após cirurgia revelou progressão da carcinomatose peritoneal, ascite e hidro-ureteronefrose direita, condicionando agravamento clínico e impossibilitando a realização de quimioterapia paliativa.

Em conclusão, perante um tumor proliferativo atípico com implantes peritoneais, impõe-se o diagnóstico diferencial entre implantes não invasores, carcinoma seroso de baixo grau e a rara coexistência de CSAG, este último com um perfil de carcinogénese distinto e fortes implicações na orientação terapêutica e prognóstico. Na suspeita imagiológica de doença irressuscável, a biópsia da neoplasia ovárica mas também dos implantes peritoneais permitiriam estabelecer o diagnóstico e delinear terapêuticas neoadjuvantes. A discre-



pância entre marcadores tumorais, critérios imagiológicos e *scores* de malignidade deve aumentar o nível de suspeição para a coexistência de uma neoplasia síncrona de comportamento oncológico mais agressivo.

## P 12

### MASTITE GRANULOMATOSA – QUANDO NEM TUDO É O QUE PARECE

Miranda Silva C.; Oliveira J.; Caramelo O.; Custódio S.;  
Águas F.

*Serviço de Ginecologia A – Centro Hospitalar  
e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A Mastite Granulomatosa (MG) é uma doença benigna rara, crónica, de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de uma massa inflamatória não infecciosa na mama. O diagnóstico diferencial pode sugerir desde abscesso mamário/mastite não puerperal a carcinoma. O diagnóstico definitivo é histológico. O tratamento pode incluir desde antibioterapia e cirurgia se sobre-infeção a corticoterapia para controlo da dor, com bom prognóstico. Descrevem-se dois casos muito distintos de MG e sua abordagem.

**Casos clínicos:** Doente de 42 anos com mastalgia esquerda de longa duração, apresentando sinais inflamatórios e drenagem purulenta escassa no quadrante infero-interno (QII), apirexia e elevação de parâmetros inflamatórios. Iniciou beta-lactâmico por suspeita de abscesso. O estudo microbiológico do conteúdo drenado foi negativo. A ecografia revelou várias coleções líquidas heterogéneas em vários quadrantes mamários, a maior com 43mm, sugestivas de abscessos mamários. Ao 2º dia de antibioterapia, por flutuação no QII realizou-se drenagem cirúrgica. Pós-operatório com melhoria de sinais inflamatórios, mantendo-se apirética e com drenagem escassa. Repetiu zaragatoa, que foi positiva para *Corynebacterium amycolatum*, e teve alta sob antibioterapia. Posteriormente iniciou metilprednisolona por manter orifícios fistulosos eritematosos com drenagem escassa. Realizou biópsia mamária após 5 dias de corticoterapia, que revelou infiltrado inflamatório crónico com tecido de granulação. Aos 3 meses de *follow-up* apresentava mama com trajetos fistulosos sem drenagem, em cicatrização. Por agravamento após tentativa de desmame, foi decidido manter corticoterapia.

Mantém-se em vigilância.

Doente de 62 anos enviada por desorganização estrutural de 14mm suspeita na mama. Apresentava nódulo endurecido com 2cm, móvel, sem adenopatias axilares. A citopunção revelou lesão epitelial proliferativa benigna e a biópsia foi compatível com MG. Realizada exérese orientada por arpão, cuja histologia confirmou MG. Não apresentou qualquer complicação pós-operatória e, em *follow-up* aos 4 meses, o exame objetivo revelava-se sem alterações. Mantém-se em controlo clínico.

**Conclusão:** A MG é uma patologia incomum com manifestações variadas, podendo mimetizar um abscesso ou nódulo mamário. Dado o seu bom prognóstico, deve suspeitar-se desta entidade na presença de biópsia compatível com inflamação, de forma a evitar o sobretratamento e stress desnecessários para a doente.

## P 13

### ULTRASSONOGRAFIA NA DOR PÉLVICA FEMININA: ENSAIO ICONOGRÁFICO

Camila Grasielle Lopes Gama; Kely Paviani Stevanato;  
Larissa Gullo Brites; Ana Maria Tarsitano Massa;  
Maria Dalva de Barros Carvalho; Sandra Marisa Pelloso  
*Particular*

**Introdução:** A dor pélvica é responsável por 39% das queixas femininas em unidades de cuidados primários. Localiza-se na região entre o abdómen inferior e o assoalho pélvico, o qual é responsável por dar apoio a diversos órgãos, tais como bexiga, útero, ovários e vagina.

Pode ser dividida, de acordo com suas características, entre dor pélvica aguda, definida como de início súbito ou mesmo cíclicas; e a dor pélvica crónica, definida como dor não menstrual ou não cíclica, com duração de pelo menos seis meses. Esta última responsável por 40 a 50% das laparoscopias ginecológicas, 10% das consultas ginecológicas e, aproximadamente, 12% das histerectomias.

É resultante de uma complexa interação entre os sistemas gastrointestinal, urinário, ginecológico, músculoesquelético, neurológico, psicológico e endócrino. Portanto a investigação diagnóstica pode ser muito facilitada pelos métodos de imagem, sendo a ultrassonografia a modalidade de escolha, a qual utiliza o eco gerado através de ondas ultrassônicas de alta frequência para visualizar, em

tempo real, as estruturas internas do organismo, podendo ser realizada por via abdominal e/ou por via endovaginal.

**Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo de cerca de 280 casos, com análise de aproximadamente 3.000 imagens, no período de 2016 à 2018, em instituição privada no Paraná - Brasil, utilizando equipamento ultrassonográfico por via abdominal e/ou endovaginal, em pacientes do sexo feminino, atendidas para realização de exames previamente solicitados pelo médico assistente, para avaliação de queixa de dor pélvica.

**Resultados:** Ensaio iconográfico das diversas patologias pélvicas relacionadas à dor, diagnosticadas ao estudo ultrassonográfico. Dentre os diagnósticos encontrados, destacamos: cisto hemorrágico, endometrioma, hidrossalpinge, abscesso tubo-ovariano, cistite, ureterolitíase, apendicite, varizes pélvicas, adenomiose, cicatriz cesariana, dispositivo intrauterino mal posicionado, doença inflamatória pélvica, endometrite, pólipos, alterações Mullerianas, gravidez ectópica, massas pélvicas e anexiais e miomas.

**Conclusão:** A dor pélvica atinge um grande número de mulheres, podendo interferir em suas atividades habituais e qualidade de vida, sendo a ultrassonografia o método de imagem de escolha para o início da investigação diagnóstica. O conhecimento das patologias pélvicas e diagnósticos diferenciais se faz necessário para o correto atendimento, bem como o tratamento adequado.

## P 14

### **PRÓTESE SUBURETRAL TENSION-FREE VAGINAL TAPE (TVT) POR VIA RETROPÚBICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO RECORRENTE APÓS CIRURGIA CASUÍSTICA DE 9 ANOS**

Adriano Soares; Dânia Ferreira; Horácio Azevedo; Manuela Mesquita; Ricardo Sousa-Santos; José Vivas  
*HSG-Guimarães*

**Introdução:** A incontinência urinária de esforço (IUE) feminina é uma patologia muito frequente, com interferência significativa na qualidade de vida. Quando as medidas conservadoras não proporcionam um alívio sintomático adequado, a cirurgia é frequentemente a única opção terapêutica disponível. Embora a taxa de sucesso cirúrgica

seja globalmente elevada, as falhas terapêuticas representam uma situação complexa e de difícil resolução. Desde 2008, a técnica TVT retropúbica tem sido utilizada no Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães, para tratamento das recorrências de IUE após correção cirúrgica.

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

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de todas as doentes submetidas a colocação de prótese suburetral TVT por via retropúbica entre 1 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2017 por IUE recorrente após correção cirúrgica.

**Resultados:** Entre 2008 e 2017 foram reintervenções com colocação de prótese suburetral TVT por via retropúbica 43 pacientes por IUE recorrente após cirurgia prévia. A idade média foi de 55 anos (idades compreendidas entre os 40 e os 72), 75,0% das quais pós-menopáusicas. 86,0% das pacientes eram múltíparas, sendo a paridade média de 2,1. Apenas 14,0% das pacientes eram saudáveis, sendo a comorbidade mais frequente a depressão, presente em 37,2%. 62,8% das pacientes tinham excesso de peso e 51,2% apresentavam cirurgias pélvicas anteriores, sendo a mais frequente a histerectomia. Todas as doentes apresentavam incontinência urinária de esforço confirmado por estudo urodinâmico, sendo que 20,9% apresentavam também algum grau de incontinência urinária de urgência. A técnica cirúrgica mais utilizada na primeira correção foi a Transobturador Tape – TOT, em 82,5% dos casos. O tempo médio para reaparecimento da sintomatologia foi de 41,6 meses. Não se registaram quaisquer complicações intra-operatórias aquando da cirurgia TVT retropúbica, havendo necessidade de secção da primeira prótese TOT em apenas 1 caso. No pós-operatório imediato, 34,9% (n=15) das pacientes desenvolveram retenção urinária, com necessidade de cistostomia suprapúbica em 7 pacientes. No pós-operatório tardio quase todas as utentes referiram melhoria sintomática tendo 93,0% obtido alta clínica, mantendo-se as restantes em *follow-up* na consulta.

**Conclusões:** A abordagem da IUE recorrente após falha de terapêutica cirúrgica é um desafio. Fatores de risco como a idade, o número de partos e o

excesso de peso podem contribuir para o insucesso da cirurgia e necessidade de nova intervenção. A colocação de prótese suburetral TVT por via retropúbica é uma técnica eficaz no tratamento da IUE recorrente após cirurgia, com poucas complicações e bons resultados a médio prazo.

## P 15

### IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DA MULHER

Ana Carolina Rocha; Marilene D'Oliveira; Rosário Monteiro; Evanira Sousa; Ana Rita Vicente; Margarida Estrela  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** A incontinência urinária ou perda involuntária de urina, é uma patologia comum que afeta aproximadamente 50% das mulheres em idade adulta, mas apenas 25-61% das sintomáticas procuram os cuidados de saúde. Não está associada a um aumento de mortalidade, no entanto apresenta um impacto importante na qualidade de vida das doentes e/ou dos cuidadores.

**Objetivos:** Avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres seguidas na consulta de Uroginecologia.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo, com recurso a informações cedidas pelas utentes, aquando do preenchimento do questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF)* validado para a primeira consulta, realizada no ano de 2017. Os desfechos avaliados foram a frequência de perdas urinárias, o seu impacto no dia-a-dia e as situações/fatores associados à mesma.

**Resultados:** Foram analisados dados de 69 doentes com questionário realizado em 2017. A média de idade era de 54 anos. Relativamente à frequência das perdas, 79.7% referiam perda de urina pelo menos uma vez por dia e 13% perdas constantes. Quanto à avaliação da quantidade de urina, 65.2% descreviam uma perda moderada a grave. Quando questionadas sobre o verdadeiro impacto da incontinência no dia-a-dia, numa escala de 0-10, em média referiam um impacto moderado (6), no entanto 34.8% referiam um impacto grave ( $\geq 8$ ). Na última questão, relativa aos fatores associados à perda de urina, para a qual podiam apontar mais do que uma resposta, 92.8% das utentes referiam perdas com tosse e espirro, 71% antes de conseguir chegar ao wc (63.8% referiam as duas

respostas anteriores), 24.6% perdas constante e 43.5% perdas sem razão aparente.

**Conclusões:** A sintomatologia na incontinência urinária é muitas vezes indicativa do subtipo da mesma. O impacto desta patologia na vida da mulher pode ser avaliado informalmente através de questionários validados que podem auxiliar o médico na orientação terapêutica e na apreciação da eficácia da mesma. Em suma, a morbilidade associada a esta patologia implica uma estratégia global de avaliação das utentes, de forma a melhorar o prognóstico das mesmas.

## P 16

### HEMOPERITONEU COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE GRAVIDEZ HETEROTÓPICA

Rodrigo Pereira Mata; Cátia Paixão; Cecília Urzal; Fernando Guerreiro  
*Centro Hospitalar Universitário do Algarve*

**Introdução:** A gravidez heterotópica, uma condição rara (1 em 30.000 gravidezes espontâneas), apresenta uma incidência crescente (1 em 3900 gravidezes), atribuída ao advento do recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (PMA). A coexistência de uma gravidez intrauterina viável adiciona à sua raridade um desafio diagnóstico importante, que justifica a frequente incidência de rutura, com abdómen agudo e choque, como forma de apresentação.

**Objetivos:** Rever a importância do diagnóstico diferencial de uma condição rara, potencialmente grave.

**Material e métodos:** Recolha de dados do processo clínico e revisão de literatura.

**Resultados e conclusões:** Doente de 37 anos, G3P0 (interrupção médica da gravidez por trissomia 21; aborto espontâneo), com gravidez inicial após inseminação intra uterina, previamente assintomática; recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal intensa, súbita, seguida de síncope; apresentava sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão, taquicardia, palidez e sudorese) e de abdómen agudo (dor e defesa à palpação dos quadrantes inferiores); ecograficamente identificava-se gravidez intrauterina de 9 semanas e 5 dias com vitalidade, saco gestacional na região anexial direita com embrião compatível com 8 semanas e 2 dias sem vitalidade, e líquido livre. Foi submetida a laparotomia exploradora, constatando-se volu-

moso hemoperitoneu e rutura de gravidez ectópica tubária direita motivando salpingectomia. A gravidez intrauterina decorreu sem incidentes, culminando em parto vaginal de recém-nascido do sexo masculino com 3650g, às 41 semanas e 1 dia. O diagnóstico de gravidez heterotópica deve ser considerado em casos de gravidez intrauterina viável com quadro de dor abdominal significativa, especialmente nos casos com história de tratamento de PMA, líquido livre na pélvis ou massa anexial, já que o doseamento de bHCG se relaciona primariamente com a gravidez intrauterina.

## P 17

### **MASSAS ANEXIAIS NA GRAVIDEZ – REVISÃO DE 5 CASOS COM TRATAMENTO CIRÚRGICO**

Rodrigo Pereira Mata; Cecília Urzal; Carla Granja; Fernando Guerreira

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve*

**Introdução:** Apesar de raro (0,2-2% das gestações), o diagnóstico de massas anexiais na gravidez tem aumentado, resultado do uso generalizado da ecografia na gravidez. A maioria são assintomáticas e benignas, resolvendo espontaneamente, mas, ao persistirem, podem cursar com dor abdominal insidiosa a abdómen agudo, e associar-se a importantes questões relacionadas com a sua etiologia e orientação. Para além dos tumores anexiais da mulher em idade fértil, há que ter em conta etiologias exclusivas da gravidez, a destacar: quistos do corpo lúteo, quistos hemorrágicos, quisto teca luteínicos, luteomas, e gravidez heterotópica.

**Objetivo:** Descrever a etiologia e outcomes materno-fetais de 5 casos motivando intervenção cirúrgica na gravidez.

**Material e métodos:** Descrição de dados do processo clínico (SClinico®) e revisão de literatura.

**Resultados e conclusões:**

**Caso 1:** 25 anos, primigesta de 9 semanas, com quisto anexial de 71 mm, com dor e defesa à palpação, submetida a laparotomia com quistectomia; diagnóstico de quisto corpo lúteo; parto eutócico de termo, 3550g.

**Caso 2:** 21 anos, primigesta de 7 semanas, com quisto anexial de 120 mm, com algias pélvicas, submetida a laparotomia com quistectomia; diagnóstico de quisto do corpo lúteo; parto distócico (ventosa) de termo, 3250g.

**Caso 3:** 21 anos, primigesta de 6 semanas, com massa anexial de 65 mm com dor abdominal e lipotímia, submetida a laparotomia com exérese de massa ovárica; diagnóstico de gravidez heterotópica; parto distócico (ventosa) de termo, 2940g.

**Caso 4:** 27 anos, G2P1, gestação de 13 semanas, com quisto anexial de 140 mm, com dor e defesa à palpação abdominal, submetida a laparotomia com quistectomia; diagnóstico de cistadenoma mucinoso; parto eutócico de termo, 3280g.

**Caso 5:** 37 anos, G3P0, gestação de 9 semanas, com massa anexial, dor e defesa abdominal e síncope, submetida a laparotomia com salpingectomia; gravidez heterotópica; parto eutócico de termo, 3650g.

A orientação de massas anexiais na gravidez é limitada pelo recurso à ecografia e ressonância magnética como métodos de imagem seguros. A intervenção cirúrgica deve reservar-se para os casos com sintomatologia relevante e/ou suspeita imagiológica de malignidade, sempre que possível no 2º trimestre, não sendo consensual a via de abordagem (laparoscopia vs. laparotomia).

## P 18

### **SÍNDROME DE PSEUDO-MEIGS' APÓS TRATAMENTO COM ACETATO DE ULIPRISTAL – CASO CLÍNICO**

Sofia Mendes<sup>1</sup>; Maria José Bernardo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Departamento de Obstetria e Ginecologia, CHLN – Hospital Universitário de Santa Maria;* <sup>2</sup>*CHLC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa*

**Introdução:** Os miomas são tumores benignos uterinos muito comuns que surgem habitualmente na idade reprodutiva. Manifestam-se mais frequentemente com dor pélvica e hemorragia uterina anómala mas em casos raros podem surgir associados a ascite e derrame pleural – Síndrome pseudo-Meigs'. O acetato de ulipristal é um modulador selectivo dos receptores de progesterona com acção antiproliferativa nos miomas. Apresentamos o caso de uma mulher com um mioma de grandes dimensões associado a ascite após terapêutica com acetato de ulipristal.

**Objetivo:** descrição de um caso clínico.

**Material e métodos:** descrição de um caso clínico.

**Resultados:** Mulher de 41 anos, múltipara, seguida em Consulta de Ginecologia desde há 2 anos por

útero miomatoso tendo realizado, neste contexto, terapêutica com dois ciclos de acetato de ulipristal. Recorreu à Unidade de Ecografia da instituição para a realização de uma ecografia pré-agendada para reavaliação da dimensão dos miomas. Além do útero miomatoso não tinha antecedentes pessoais relevantes. Estava assintomática, embora referisse uma ligeira distensão do abdómen desde há 2 semanas. A ecografia pélvica revelou uma formação multilocular quística de limites mal definidos que ocupava toda a cavidade pélvica e abdominal. O útero parecia normal bem como o ovário esquerdo, no entanto o ovário direito não era visível. Estava presente igualmente uma grande quantidade de ascite. O CA 125 era de 43,3 U/mL. Realizou ainda uma ressonância magnética que revelou uma formação abdomino-pélvica multiloculada de limites bem definidos com ponto de partida no fundo uterino. Ambos os ovários eram visíveis e normais. Foi colocada como hipótese diagnóstica um mioma pediculado com áreas de degenerescência sendo proposta para cirurgia conservadora. Intraoperatoriamente constatou-se a presença de um tumor multilocular quístico de grandes dimensões com origem no fundo uterino. Ambos os anexos eram macroscopicamente normais. O exame histológico confirmou tratar-se de um mioma com áreas de degenerescência quística, hialina e mixóide.

**Conclusão:** Não é esperado que haja um crescimento tão acentuado de um mioma após terapêutica com acetato de ulipristal. O facto de tal acontecer, associado a ascite e com elevação do CA 125 pode fazer suspeitar de malignidade. O conhecimento destas situações é crucial para uma abordagem conservadora, sobretudo em mulheres jovens.

## P 19

### **HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓFICO CONGÉNITO: TERÁ O DIAGNÓSTICO PRECOCE INFLUÊNCIA NO OUTCOME CLÍNICO?**

Joana Raposo; Mariana Ormonde; Óscar Rebelo; Ana Furtado Lima; Laura Sampaio; Carlos Ponte  
*Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada*

**Introdução:** A amenorreia de causa hipotalâmica resulta de um défice congénito de hormona libertadora de gonadotrofina (GnRH) que surge na sequência de mutações genéticas específicas que impedem a migração neuronal normal da GnRH

durante a embriogénese ou, devido a mutações no receptor da GnRH da glândula pituitária. O Hipogonadismo Hipogonadotrófico Congénito (HHC) é uma entidade rara e é cinco vezes mais comum no sexo masculino. Caracteriza-se por ausência de puberdade e infertilidade.

**Métodos:** Descrição de um caso clínico do Hospital Divino Espírito Santo (HDES) de Ponta Delgada.

**Descrição do caso:** Jovem do sexo feminino, de 16 anos, saudável, recorre à consulta de Ginecologia por amenorreia primária. Ao exame objectivo apresentava escassa pilosidade púbica e axilar, genitais femininos sem alterações aparentes e ausência de desenvolvimento mamário. Sem alterações cognitivas aparentes e sem anosmia. Analiticamente apresentava valores de TSH 3.3uIU/ml, T4 7,19ng/dl; Testosterona 0,12ng/dl; Estrogénios 6,72pg/ml; FSH 0,15mUI/ml e LH<0,1mUI/ml. Para estudo complementar, foram realizados cariótipo (46,XX), ecocardiograma e ecografias renal e pélvica (sem alterações), ressonância magnética de crânio que revelou uma assimetria da face e dos hemisférios cerebrais, hipófise de pequenas dimensões, sem alterações do bulbo olfactivo e procedeu-se também ao estudo da idade óssea que se revelou três anos abaixo da idade real. Durante a análise do caso foi ainda realizado estudo genético ao Síndrome de Kallman (gene KAL-1) que foi negativo, assim como o estudo do gene associado ao desenvolvimento ósseo, FGFR2, cujo resultado ainda se encontra pendente.

Considerou-se então o HHC como provável causa da amenorreia primária. Iniciou terapêutica com estrogénios transdérmicos em aumento progressivo. Seis meses mais tarde iniciou suplementação com cálcio e contracepção oral, que resultou em menarca ao fim de um ciclo.

**Conclusão:** O diagnóstico e tratamento precoces da HHC são de extrema importância na indução da puberdade, sendo benéficos para a saúde sexual, óssea e metabólica e podem minimizar alguns dos efeitos psicológicos da mesma. Os doentes geralmente requerem tratamento vitalício, no entanto entre 10 a 20% apresentam recuperação espontânea da função reprodutiva.

**SCHWANNOMA DA VULVA – UM DIAGNÓSTICO RARO**

Mariana Carlos Alves<sup>1</sup>; Ria Torres Martins<sup>2</sup>; Manuela Ferreira<sup>3</sup>; Ana Lanzinha<sup>3</sup>; Angelina Pinheiro<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Hospital de Viana do Castelo; <sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro; <sup>3</sup>Centro Hospitalar do Médio Ave

**Introdução:** O Schwannoma é um tumor benigno, solitário e bem circunscrito com origem nas células de Schwann. Localiza-se habitualmente nos nervos periféricos, afetando sobretudo a cabeça, pescoço e as extremidades. A localização vulvar é extremamente rara e apenas uma percentagem inferior a 1% tem potencial maligno, dando origem a um neurofibrossarcoma. A idade de aparecimento varia entre os 5 e os 84 anos. Clinicamente, o Schwannoma da vulva apresenta-se com sintomas inespecíficos, podendo mesmo ser assintomático, sendo indistinguível de outras entidades como o lipoma ou fibroma vulvares.

**Objetivo:** Descrição de um caso clínico de Schwannoma da vulva.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso clínico de uma mulher de 46 anos, gesta II para II referenciada à consulta de Ginecologia por pequena tumefação vulvar com aparecimento há cerca de 3 anos, e com crescimento progressivo desde há 1 ano. Nega sintomatologia associada até há 5 meses, altura em que iniciou prurido vulvar intenso. Ao exame físico visualizava-se tumefação vulvar com cerca de 1 cm, de consistência dura e coloração amarelada. Foi decidida exérese cirúrgica e o exame anatomopatológico da peça operatória revelou tratar-se de um Schwannoma epitelioide da vulva. O pós-operatório decorreu sem incidentes, não apresentando recorrência do tumor após *follow-up* de 12 meses.

**Discussão:** Os tumores epiteliais são o subtipo mais comum na vulva, representando os mesenquimatosos apenas 10% de todos os tumores vulvares. O Schwannoma da vulva é o subtipo menos comum, com poucos casos descritos na literatura. Trata-se de um tumor habitualmente benigno que em apenas 1% casos maligniza. O diagnóstico perante uma tumefação vulvar é difícil e no diagnóstico diferencial devem ser incluídos o quisto epidermóide, o quisto da glândula de Bartholin e

os tumores mesenquimatosos, nomeadamente, o lipoma, o lipossarcoma, o fibrossarcoma e o angiossarcoma. O diagnóstico definitivo depende da exérese cirúrgica com confirmação histológica. O tratamento é realizado com exérese cirúrgica completa, assegurando margens livres.

Embora se trate de um tumor extremamente raro nessa localização, o caso clínico descrito realça a importância da inclusão do Schwannoma no diagnóstico diferencial de uma tumefação vulvar.

**CIRURGIA DE CORRECÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO ACIMA DOS 65 ANOS: UM PROCEDIMENTO EFICAZ?**

Ana Raquel Neves; Tânia Ascensão,  
 Maria Geraldina Castro; Conceição Aparício;  
 André Catarino; Liana Negrão  
 Serviço de Ginecologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A prevalência de incontinência urinária (IU) aumenta com a idade, estimando-se que afete 30-40% das mulheres > 64 anos, com um impacto significativo na qualidade de vida das doentes e respectivos cuidadores. Os estudos sobre a eficácia da cirurgia de IU de esforço (IUE) nesta faixa etária são contraditórios, com alguns autores a sugerirem menor taxa de sucesso e maior incidência de IU urgência (IUU) de novo.

**Objetivo:** Avaliar o sucesso da cirurgia de IUE com *sling suburetral transobturador inside-outside* em mulheres ≥ 65 anos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de todas as doentes ≥ 65 anos submetidas a colocação de *sling suburetral* na nossa instituição entre janeiro 2010 e dezembro 2015 (grupo 1). O grupo controlo foi constituído por uma amostra aleatória de doentes < 65 anos submetidas ao mesmo procedimento no mesmo período de tempo (grupo 2). Critérios de exclusão: antecedentes de cirurgia de IUE, cirurgia de prolapso (POP) concomitante e *follow up* < 2 meses. O sucesso foi definido subjectivamente como cura, melhoria ou ausência de melhoria, e objectivamente como um stress test pós-operatório negativo. Análise estatística com recurso ao *software SPSS® v.21*.

**Resultados e conclusões:** Foram avaliadas 133 doentes. A idade média foi de 68,87 ± 4,21 no grupo

1 (n=62) e  $50,83 \pm 7,16$  no grupo 2 (n=71). O grupo 1 apresentava maior paridade ( $2,49 \pm 1,36$  vs  $1,92 \pm 0,75$ ,  $p=0,006$ ), mais partos vaginais ( $2,39 \pm 1,47$  vs  $1,73 \pm 0,79$ ,  $p=0,003$ ) e menor prevalência de IUE pura (29% vs 54,9%,  $p=0,003$ ). A realização de estudo urodinâmico (EUD) foi mais frequente no grupo 1 [71% vs 45,1%,  $p=0,003$ ]. Não se verificaram diferenças quanto à duração da cirurgia ou do internamento. Verificou-se maior incidência de retenção urinária no grupo 2 (21,1% vs 6,5%,  $p=0,016$ ). No *follow up* a 2 meses e 1 ano não se verificou diferença na taxa de cura entre os grupos 1 e 2 (96,8% vs 100% e 92,7% vs 97,1%, respectivamente). Em ambos os períodos de *follow up* verificou-se uma maior prevalência de IUU no grupo 1 [22,6% vs 7,0%,  $p=0,011$  e 38,2% vs 10,1%,  $p<0,001$ ] sem diferença na incidência de IUU de novo.

Na nossa amostra, a cirurgia de IUE foi igualmente eficaz nos dois grupos. A menor realização de EUD no grupo 2 e consequente subdiagnóstico de disfunções vesicais ocultas pode justificar a maior incidência de retenção urinária pós-operatória. Apesar da maior prevalência de IUU pós-operatória no grupo 1, a incidência de IUU de novo foi semelhante em ambos os grupos.

## P 22

### COMPLICAÇÕES TARDIAS DE SLINGS TRANSOBTURADORES. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rafaela Pires<sup>1</sup>; Maria Geraldina Castro<sup>1</sup>; Paulo Temido<sup>2</sup>; Liana Negrão<sup>1</sup>

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>1</sup>Serviço de Ginecologia B; <sup>2</sup>Serviço de Urologia

**Introdução:** Atualmente os *slings* médio-uretrais são o procedimento *gold standard* na correção da incontinência urinária de esforço (IUE). A prevalência de complicações é superior nos primeiros cinco anos, no entanto podem ocorrer após este período. A literatura é escassa relativamente à avaliação de complicações a longo prazo deste procedimento. Torna-se importante a suspeição clínica, sendo a ecografia do pavimento pélvico um exame útil no seu diagnóstico.

**Caso clínico:** Mulher de 48 anos, orientada para Consulta de Ginecologia Urológica por disúria persistente e desconforto pélvico desde há 6 meses, com uroculturas negativas, ecografia renovesical

e transvaginal sem alterações. Antecedentes de cirurgia de correção de IUE com *sling transobturador outside-in* há 10 anos. Na avaliação inicial negava queixas de IUE ou disfunção miccional. Objetivamente apresentava tumefação com cerca de 3cm, na região para-uretral esquerda, terço distal da vagina, que à expressão condicionava saída de conteúdo líquido esbranquiçado pela uretra. Sem evidência de prolapso de órgãos pélvicos ou resíduo pós miccional valorizável. Na ecografia do pavimento pélvico visualizou-se a tira no interior do lúmen uretral e em posição distal, pelo que se suspeitou de extrusão uretral. Foi ainda identificada uma imagem sugestiva de granuloma para-uretral, à esquerda, compatível com os achados clínicos. Foi realizada uretrrocistoscopia que confirmou o diagnóstico de extrusão uretral e, após exploração cirúrgica por via vaginal, procedeu-se à exérese de segmento de tira. No pós-operatório permaneceu algaliada durante 14 dias sob antibioterapia, e a remoção da sonda vesical decorreu sem complicações, tendo ficado assintomática. Foi realizada reavaliação ecográfica após 6 meses com desaparecimento da tumefação. Na consulta de *follow-up* 1 ano depois constatou-se recidiva da IUE, tendo sido proposta a realização de novo *sling* médio-uretral. Intraoperatoriamente, verificou-se uma solução de continuidade, de causa desconhecida, entre a incisão vaginal e a uretra pelo que se suspendeu o procedimento. Pela manutenção de IUE invalidante, está atualmente proposta para realização de colposuspensão de Burch.

**Conclusão:** Este caso clínico demonstra a necessidade de estar alerta para complicações tardias destes procedimentos. A ecografia do pavimento pélvico trouxe, neste contexto, vantagem inequívoca na localização das próteses, contribuindo para a orientação e resolução destas situações.

## P 23

### LEIOMIOMA VAGINAL QUE SIMULA PROLAPSO UROGENITAL: CASO CLÍNICO

Cátia Rodrigues; Inês Reis; Matilde Martins; Luísa Sousa; Ismael Mota; Teresa Teles  
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

**Introdução:** Leiomiomas vaginais são tumores raros. Foram descritos na literatura cerca de 300 casos desde 1733, descrito em 1733 por Denys de

Leyden. A apresentação clínica é muito variável e está dependente do tamanho e localização.

**Objetivos:** Descrever um caso clínico de leiomioma vaginal.

**Material e métodos:** Mulher de 54 anos, II gesta II para (eutócicos), portadora de DIU de cobre, referenciada à consulta de Ginecologia por sensação de massa vaginal com 6 meses de evolução. No exame ginecológico foi observado um nódulo na parede anterior da vagina, com cerca de 4 cm, de consistência elástica, superfície lisa, indolor, móvel e não aderente aos planos profundos. A doente realizou uma TC que mostrou nódulo no terço médio da parede anterior da vagina com 30x20x22mm com ligeira proclividade sob o pavimento vesical. Optou-se pela realização de uretrocistoscopia que permitiu excluir lesões ou áreas suspeitas na bexiga. A doente foi submetida a ressecção cirúrgica através de enucleação simples (miomectomia) por via vaginal. O resultado histopatológico confirmou a suspeita de leiomioma. O pós-operatório decorreu sem complicações e na consulta de revisão a doente apresentava-se assintomática.

**Resultados e conclusões:** Os tumores vaginais são raros e incluem os papilomas, hemangiomas, pólipos mucosos e, raramente, leiomiomas. Estes últimos localizam-se mais frequentemente na parede vaginal anterior e originam sintomatologia muito variável. Podem manifestar-se como dor abdominal difusa, hemorragia vaginal, dispareunia, sintomas urinários como disúria ou poliaquiúria, ou sensação de massa vaginal como no presente caso. O diagnóstico definitivo é histológico mas a suspeição clínica advém do exame objetivo. Os exames complementares de diagnóstico sugeridos habitualmente são a ecografia transvaginal, a uretrocistoscopia e a RM. Nesta doente optou-se pela TC dada a necessidade de remover o DIU no caso de RM. O tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica por via vaginal idealmente realizando-se uma enucleação simples de modo a diminuir o tempo cirúrgico e o risco de hemorragia ou lesão das vias urinárias. Os autores consideram que a importância deste caso reside no facto de ser uma variante rara de uma patologia ginecológica muito comum, tornando a suspeição clínica a principal arma para evitar erros diagnósticos pré-operatórios.

## P 24

### CASUÍSTICA DE 15 MESES DE UTILIZAÇÃO ACETATO ULIPRISTAL NO HOSPITAL PEDRO HISPANO

Diana Monteiro; Mariana Dória; Catarina Peixinho; Corália Vilas Boas; Pedro Tiago Silva  
*Serviço de Ginecologia – Obstetria do Hospital Pedro Hispano (ULSM)*

**Introdução:** O acetato ulipristal é um modulador seletivo dos receptores da progesterona, aprovado desde 2015 para tratamento intermitente de longo prazo de fibromiomas uterinos sintomáticos. É um fármaco bem tolerado, tendo como efeitos terapêuticos principais a redução significativa e sustentada do volume de fibromiomas uterinos e o controlo de hemorragia uterina anómala(HUA). Apesar da revolução que veio trazer no tratamento conservador da doença fibromiomas uterina, têm surgido preocupações associadas ao seu uso, nomeadamente as alterações endometriais típicas, neste momento estabelecidas como benignas(progesterone receptor modulators associated endometrial change-PAEC) e desde fevereiro de 2018 sob reavaliação do perfil de segurança relativamente a alterações da função hepática. No Hospital Pedro Hispano(HPH) está disponível para prescrição interna em internamento e ambulatório desde novembro de 2016.

**Objetivos:** Caracterização da população de doentes com doença fibromiomas uterina, vigiadas em consulta externa de Ginecologia do HPH sujeitas a tratamento com acetato ulipristal, sintomatologia pré e pós-tratamento e desfechos.

**Materiais e métodos:** Consulta retrospectiva de processo clínico. Foram excluídas da revisão estatística 4 casos de terapêutica esporádica (uso inferior a 1 mês), instituídas para controlo HUA. Revisão da literatura.

**Resultados e conclusões:** Durante o período de 15 meses, foram medicadas com acetato ulipristal em ambulatório por doença fibromiomas uterina sintomática, um total de 39doentes vigiadas na consulta externa de Ginecologia do HPH. A mediana de idades destas doentes no início da terapêutica era de 42anos (mínimo 31 e máximo 53 anos). Antes do início da terapêutica, 31 mulheres apresentavam HUA e 11 dor pélvica ou dismenorreia, sendo que, destas, 7 apresentavam simultaneamente HUA e dor pélvica. Adicionalmente, em 4mulheres



a terapêutica foi utilizada na pré-conceção (2 pós-abortamento espontâneo de 1º trimestre). 27 (69%) realizaram pelo menos 1 ciclo completo de tratamento. 9 acabaram por realizar histerectomia (por persistência de sintomas ou por a terapêutica ter sido instituída já com intuito pré-operatório), 9 realizaram ressectoscopia e 1 miomectomia por laparotomia. 19 não necessitaram de terapêutica adicional para controlo sintomático. 2 abandonaram tratamento por intolerância e 1 por alterações ligeiras da função hepática, ainda em estudo. O tratamento médico com acetato ulipristal permitiu em alguns casos o controlo da sintomatologia, desta forma evitando a realização de intervenções cirúrgicas e possíveis complicações a elas associadas. Nos casos em que não foi possível a resolução total do quadro clínico, poderá no entanto ter contribuído para a melhoria das condições pré-operatórias. Permitiu também nalguns casos a preservação da capacidade fértil da mulher e a melhoria da morfologia uterina em gravidez subsequente (quer por ação direta, quer como terapêutica pré-operatória para miomectomia).

## P 25

### **CONTROLO HEMORRÁGICO PÓS-EXPULSÃO CERVICAL DE MIOMA PEDICULADO**

Diana Monteiro; Inês Sarmento Gonçalves; Mariana Dória; Catarina Peixinho; Corália Vilas Boas; João Fortuna; Pedro Tiago Silva

*Serviço de de Ginecologia – Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano (ULSM)*

**Introdução:** A doença fibromiomas uterina pode manifestar-se de várias formas, sendo as mais frequentes a hemorragia uterina anómala e a dor pélvica. A sintomatologia depende do tamanho do mioma, mas também da sua localização. Os miomas intracavitários pediculados (tipo 0 na classificação da FIGO) podem ainda apresentar-se aquando da sua exteriorização da cavidade uterina através do canal cervical até à vagina, situação também denominada de abortamento de mioma ou mioma parido. Esta situação comporta dor pela contração uterina e pela sua passagem através do canal cervical, podendo também cursar com hemorragia, nomeadamente quando o pedículo vascularizado do mioma é seccionado espontaneamente ou de forma terapêutica.

**Objetivos:** Reportar o caso clínico de uma hemorragia pós-miomectomia por torção de mioma exteriorizado através do orifício cervical externo (OCE).

**Materiais e métodos:** Consulta de processo clínico da doente. Revisão da literatura.

**Resultados e conclusões:** Mulher de 46 anos, 4gesta 5para (4partos eutócicos, 1 dos quais gêmeo), sem antecedentes pessoais de relevo, exceto diagnóstico há cerca de 2 anos de mioma submucoso com 39mm de maiores dimensões, assintomática. Portadora de implante subcutâneo de etonogestrel 68mg desde há 1,5anos e em amenorreia desde então. Recorre ao Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano por perda hemática vaginal com cerca de 1semana de evolução, inicialmente em quantidade moderada a abundante, mas com redução progressiva da hemorragia. Referia ainda a sensação de uma tumefação vaginal. Observava-se tumefação com 4-5cm na vagina, sugestivo de mioma; ecograficamente mioma com 39x43mm na vagina, com pedículo na parede anterior ístmica. Analiticamente, hemoglobina (hb)10.7g/dL, sem outras alterações de relevo. Foi realizada exérese do mioma por torção, com pinça de anel. Por hemorragia no fim do procedimento, foi colocada sonda de Foley intracavitária com 10mL de soro fisiológico para taponamento da região vascular do pedículo. Tentativa de remoção do balão após 4 horas, reiniciando hemorragia ativa, pelo que foi introduzida na cavidade endometrial nova sonda de Foley e decidido internamento para monitorização. Foi medicada com ceftriaxone 1g/dia (após dose inicial de 2g), misoprostol sublingual 200mg 5id, feroterapia e analgesia. Teve alta ao 2ºdia de internamento clinicamente bem e com hb 9.3g/dL. O exame anato-patológico confirmou o diagnóstico de mioma submucoso e após 2 meses em reavaliação em consulta externa encontrava-se clinicamente bem e analiticamente com hb 12.1g/dL. Miomas submucosos de tipo 0 podem exteriorizar-se através do OCE, sendo causa de dor e hemorragia. A sua remoção pode condicionar hemorragia através do pedículo, sendo possível e desejável o tratamento conservador. O taponamento com sonda de Foley intracavitária é uma terapêutica mecânica, reversível e de fácil colocação, sendo de considerar a sua utilização para controlo da perda hemática.

**P 26****TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DA MAMA:  
A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

Filipa Coutinho; Inês Coutinho; Olga Caramelo;  
Fernanda Águas

*Serviço de Ginecologia A – Centro Hospitalar  
e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O tumor de células granulares é uma neoplasia rara dos tecidos moles com origem nas células de Schwan do tecido nervoso que pode ocorrer em praticamente qualquer tecido embora seja mais comum na pele, cavidade oral ou trato gastrointestinal. Apenas 6-8% destes tumores tem localização mamária e isto corresponde a 1:1000 casos de neoplasias da mama diagnosticadas. A faixa etária mais afectada é entre os 30 e 50 anos, sobretudo mulheres pré-menopausicas. Clinicamente podem manifestar-se com retracção mamária pois o tumor engloba porções dos tecidos moles subjacentes à pele. São maioritariamente benignos, ocorrendo progressão para malignidade em 1-2% dos casos. O reconhecimento desta patologia é de extrema importância uma vez que apesar da sua apresentação clínica e imagiológica mimetizar patologia maligna da mama, o seu tratamento e prognóstico são muito diferentes. São curáveis por excisão cirúrgica e sem necessidade de terapêutica adjuvante.

**Caso clínico:** Apresentamos dois casos seguidos na consulta de doenças da mama no ano de 2017. O primeiro é de uma senhora de 77 anos, referenciada por formação nodular suspeita nos quadrantes internos da mama direita. Fez-se biópsia que revelou tratar-se de um tumor de células granulares, benigno, tendo sido submetida a exérese do nódulo, encontrando-se neste momento em controlo clínico e imagiológico. O segundo caso trata-se de uma doente de 41 anos, referenciada à consulta por detecção em ecografia e mamografia de rastreio de nódulo com 11mm, no quadrante supero-externo, a justificar avaliação histológica. Fez biópsia dirigida cujo exame revelou tumor de células granulares da mama. Foi submetida a tumorectomia orientada por arção encontrando-se atualmente em seguimento clínico e imagiológico anual.

**Discussão:** Os dois casos descritos apresentam características de acordo com as reportadas na

literatura. Ambos têm tradução clínica ou imagiológica suspeita com indicação para estudo dirigido tratando-se de tumores benignos. No primeiro caso o nódulo suspeito apresentava-se nos quadrantes internos da mama e na segunda doente a faixa etária encontrava-se dentro do intervalo mais afetado por esta patologia. Nas duas situações realizou-se terapêutica cirúrgica encontrando-se apenas em vigilância atualmente. Reforça-se a necessidade de considerar este tipo de tumor aquando do diagnóstico diferencial de tumores malignos da mama pois embora seja uma entidade rara tem um excelente prognóstico com um tratamento minimamente invasivo.

**P 27****PODERÁ A INTERNET SER UMA ALIADA DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA TRANSMISSÃO  
DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE SEXUAL  
E REPRODUTIVA?**

Tânia Ascensão; Helena Leite; Inês Gante;  
Mariana Osório; Carla Rodrigues

*Serviço de Ginecologia B – Maternidade Bissaya  
Barreto Diretora do Serviço de Ginecologia do CHUC;  
Dra Fernanda Águas*

**Introdução:** Atualmente os media ocupam um papel de destaque no quotidiano dos jovens, com um reforço da internet nas últimas décadas. Esta oferece um leque abrangente, de conteúdos e fontes, com informações e conselhos sobre sexualidade potencialmente moduladores da consciência sexual dos jovens, suas atitudes e comportamentos.

**Objetivos:** Definir o papel da internet na aquisição de conhecimentos sobre sexualidade nos jovens e compreender se poderá ser um instrumento de educação por profissionais de saúde.

**Material e métodos:** Estudo descritivo das respostas obtidas a um questionário online sobre media e saúde sexual e reprodutiva. Foram analisados parâmetros sociodemográficos relativos ao uso dos media na obtenção de conhecimentos sobre sexualidade.

**Resultados:** De n= 676 verificou-se idade média 20,8 [16-28] anos, 77,5% e 22,5%; 83,3% com ensino secundário e 48,7% na área da saúde. Sobre utilização dos media 99,1% usava a internet com duração média de 4,5 horas/dia. No âmbito da aquisição escolar de informação sobre sexualidade

numa escala de 1 (nada adequada/suficiente) a 5 (muito), verificou-se uma média de 2,9; sendo a internet importante na transmissão de informação classificada num valor médio de 4,2 (na mesma escala). Quando questionados sobre a pesquisa online de conteúdos sexuais de 1 (nunca) a 5 (muitas vezes) verificou-se uma média de 2,6; considerando-se a informação suficiente com média 3,1. 86,2% afirma que gostava de ter mais informação sobre o tema, admitindo os profissionais de saúde como meio de esclarecimento em 77,2% e os media 58,0%. Quando confrontados com a afirmação “deveria haver sites escritos por profissionais de saúde adequados às necessidades dos jovens” numa escala de 1 (discordo plenamente) a 5 (concordo plenamente) verificou-se uma média de 4,3; sendo que uma pontuação média de 4,2 foi obtida face à pertinência da construção de um blog orientado por especialistas.

**Conclusões:** Verificou-se uma utilização significativa da internet e a maioria considerou este um meio importante na aquisição de conhecimentos na área da sexualidade. Metade admite utilizar a internet na busca de informação, sendo que a maioria considerou importante a divulgação online de conteúdos fidedignos e adequados. Confirma-se a importância da internet como ferramenta de educação na área da sexualidade, com conteúdos orientados por especialistas de forma a otimizar esta parceria. Sugere-se a construção de um blog direcionado para as expectativas dos jovens nesta área.

## P 28

### MASSAS ANEXIAIS E CIRURGIA LAPAROSCÓPICA NA GRAVIDEZ – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UM ANO

Márcia Marinho; Célia Soares; Andrea Quintas;  
Mariana Novais; João Gonçalves  
CHVNG/E

**Introdução:** A incidência de massas anexiais na gravidez varia entre 1 e 4%. Apesar do baixo risco de malignidade, podem associar-se rotura e torsão anexial.

**Objetivos:** Descrição dos casos de grávidas com tumefações anexiais e intervenção cirúrgica durante a gestação.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo dos casos com diagnóstico de massas anexiais e neces-

sidade de intervenção cirúrgica durante a gravidez, decorridos entre janeiro de 2017 e janeiro de 2018, no CHVNG/E.

**Resultados:** Os autores descrevem três casos:

**Caso 1:** Primigesta de 19 anos, saudável. Grávida de 11 semanas, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal aguda na fossa ilíaca direita- FID, sem outras queixas. À observação, apresentava dor à palpação da FID; constata-se ecograficamente feto com vitalidade e neoformação cística simples de 5 cm na região anexial direita. Por suspeita de torsão, foi submetida a laparoscopia, tendo sido efetuada redução de torsão e quistectomia. A gestação decorreu sem intercorrências e com parto a termo.

**Caso 2:** Primigesta (Gestação pós-FIV) de 22 semanas com antecedentes de hipotireoidismo, que recorreu ao SU por dor na FID. Apresentava dor à palpação da FID e ecograficamente, observou-se neoformação cística anexial direita com 6 cm. Por suspeita de torsão anexial, foi submetida a laparoscopia diagnóstica. Abordagem laparoscópica frustrou por dificuldades na realização do pneumoperitонеu (mesmo após tentativa de entrada pelo ponto de Palmer). Assim, foi decidida conversão para laparotomia, com redução de torsão anexial e quistectomia. O foco cardíaco fetal foi confirmado antes e após a cirurgia. A gestação decorreu sem intercorrências, com parto vaginal a termo.

**Caso 3:** Primigesta, 24 anos, saudável, referenciada à consulta de Obstetrícia por diagnóstico imagiológico de neoformação anexial direita volumosa. Marcadores tumorais negativos, exceto alfafetoproteína (38,60 UI/mL).

A grávida foi informada dos riscos relativamente a atitude expectante *versus* terapêutica. Assim, às 24 semanas de gestação, foi submetida a laparoscopia, onde se constatou volumosa tumefação cística de superfície lisa e regular, que media 30x25cm e que ocupava o hipocondrio direito, epigastro e parcialmente o hipocôndrio esquerdo. Realizada quistectomia cujo histológico revelou quisto folicular luteinizado. A vitalidade fetal foi confirmada após a cirurgia.

A gestação decorreu sem intercorrências até à data.

**Conclusões:** A patologia anexial é uma das principais indicações para cirurgia não-obstétrica durante a gravidez.

A abordagem laparoscópica durante a gravidez, pode implicar cuidados adicionais no posicionamento da grávida, colocação dos trocares, bem como na pressão intra-abdominal usada. É considerado um procedimento seguro, podendo ser realizado em qualquer trimestre (reservando-se os procedimentos eletivos ao segundo trimestre).

## P 29

### TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO MALIGNO DO ÚTERO

Márcia Marinho; Célia Soares; Ana Mações;  
Evelin Pinto; Antónia Furtado; João Gonçalves  
CHVNG/E

**Introdução:** O tumor fibroso solitário (TFS) é uma neoplasia rara com provável origem mesenquimatoso. Apesar de inicialmente diagnosticado na pleura, têm sido reportados casos noutras localizações. A sua prevalência no trato genital feminino é muito rara, estando descritos menos de 10 casos na literatura.

**Objetivos:** Descrever um caso clínico de uma doente com hemorragia uterina anómala e massa uterina associada, cuja etiologia mais provável seria mioma uterino, e a histologia surpreendeu por tratar-se de um TFS.

**Caso clínico:** 28 anos de idade, nuligesta, com antecedentes de psoríase, referenciada à consulta de Ginecologia por hemorragia uterina anómala.

Ao exame objetivo apresentava uma massa volumosa, lisa e friável, de consistência dura, que condicionava dilatação do colo de cerca de 2 cm. Ecograficamente visualizava-se uma formação nodular sólida com 9cm na região cervical, com corpo uterino e ovários normais.

O estudo imagiológico com RMN pélvica corroborava o diagnóstico inicial de mioma volumoso e os marcadores tumorais eram negativos.

Perante os achados clínicos, foi iniciado ciclo de acetato de ulipristal, com intuito pré-operatório.

Após término do mesmo, a doente foi internada com caráter urgente por perda hemática vaginal com repercussão hemodinâmica grave. Após transfusão de hemoderivados e estabilização, foi proposta cirurgia. Considerando a preservação de fertilidade, foi efetuada uma abordagem por via vaginal, com conservação do útero.

O exame anatomopatológico da formação uterina removida revelou tratar-se de tumor fibroso soli-

tário maligno.

Perante o diagnóstico, foram solicitados exames imagiológicos complementares que documentaram heterogeneidade do colo uterino, associada a espessamento e densificação dos paramétrios (prováveis sequelas de cirurgia recente), ausência de massas pélvicas e adenomegalias abdominopélvicas.

Atendendo a raridade da entidade e ausência de protocolos de atuação, de acordo com a literatura existente, foi realizada histerectomia total radical laparoscópica, com a intenção de obtenção de uma peça com margens negativas. As margens cirúrgicas, no entanto, foram positivas pelo que a conduta subsequente foi individualizada e determinada após consulta de grupo multidisciplinar.

**Conclusões:** O TFS é um tumor raro do trato genital feminino, de reconhecimento clínico difícil. O perfil imunohistoquímico é fundamental para o diagnóstico definitivo. Não existem protocolos de atuação. O tratamento foi individualizado, teve em conta a preservação de fertilidade numa fase inicial; não tendo sido possível obter margens cirúrgicas livres, foi proposta radioterapia dado que alguns TFS se associam a recidiva local e metastatização à distância.

## P 30

### ASCITE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO INICIAL DE ENDOMETRIOSE

Márcia Marinho; Célia Soares; Evelin Pinto; Teresa Brito;  
João Gonçalves  
CHVNG/E

**Introdução:** A ascite frequentemente tem uma etiologia não ginecológica. De entre as causas ginecológicas, a endometriose é uma causa muito raramente reportada (descritos 60 casos na literatura).

**Objetivos:** Descrever um caso de endometriose cuja forma inaugural de apresentação foi ascite de grande volume.

**Caso clínico:** Nuligesta, de 28 anos, raça negra, saudável, religiosa, natural de Angola. A doente recorreu ao SU por distensão abdominal com 6 meses de evolução e agravamento progressivo, associado a anorexia, astenia e menorragias, em estudo, inconclusivo, proveniente do exterior.

O exame clínico e imagiológico confirmaram a

ascite pelo que foi internada em Medicina Interna para estudo complementar. Manteve-se apirética e sem repercussão ponderal, mas com dor abdominal difusa. Fez estudo infeccioso, negativo. Sem alterações da função renal, hepática, cardíaca ou dos marcadores tumorais. Analiticamente, de destacar uma anemia microcítica/hipocrômica (Hb 10.9g/dL).

A TC e RMN relataram a presença de um nódulo no corpo uterino (provável fibromioma), com PET positiva nessa localização, pelo que foi solicitada a colaboração da Ginecologia.

Não foi realizado exame com espéculo. Através do toque retal encontrava-se um abaulamento da ampola retal por ascite sob tensão. Por ecografia suprapúbica, o útero normodimensionado apresentava nódulo intramural anterior, bem definido, com 4cm; no FSD existiam imagens infra centimétricas hiperecogénicas passíveis de corresponder a implantes ou coágulos, presentes também de forma milimétrica sobre a superfície dos ovários, cuja morfologia era normal.

Foi proposta uma laparoscopia diagnóstica com exame extemporâneo das lesões suspeitas. Foram aspirados 9 litros de líquido acastanhado (sem células malignas na citologia). Adicionalmente estavam presentes fragmentos de tecidos acastanhados, fibrinóides, amolecidos e destacáveis, sobre os órgãos pélvicos, macroscopicamente normais, mas friáveis, sangrativos com a exploração cirúrgica.

Foram realizadas biópsias das lesões observadas cujo exame extemporâneo revelou tratar-se de achados compatíveis com endometriose. Por hemostase difícil, de origem uterina e anexial, foi realizada histerectomia total com anexectomia direita. A doente recuperou sem intercorrências e à data de alta, para o seu país de origem, 9 meses após cirurgia, não apresentava queixas ginecológicas nem ascite, com normal imagiologia do ovário esquerdo.

**Conclusões:** A endometriose geralmente envolve os ovários, septo retovaginal e peritônio. Frequentemente cursa com queixas de dismenorreia, dispareunia e dor pélvica. Assim, a ascite no contexto de endometriose raramente é observada, estando descritos poucos casos na literatura, justamente em nulíparas de raça negra, tal como o apresentado pelos autores.

O diagnóstico definitivo só pode ser estabelecido após exclusão de outras etiologias e após abordagem cirúrgica, tal como no caso apresentado.

## P 31

### ACETATO DE ULIPRISTAL: ABORDAGEM FARMACOLÓGICA PARA O TRATAMENTO DE MIOMAS UTERINOS.

Vanessa Silva<sup>1,2</sup>; Dânia Ferreira<sup>1</sup>; Horácio Azevedo<sup>1</sup>; Luís Gonzaga<sup>1</sup>; José Manuel Furtado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Senhora de Oliveira Guimarães; <sup>2</sup>Escola de Medicina da Universidade do Minho/ ICVS – Instituto das Ciências da Vida e da Saúde

**Introdução:** Cerca de 20-40% das mulheres em idade fértil apresentam miomas uterinos. O acetato de ulipristal (AUP), modulador seletivo dos recetores de progesterona, pode ser uma alternativa ao tratamento cirúrgico desta patologia (tratamento intermitente de longo prazo) ou um complemento deste; pois a sua utilização associa-se ao controlo da hemorragia uterina anómala (HUA), da anemia e à redução do volume dos miomas.

**Objetivo:** Avaliar a eficácia e efeitos adversos do AUP no tratamento dos miomas uterinos.

**Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo, descritivo de 61 mulheres pré-menopausa, com miomas uterinos sintomáticos, medicadas com AUP (5 mg) entre novembro de 2013 e dezembro de 2017, no Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães. Excluíram-se casos com informação incompleta (n=23).

**Resultados:** Das 38 mulheres (29-55 anos, mediana 40 anos) incluídas no estudo, 23 (60.5%) realizaram apenas 1 ciclo de AUP. Dos casos em análises, 68.4% apresentavam HUA, obtendo-se controlo da HUA em 82.4%. 21.1% apresentava anemia, verificando-se aumento de cerca de 2g/dL (M=1.8 ± 1.9 g/dL) nos valores de hemoglobina, após tratamento com AUP. 60.5% das mulheres em estudo, ficaram em amenorreia com AUP. Verificou-se diminuição do volume dos miomas em 68.4% dos casos, com uma diminuição média de 20%. Foram descritos efeitos laterais transitórios numa doente (sintomatologia vasomotora), que não motivou a descontinuidade do tratamento. Em 10.5% dos casos objetivou-se espessamento endometrial superior ou igual a 16mm. Após o tratamento com AUP, 28.9% das mulheres foram sub-

metidas a histerectomia abdominal total, 26.3% a miomectomia (por ressetoscopia ou laparoscopia) e 44.7% permanecem em vigilância, com controlo sintomático, sem terapêutica com AUP.

**Conclusão:** Tratamento com AUP mostrou eficácia no controlo dos sintomas relacionados com os miomas uterinos; apesar desta eficácia ser menos significativa que a reportada no estudo PEARL IV. A utilização de AUP não esteve associada a desenvolvimento de efeitos adversos significativos.

### P 32

#### **NEOPLASIA DO ENDOMÉTRIO: QUAL A UTILIDADE DA ECOGRAFIA PÉLVICA?**

Joana Bernardeco; Rosário Botelho; Filipa Alpendre; Maria José Bernardo

*Centro Hospitalar de Setúbal, Maternidade Alfredo da Costa*

**Introdução:** O carcinoma do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos. Quando diagnosticada precocemente, a taxa de sobrevivência a 5 anos é superior a 95%, sendo a cirurgia curativa nos estadios FIGO IA grau 1 ou 2. Não existe rastreio organizado, mas a ecografia pélvica com sonda vaginal demonstrou-se um método útil no diagnóstico e estadiamento (apesar deste último ser cirúrgico, actualmente).

**Objetivo:** Estudar a utilidade da ecografia pélvica na avaliação diagnóstica e prognóstica da neoplasia do endométrio.

**Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo de casos de neoplasia endometrial submetidos a cirurgia no Centro Hospitalar Lisboa Central entre janeiro de 2015 e janeiro de 2018. Avaliação dos achados ecográficos, aplicando-se a terminologia IETA (*International Endometrial Tumor Analysis*) e a sua correlação com dados clínicos, histológicos e prognósticos, diferenciando entre casos cuja cirurgia foi curativa, daqueles que necessitaram de terapêutica adjuvante.

**Resultados:** Dos 118 casos operados, incluíram-se 27 casos de neoplasia endometrial avaliados ecograficamente no Centro: 23 mulheres em período pós-menopausa; 23 mulheres apresentavam hemorragia uterina anómala (HUA); o tipo endometrióide foi o diagnóstico histológico mais frequente (74%); a cirurgia foi curativa em 41% dos casos. Todos os casos em que a cirurgia não foi curativa,

apresentaram-se com HUA. Não houve diferenças entre os grupos (cirurgia curativa vs. necessidade de terapêutica adjuvante) no que diz respeito aos achados ecográficos (tamanho da massa, distância mínima à serosa, distância ao colo e tipo de ecogenicidade). Ecograficamente, quanto menor tamanho da massa e maior a distância à serosa e ao colo, maior a probabilidade de cura com cirurgia.

**Conclusão:** A avaliação sistemática dos casos suspeitos de neoplasia do endométrio através de ecografia pélvica com sonda transvaginal tem valor diagnóstico e prognóstico. A curto prazo prevê-se que tenhamos uma casuística superior, que terá maior significado estatístico.

### P 33

#### **TVT-O: CASUÍSTICA SOBRE O IMPACTO DOS ANTECEDENTES E INTERCORRÊNCIAS ASSOCIADAS AO PROCEDIMENTO**

Joana Raposo; Mariana Ormonde; Mariana Cardoso; Oscar Rebelo; Ana Lima; Laura Sampaio; Carlos Ponte  
*Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada*

**Introdução:** A incontinência urinária (IU), com incidência estimada de 29%, pode afetar todas as idades e apresentar diferentes graus de severidade, influenciando o bem-estar físico, psicológico e social da mulher.

O tension-free vaginal tape obturator (TVT-O) é um procedimento cirúrgico minimamente invasivo para o tratamento da IU de esforço. As principais intercorrências incluem: perfuração vesical, infeção do trato urinário (ITU), IU recorrente, retenção urinária e erosão da rede.

**Objetivos:** Averiguar os antecedentes ginecológicos e obstétricos das mulheres submetidas à colocação de TVT-O e apurar as principais intercorrências associadas ao mesmo.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu mulheres submetidas a inserção de TVT-O de janeiro de 2012 a março de 2018 no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (HDES), com dados obtidos através de processos clínicos.

**Resultados e conclusões:** Foram realizadas 50 intervenções para colocação de TVT-O, em mulheres com média de idade  $54,14 \pm 8,85$  anos.

Verificou-se que 10,00%(n=5) das mulheres estudadas não tinham tido partos por via vaginal, 22,00%(n=11) tinham tido 1 parto eutócico (PE),

28,00%(n=14) 2 PE e 40,00%(n=20) 3 ou mais PE, sendo a média dos PE igual a  $2,48 \pm 1,73$ . Constatou-se ainda que apenas dois dos partos foram distócicos com auxílio de fórceps.

Quando avaliados os antecedentes ginecológicos cirúrgicos, verificou-se que 24,00%(n=12) tinham sido submetidas a histerectomia abdominal total com anexectomia bilateral e 2,00%(n=1) a ooforectomia anteriormente à colocação da rede.

O procedimento foi eficaz em 96,00%(n=48) das doentes e apenas 4,00%(n=2) referiram recorrência dos sintomas, com 1 delas referindo queixas de IU apenas com o coito. De salientar ainda que, no total de procedimentos registou-se 14,00% de intercorrências, sendo as mais frequentes: ITU (37,50%;n=3), dor pélvica (12,50%;n=1), sensação de peso pélvico (12,50%;n=1), dispareunia (12,50%;n=1), ardor uretral (12,50%;n=1) e retenção urinária (12,50%;n=1) imediata após a cirurgia e com melhoria após instituição de terapêutica médica.

Assim, concluiu-se que a LUE surge maioritariamente em múltiparas e, com menor frequência, em mulheres com intervenções cirúrgicas ginecológicas prévias. Desta forma, o TVT-O constitui um tratamento cirúrgico muito satisfatório para a IU de esforço, associando-se a elevadas taxas de sucesso a médio e longo prazo, a uma rápida recuperação e baixas taxas de morbimortalidade.

### P 34

#### TRATAMENTO DE MIOMAS UTERINOS COM ACETATO DE ULIPRISTAL – UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

Sofia Pedrosa; Marta Pinto; Clara Moreira; Mário Oliveira  
*Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro*

**Introdução:** O acetato de ulipristal (AUP) é um modulador seletivo dos recetores de progesterona com efeito anti-proliferativo e apoptótico nos miomas uterinos, administrado com o objetivo de controlar os sintomas, nomeadamente as hemorragias uterinas anómalas e diminuir o volume dos miomas.

**Objetivo:** Avaliar os resultados do tratamento com AUP no tratamento dos miomas uterinos.

**Métodos:** Análise retrospectiva das doentes submetidas a tratamento médico com AUP no Centro Hospitalar do Baixo Vouga no período compreendido

entre fevereiro de 2013 e dezembro de 2017.

**Resultados:** Foram incluídas no estudo 41 mulheres com idade média de  $41 \pm 7,9$  [21-53] anos, 32% das quais nulíparas, 19% com história de infertilidade e 7% manifestando desejo de engravidar. Apresentavam antecedentes cirúrgicos de miomectomia 4,9% dos casos. Foram referenciadas por hemorragia uterina anómala 78%, condicionando anemia em 56%. O valor médio de hemoglobina foi de  $9,3 \pm 2,2$  [3,4-13,3] g/dL, 73% teve necessidade de suplementação de ferro, 43% oral e 23% endovenoso, 7% apresentou necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário. No estudo imagiológico 70% apresentavam mioma único, 20% 2 miomas, 7% 3, e 3%  $\geq 4$  miomas, com localização intersticial em 59% e submucosa em 41% dos casos (45% tipo 0/1 e 55% tipo 2). Realizaram um ciclo completo de 3 meses de UPA 71% das mulheres e 2 ciclos completos 29%, das quais 83% referiam amenorreia no decurso do tratamento; tinham uma hemoglobina média de  $12,6 \pm 1,1$  [11,6-14,5] g/dL e evidência ecográfica de redução do volume do mioma em 59% dos casos. Apenas 1 caso teve efeitos adversos (náuseas e vômitos) que levou à suspensão do tratamento. Posteriormente foram submetidas a cirurgia 86% das mulheres: 41% histerectomias, 30% ressectoscopias e 15% miomectomias. Registou-se um caso de gravidez após tratamento com o AUP.

**Conclusão:** O tratamento médico com AUP é eficaz no controlo da hemorragia uterina anómala e na redução do tamanho dos miomas em mulheres sintomáticas.

### P 35

#### DOR EM HISTEROSCOPIA OFFICE: QUAL A IMPORTÂNCIA DA LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES?

Ana Raquel Neves<sup>1</sup>; João Mairós<sup>2</sup>; Patrícia Di Martino<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia/Obstetria B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Ginecologia/Obstetria do Hospital das Forças Armadas – Polo Lisboa

**Introdução:** A histeroscopia é considerada o método de eleição para avaliação da cavidade uterina. Os avanços técnicos têm permitido que um número crescente de procedimentos seja realizado em ambiente de consultório. No entanto, a dor associada ao procedimento permanece entre as prin-

cipais preocupações relativamente a esta técnica. **Objetivo:** Avaliar a influência da localização das lesões na percepção da dor.

**Métodos:** Estudo retrospectivo unicêntrico das doentes submetidas a histeroscopia office cirúrgica entre setembro de 2012 e janeiro 2018.

**Crítérios de exclusão:** Histeroscopias diagnósticas, procedimento incompleto e história de histeroscopia prévia. Avaliação dos dados demográficos, história ginecológica e obstétrica e dos dados relativos ao procedimento, através da consulta do processo clínico. O *score* de dor foi avaliado através do recurso a uma escala numérica (0-10) 10 minutos após o procedimento. A amostra foi dividida em 8 grupos consoante a localização: cervical, ístmica, lateral, anterior, posterior, fúndica, cornual e difusa. Análise estatística com recurso ao programa SPSS v22.0.

**Resultados:** Foram avaliadas 298 doentes. A maioria apresentava apenas uma localização (61,1%, n=182). As localizações lateral e fúndica foram as mais frequentes (n=215). As doentes com massas laterais eram mais velhas (61,31±12,60 vs. 57,33±13,98 anos, p=0,010) e uma maior proporção era pós-menopáusica (76,5% vs 65,9%, p=0,031). O procedimento foi mais longo nas localizações fúndica e posterior (31,97±11,44 e 32,00±11,85min vs 28,14±13,03 e 28,87±12,71 min, respetivamente). O tamanho do maior fragmento removido (15,83±13,71 vs 10,76±7,34mm, p<0,001) e o número de fragmentos removidos (2,54±1,72 vs 2,07±1,62, p=0,02) foram superiores no grupo das lesões fúndicas. O *score* de dor pré-anestésico foi superior nas lesões fúndicas (4,59±2,33 vs 3,95±2,40 p=0,039). A solicitação de anestesia histeroscópica foi semelhante entre os grupos. O *score* de dor pós-anestésica foi significativamente inferior ao pré-anestésico e semelhante entre os grupos. A análise multivariada revelou que apenas a duração do procedimento constitui um fator preditivo independente de dor (ORaj 1,028; IC 95% 1,006-1,050).

**Conclusão:** A localização das lesões não deve ser encarada como uma limitação, no que respeita à dor, para a execução da histeroscopia office. A anestesia histeroscópica permite a execução de um procedimento bem tolerado independentemente da localização das lesões.

## P 36

### STRUMAL CARCINOID, UM TIPO RARO DE TERATOMA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Ferreira Rodrigues; Carla Freire Leitão; Maria José Bernardo; Carlos Barros  
*Maternidade Dr. Alfredo da Costa*

**Introdução:** O tumor do ovário strumal carcinoid representa um tipo raro de teratoma (<0.1% dos tumores do ovário), que consiste em tecido tiroideu e estruturas carcinoides.

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de um tumor do ovário raro, strumal carcinoid.

**Material e métodos:** Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico da doente.

**Resultados:** Trata-se de uma mulher de 67 anos, múltipara, com história de polipectomia endometrial, assintomática, encaminhada para a Maternidade Dr. Alfredo da Costa por uma massa anexial detetada numa ecografia pélvica de rotina. Realizou nova ecografia com sonda vaginal, que revelou ovário esquerdo com formação multilocular sólida com 61 x 39 x 45mm, componente sólido com 37mm de maior diâmetro, color *score* 3, não se podendo excluir fluxos de baixa resistência, e componente quístico com cerca de 10 locas. O ADNEX MODEL dava um risco de malignidade de 15.4%. Analiticamente não apresentava alterações e os marcadores tumorais (CA125 e CEA) eram negativos.

A doente foi submetida a histerectomia total abdominal com anexectomia bilateral, omentectomia e biópsias peritoneais, tendo o diagnóstico histológico sido strumal carcinoid do ovário esquerdo associado a teratoma quístico maduro, com citologia do lavado peritoneal negativa para células neoplásicas e restantes biópsias negativas. Atualmente a doente encontra-se clinicamente bem.

**Discussão e conclusões:** De acordo com a literatura, a idade média de incidência deste tumor é de 53 anos. A componente de tecido carcinoides é um tumor neuroendócrino bem diferenciado e apesar de em geral estes tumores serem assintomáticos, tal como nesta doente, estes podem levar a síndrome carcinoides induzida pela libertação de serotonina, obstipação crónica induzida pela libertação de péptido YY, ou podem dar sinais de hiperandrogenismo. Por norma são unilaterais, mas até 15% dos casos podem apresentar um



teratoma quístico maduro ou um tumor mucinoso no ovário contralateral. O strumal carcinoid é um tipo de tumor com excelente prognóstico e apesar da componente carcinoide ser considerada uma transformação maligna do teratoma, a evolução é geralmente benigna, sendo o tratamento cirúrgico conservador com anexectomia ou ooforectomia em geral suficiente. No entanto, apesar de muito raro, este tumor pode metastizar, pelo que se recomenda vigilância a longo prazo.

### P 37

#### **SINTOMAS RESPIRATÓRIOS, A APRESENTAÇÃO INICIAL DE CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO: UM CASO CLÍNICO**

Sofia Ferreira Rodrigues; Sara Rocha; Carla Freire Leitão; Maria José Bernardo; Carlos Barros  
*Maternidade Dr. Alfredo da Costa*

**Introdução:** O cancro do endométrio é o tumor ginecológico mais comum dos países desenvolvidos, sendo o carcinoma endometrióide o tipo histológico mais frequente (75 a 80% dos casos).

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso de carcinoma endometrial metastizado sem hemorragia uterina anómala na altura do diagnóstico.

**Material e métodos:** Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico da doente.

**Resultados:** Trata-se de uma mulher de 70 anos, múltipara, com hipertensão arterial e arritmia não especificada, que recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central por quadro de precordialgia, tosse, anorexia e perda de peso. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação dos quadrantes inferiores do abdómen e analiticamente tinha apenas elevação da PCR. Dos exames complementares de diagnóstico realizados destaca-se a TC abdominopélvica com vários nódulos nas bases pulmonares atribuíveis a lesões secundárias, útero aumentado com distensão da cavidade e vegetações endometriais, implantes peritoneais e ascite.

Admitiu-se a hipótese diagnóstica de carcinoma do endométrio com metastização pulmonar, pelo que realizou ecografia ginecológica, em que se destacava espessamento endometrial (39mm) com vegetações hipervasculares atingindo o endocolo e a serosa. A biópsia endometrial reve-

lou adenocarcinoma misto (endometrióide G2/G3 e de células claras). Iniciou tratamento paliativo com quimioterapia e 7 meses depois acabou por falecer. Apenas iniciou quadro de hemorragia uterina anómala 2 meses após o diagnóstico.

**Conclusões:** De acordo com a literatura, a hemorragia uterina anómala é o sintoma cardinal do carcinoma do endométrio, estando presente em 75 a 90% dos casos. Na maioria das doentes, aquando do diagnóstico, a doença está confinada ao útero com uma sobrevivência a 5 anos superior a 90%, não estando recomendado o rastreio por rotina para este tipo de tumor. Este caso confirma o facto de que nem todos os casos de carcinoma do endométrio apresentam sintomas típicos, mesmo em estadios mais avançados da doença. O diagnóstico histológico era carcinoma misto, endometrióide e de células claras, sendo o último um subtipo histológico agressivo com mau prognóstico, que em geral se apresenta em estadio avançado da doença. Este caso vem realçar que os profissionais devem ter um elevado grau de suspeição, sobretudo se estão presentes fatores de risco.

### P 38

#### **EFICÁCIA DE UM GEL VAGINAL À BASE DE CORIOLUS VERSICOLOR NA REPARAÇÃO DE LESÕES NA MUCOSA CERVICAL PROVOCADAS POR HPV. RESULTADOS DA ANÁLISE INTERMÉDIA**

L. Serrano<sup>1</sup>; A.C. López<sup>2</sup>; S. González<sup>3</sup>; S. Palacios<sup>3</sup>; D. Dexeus<sup>4</sup>; C. Centeno<sup>5</sup>; P. Coronado<sup>6</sup>; J. de la Fuente<sup>7</sup>; J.A. López Fernández<sup>8</sup>; C. Vanrell<sup>9</sup>; J. Cortés<sup>10</sup>; Pedro Amo<sup>11</sup>  
<sup>1</sup>Centro Médico Gabinete Velázquez, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Quironsalud, Málaga; <sup>3</sup>Instituto Palacios, Salud y Medicina de la Mujer, Madrid; <sup>4</sup>Women's Health Institute, Barcelona; <sup>5</sup>Clínica Diatros, Barcelona; <sup>6</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>7</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid; <sup>8</sup>Hospital General Universitario, Alicante; <sup>9</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; <sup>10</sup>Private Practice, Palma de Mallorca; <sup>11</sup>Hospital Fernando Fonseca, Amadora

**Antecedentes/Objetivos:** Avaliar a eficácia de Papilocare® – um gel vaginal à base de Coriolus versicolor – na reparação da mucosa cervical de mulheres com alterações citológicas (Papanicolaou), condizentes com a imagem colposcópica, provocadas por HPV.

**Métodos:** Estudo clínico randomizado, aberto, de

grupos paralelos e controlado. Atualmente em fase de recrutamento de 96 mulheres com idade entre os 30 e os 65 anos, HPV positivas com resultado de ASCUS, LSIL ou AGUS no teste de Papanicolau, com imagem colposcópica condizente. As doentes são randomizadas em 3 grupos: A) Papilocare® 1 cânula/dia durante 1 mês + 1 cânula/dias alternados durante 5 meses; B) Papilocare® 1 cânula/dia durante 3 meses + 1 cânula/dias alternados durante 3 meses; C) sem tratamento. Apresentam-se os resultados da análise preliminar da percentagem de doentes com Papanicolau e colposcopia normalizados a três meses, tanto na população total como especificamente na população com vírus de genótipo de alto risco. A avaliação do Papanicolau foi conduzida de modo centralizado, no Laboratório IECM (Lugo, Espanha). Para esta análise, os grupos tratados com Papilocare® foram combinados (A+B).

**Resultados:** Dados de 50 doentes a 3 meses estão já disponíveis. 70% das doentes tratadas com Papilocare® (n=30) obtiveram Papanicolau, com colposcopia condizente, negativos vs 40% no grupo controle (p=0.045; Fisher test).

Genótipos de alto risco foram detetados em 37 doentes. Observou-se Papanicolau normal com imagem colposcópica condizente em 68% das doentes que usaram Papilocare® (n = 22) vs 33,3% das doentes no grupo controle (n = 15) (p = 0,049; teste de Fisher).

**Conclusão:** Nestes resultados preliminares, o Papilocare® mostrou uma diferença significativa na reparação de lesões do HPV-cervical a 3 meses vs controle, em populações de vírus genótipo total e de alto risco; estes resultados deverão ser confirmados após a conclusão do estudo.

## P 39

### EFICÁCIA DE UM GEL VAGINAL À BASE DE CORIOLUS VERSICOLOR NA CLEARANCE DE HPV. RESULTADOS DA ANÁLISE INTERMEDIA

S. Palacios<sup>1</sup>; A.C. López<sup>2</sup>; S. González<sup>3</sup>; L. Serrano<sup>3</sup>; D. Dexeus<sup>4</sup>; C. Centeno<sup>5</sup>; P. Coronado<sup>6</sup>; J. de la Fuente<sup>7</sup>; J.A. López Fernández<sup>8</sup>; C. Vanrell<sup>9</sup>; J. Cortés<sup>10</sup>; Pedro Amo<sup>11</sup>  
<sup>1</sup>Instituto Palacios, Salud y Medicina de la Mujer, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Quironsalud, Málaga; <sup>3</sup>Centro Médico Gabinete Velázquez, Madrid; <sup>4</sup>Women's Health Institute, Barcelona; <sup>5</sup>Clínica Diatros, Barcelona; <sup>6</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>7</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid; <sup>8</sup>Hospital General Universitario, Alicante; <sup>9</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; <sup>10</sup>Private Practice, Palma de Mallorca; <sup>11</sup>Hospital Fernando Fonseca, Amadora

**Antecedentes/Objetivos:** Avaliar a eficácia de Papilocare® – um gel vaginal à base de Coriolus versicolor – na clearance do HPV a 6 meses.

**Métodos:** Ensaio clínico randomizado, aberto, de grupos paralelos, controlado. Atualmente em fase de recrutamento de 96 mulheres HPV positivas, com idade entre 30 e 65 anos, apresentando resultado de ASCUS ou LSIL ou AGUS no Papanicolau, com colposcopia condizente. As doentes são randomizadas em 3 grupos: A) Papilocare® 1 cânula/dia durante 1 mês + 1 cânula/dias alternados durante 5 meses; B) Papilocare® 1 cânula/dia durante 3 meses + 1 cânula/dias alternados durante 3 meses; C) sem tratamento. Apresentam-se os resultados da análise preliminar da percentagem de doentes com clearance de HPV a 6 meses, tanto na população total como especificamente na população de vírus de genótipo de alto risco. A avaliação genómica do HPV foi realizada de forma centralizada no laboratório do IECM (Lugo, Espanha). Os grupos tratados com Papilocare foram combinados® (A + B) para esta análise.

**Resultados:** Dados sobre a clearance de HPV de 26 doentes estão disponíveis. A clearance do HPV foi observada em 56% das doentes tratadas com Papilocare® (n = 16) vs 30% no grupo controle (n = 10) (p = 0,247; teste de Fisher).

Vírus de genótipos de alto risco foram detetados em 18 doentes. Após 6 meses, 50% das doentes no grupo Papilocare® (n = 12) apresentaram clearance do HPV vs 17% (n = 6) no grupo controle (p = 0,315; teste de Fisher).

**Conclusão:** Nestes resultados preliminares, Papi-locare® mostra uma tendência positiva na clearan- ce de HPV a 6 meses, especialmente na população de vírus de genótipo de alto risco; esses resultados deverão ser confirmados após a conclusão do es- tudo.

## P 40

### ÚLCERAS VULVARES COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS

Célia Soares; Márcia Marinho; Sandra Baptista; Antónia Furtado; Maria Elisa Paredes  
*Centro Hospitala de Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introdução:** A histiocitose de células de Lan- gerhans (HCL) é um distúrbio histiocítico raro caracterizado por infiltração tecidual de histiócitos, podendo afetar de forma unifocal ou multifocal quase todos os órgãos (principalmente osso, pele, gânglios linfáticos, pulmões, timo, fígado, baço, medula óssea ou sistema nervoso central, com exceção do coração e dos rins). A HCL é um distúrbio raro afectando preferencialmente crianças até aos três anos de idade (incidência 3-5/100000)

O envolvimento da pele ocorre em aproximada- mente 40% dos pacientes, sendo as pápulas eritematosas a forma de apresentação mais frequen- te. Em casos raros podem estar presentes lesões ulcerativas genitais. A diabetes insípida (DI) é a alteração endócrina mais frequente e esta prece- de outras alterações em 4% dos casos ou surge concomitantemente em 18% dos casos.

O diagnóstico é feito por biópsia da lesão.

**Objetivo:** Apresentação de um caso clínico de úl- ceras vulvares como manifestação clínica de HCL.

**Caso clínico:** Mulher de 42 anos, IIIIIIP, com hi- pertensão arterial e diabetes insípida central por hipofisite desde há três anos. Referenciada à con- sulta externa de ginecologia por úlceras genitais recorrentes desde há dois anos. Ao exame objetivo apresentava múltiplas lesões nos pequenos lábios vulvares, em fase diferentes de cicatrização, de cerca de 5mm de maiores dimensões dolorosas. Não se observavam lesões ulcerosas em outra lo- calização. Efetuada zaragatoa da base da úlcera, serologias e biópsia de úlcera tendo a serologia e a zaragatoa sido negativas e a biópsia inconclusiva. Foi iniciada corticoterapia tópica sem melhoria do

quadro clínico. Por manutenção do quadro clínico foi repetida biópsia de úlcera tendo o resultado histológico revelado lesão ulcerada constituída por infiltrado de células poligonais com citoplas- ma eosinofílico e núcleos irregulares reniformes acompanhadas de numerosos eosinófilos, histió- cios e plasmócitos favorecendo o diagnóstico de envolvimento vulvar por histiocitose de células de Langerhans

**Discussão:** A HCL é um distúrbio raro, podendo acometer pele e mucosas de forma isolada ou as- sociada a afeção multiorgânica. As lesões ulcera- tivas genitais são de diagnóstico particularmente difícil porque mimetizam lesões de causa infecciosa ou auto-imune.

## P 41

### TUMOR DE KRUKENBERG – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Pedrosa<sup>1</sup>; Sofia Raposo<sup>2</sup>; Paulo Correia<sup>2</sup>; Paulo Gil Agostinho<sup>2</sup>; Elisabeth Castelo Branco<sup>2</sup>; Luís Sá<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal;*

<sup>2</sup>*Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra, Portugal*

**Introdução:** O tumor de Krukenberg, um adeno- carcinoma com células em anel de sinete, é um carcinoma metastático localizado ao ovário. É uma entidade rara e é responsável por 1-2% dos tumo- res do ovário. O tumor primário habitualmente está localizado no trato gastrointestinal e a localização mais frequente é o estômago em 70% dos casos. A sobrevida média após o diagnóstico é de cerca de 14 meses.

**Objetivos:** Os autores apresentam um caso clínico de um tumor de Krukenberg.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de caso de um tumor de Krukenberg diagnosticado após laparotomia exploradora. Revisão da literatura re- lativamente às opções terapêuticas e desfechos oncológicos.

**Resultados:** Doente de 60 anos enviada à consulta de ginecologia por massa anexial e algias pélvicas. Apresentava elevação dos marcadores tumorais: Ca 125 37,2 U/mL e Ca 19.9 132,5 U/mL. Na TC abdmino-pélvica visualizou-se uma massa ová- rica direita com 20cm, quística, multiseptada e nodulações sólidas parietais bem como um nódulo

com 16 mm adjacente à pequena curvatura gástrica suspeito de implante peritoneal.

Foi submetida a laparotomia exploradora tendo sido realizada colheita de líquido ascítico para citologia, anexectomia direita, histerectomia e anexectomia esquerda, omentectomia e biópsias peritoneais das goteiras parieto-cólicas, vesicais e no fundo de saco de Douglas. O estudo extemporâneo da massa anexial esquerda revelou tumor do ovário de origem secundária. O estudo anatomo-patológico final identificou um adenocarcinoma com células em anel de sinete do ovário compatível com um tumor primário gástrico.

Realizou, posteriormente, endoscopia digestiva alta onde se visualizou uma lesão infiltrativa do cárdia que se prolongava para a pequena curvatura do corpo, congestiva, com perda do padrão glandular, friável e com cerca de 20mm. A biópsia desta zona revelou um adenocarcinoma gástrico do tipo lobular bem diferenciado com HER 2 negativo. A ecografia supraclavicular não revelou adenopatias. Realizou uma TC abdomino-pélvica que confirmava a existência de uma lesão neoplásica gástrica e adenopatias locorregionais tendo sido estadiado em T3N2M1 tipo C. Após reunião de decisão terapêutica realizou quimioterapia paliativa com 5-fluoracil, ácido folínico e cisplatina.

**Conclusão:** O caso apresentado foi diagnosticado após excisão da lesão ovárica sem o conhecimento da lesão primária gástrica. Habitualmente é bilateral mas neste caso foi unilateral. Não há guidelines de tratamento específicas para os Tumores de Krukenberg mas quando as metástases estão limitadas aos ovários a ressecção cirúrgica radical pode eliminar toda a doença residual e parece aumentar o tempo de sobrevida. Devido ao estadiamento foi oferecida a quimioterapia paliativa.

O tumor de Krukenberg é raro mas não deve ser esquecido no seguimento de pacientes do sexo feminino com antecedentes de adenocarcinoma, sobretudo se este tiver origem gastrointestinal.

## P 42

### MIOMATOSE UTERINA – TRATAMENTO CONSERVADOR: RELATO DE CASO

Quintão, F.C.; Bernardes, C.L.; Bianchi, V.R.S.; Bernardes, R.L.; Maciel, J.C.F.B.; Santos, A.M.F.  
*Hospital Belo Horizonte - HBH, Minas Gerais, Brasil*

**Introdução:** Os miomas são tumores pélvicos sólidos mais frequentes do trato genital feminino. Descoberto por Virchow = leiomioma (deriva da musculatura lisa). Origem e mecanismo de desenvolvimento ainda desconhecido. As células miometriais somáticas perdem a regulação do crescimento, originando um grupo de células monoclonais que irá compor o nódulo leiomiomatoso (um clone único). O desenvolvimento e o crescimento dos leiomiomas resultam de uma complexa interação entre hormônios esteroides, fatores de crescimento, citocinas e mutações somáticas. Acomete 20 a 30% das mulheres em idade fértil, 40% das mulheres acima dos 40 anos. Sintomático apenas em 50% dos casos.

**Objetivos:** Reduzir os efeitos deletérios como: aumento do fluxo menstrual, algias pélvica, infertilidade, aumento do volume abdominal, corrimento, compressão do trato intestinal, urinário e venoso.

**Materiais e métodos:** Relato de caso – ASG, 35 anos de idade, nulípara, foi diagnosticada com miomatose uterina em out/2015 pelo USG de rotina. Com desejo de ser mãe veio ao Hospital, com quadro clínico de ciclos menstruais irregulares de 7 a 8 dias, hipermenorragia, cólicas intensas, desconforto abdominal, dor nos membros inferiores e edema e labidade emocional. Realizou varias tentativas com combinações hormonais, como pílulas, injetáveis, adesivos. Solicitado novo USG e comparado os miomas, não houve alteração nos tamanhos 2cm ; 1,5cm; 2,2cm, observados nas mesmas disposições, 2 serosos 1 intramural , 1 pediculado . Paciente apresentou ganho de peso de 2015/2018 de 13Kg. Tratamento discutido com a paciente e iniciado em jan/2018 o uso de DIU Mirena e indicado associar com atividade física.

**Resultados:** Retorno em março/2018 a paciente relatou melhora significativa das dores abdominais, cólicas, sangramento vaginal bem reduzido 2 a 3 dias, fluxo mínimo e melhora emocional. Proposta de dez/2018 realizar novo USG se houver redução dos miomas, retirar o DIU e iniciar tentativas para engravidar.

**Conclusão:** Diversos tratamentos podem ser adotados para reduzir os sintomas da miomatose, conservadores e cirúrgicos, sendo de suma importância pensar em métodos conservadores para preservar a fertilidade da mulher que ainda tem o desejo da maternidade.

## P 43

### RELATO DE CASO: DOENÇA DE BEHÇET – DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Quintão, FC; Bernardes, CL; Bianchi, VRS; Bernardes, RL; Maciel, JCFB; Santos, AMF

*Hospital Belo Horizonte – HBH, Minas Gerais, Brasil*

**Introdução:** A doença de Behçet (DB) foi descrita em 1937 pelo dermatologista turco Hulusi Behçet. Definida como um distúrbio autoimune de etiologia desconhecida e evolução crônica, com surtos de agudização, caracterizada pela tríade clássica de ulcerações orais e genitais recorrentes e irite de repetição. A predisposição genética está presente, pois existe correlação estatística entre o antígeno de histocompatibilidade - B51 (HLA-B51) e doença de Behçet. Podendo envolver vários órgãos, pois se trata de vasculite mutissistêmica. **OBJETIVO:** O diagnóstico de DB é clínico, não havendo qualquer exame analítico, imagiológico ou histopatológico - patognomônico. As lesões mucocutâneas, habitualmente presentes logo no início da DB, são manifestações características da doença (úlceras orais e genitais, pseudofoliculite, eritema nodoso).

**Materiais e métodos:** Relato de caso – K.R.S ,30 anos,GO, feminino, casada, parda, economista, compareceu ao pronto atendimento de ginecologia do HBH com queixa de febre Tax 39, prostração e úlceras em região genital . Os sintomas já duravam 5 dias, com relato de piora no dia do atendimento. Afirma também presença de úlceras orais e linfonodos palpáveis em região inguinal bilateralmente. Informa ter apresentado 2 episódios semelhantes no ano anterior ,porém não procurou atendimento médico. Apresentou remissão dos sintomas após algumas semanas. Ao exame: Paciente em regular estado geral, hipocorada 2+/4+, hidratada, acianótica, anictérica, hemodinamicamente estável. Inspeção ginecológica: presença de várias lesões ulceradas em região vulvar algumas com conteúdo amarelado, dolorosas, de aproximadamente 2 cm de diâmetro. Vulva bem edemaciada, hipere-

miada. Orofaringe: Presença de algumas úlceras dolorosas, profundas, arredondadas, de 1 cm de diâmetro aproximadamente. Exames laboratoriais: hemograma apresentando leucocitose de 18.000 com 4% bastões/PCR 34/Sorologias negativas (VDRL, HIV, HERPER SIMPLES)/BAAR negativo/exames reumatológicos negativos/biopsia das lesões-área de inflamação inespecífica.

**Resultados:** Paciente foi internada iniciou-se uso de Ceftriaxona IV para tratamento empírico de infecção secundária e prednisona oral. Após 7 dias de internação recebe alta com redução das lesões e melhora do estado geral. Manteve uso domiciliar do corticóide e em 1 semana apresentou remissão do quadro. A terapêutica a utilizar depende da manifestação clínica e vai desde o simples tratamento tópico (Behçet mucocutâneo) à imunossupressão profunda (Neurobehçet ou Vasculobehçet). O tratamento visa o controle da dor, o abreviar do episódio inflamatório, infecção secundária e a redução de recorrências.

**Conclusão:** O espectro de gravidade da doença de Behçet é muito largo. Pode ser uma doença de comportamento benigno, quando atinge apenas a pele e as mucosas, embora mesmo neste caso o médico deva valorizar as queixas, que não põem a vida em perigo, mas comprometem a qualidade de vida do doente.

## P 44

### CANCRO DA MAMA E ESTILO DE VIDA

Catarina Santeiro<sup>1</sup>; Simone Subtil<sup>1,2</sup>;  
Margarida Figueiredo-Dias<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;

<sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** O cancro de mama continua a ter consequências graves e um forte impacto na qualidade de vida das mulheres. Desta forma, constitui-se como imperativa e mandatária a análise dos estudos que evidenciam a influência que múltiplos fatores de risco modificáveis podem ter em estratégias de prevenção destes tumores.

**Objetivos:** O objetivo desta revisão de literatura é permitir um melhor estabelecimento da evidência científica existente em relação à prevenção do cancro da mama, na tentativa de facilitar a implementação de medidas preventivas na prática clínica, uma vez que se acredita que cerca de 25

a 30% das neoplasias da mama podem ser prevenidas por alteração de fatores de risco já determinados como tal.

**Material e métodos:** Foi realizada uma revisão dos estudos de evidência científica dos últimos 7 anos na base de dados *PubMed*, utilizando as seguintes palavras chave: *breastneoplasms, lifestyle, risk-factor, diettherapy, alcoholdrinking, fertilityagents, female, hormonal e electromagneticfield*.

**Resultados e conclusões:** Um padrão de vida saudável, seguindo as propostas do *WorldCancer Research Fund* e do *American Institute of Cancer Research*, mantendo um estilo de vida ativo, alimentação saudável, IMC normal, evitando consumo de álcool e tabaco parece reduzir o risco de desenvolver cancro da mama em até 31%. Embora não esteja completamente estabelecida, a exposição ao stress e a fatores ambientais tóxicos como pesticidas e alguns metais parece estar relacionada com o aumento de risco. A contraceção hormonal e a terapêutica hormonal da menopausa são consideradas um fator de risco, particularmente devido ao componente progestativo. A relação do tratamento hormonal da infertilidade com o cancro da mama não está ainda completamente esclarecida. Um maior período entre a menarca e a primeira gravidez parece aumentar o risco de cancro da mama.

## P 45

### LESÃO INTRAEPITELIAL DA VULVA (VIN)

#### – O QUE MUDOU

Filipa Coutinho; Inês Coutinho; Joana Oliveira; Vera Ramos; Teresa Rebelo; Olga Caramelo; Fernanda Águas

*Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A neoplasia intraepitelial da vulva (VIN) é uma doença rara, mas com incidência crescente. Desde 2009 que são considerados dois tipos de VIN, usual (VIN u), relacionada com infeção HPV que afeta mulheres mais novas; e diferenciado (VIN d), não associada ao HPV, afetando maioritariamente mulheres na pós-menopausa. A primeira é normalmente multifocal e expressa a proteína p16 enquanto a segunda tende a ser unifocal, associada a lesões de líquen escleroso ou simplex, com maior probabilidade de progredir para carcinoma e podendo expressar as proteínas p53 e Ki-67.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão casuística, compará-la ao que está descrito na literatura de modo a entender a evolução do perfil das doentes e da patologia da vulva nos últimos 17 anos.

**Material e métodos:** Consulta dos processos clínicos e análise dos estudos histológicos de todos os casos de VIN de alto grau diagnosticados entre os anos de 2000 e 2017.

**Resultados:** Foram analisados 45 casos de VIN diagnosticados no período de tempo analisado, um terço dos quais objetivados nos últimos 3 anos. A idade média ao diagnóstico foi de 66,5 anos [21,92]. Cerca de metade das doentes recorreu à consulta por queixas de prurido vulvar. Dos 38 casos de VIN que foram sujeitos a classificados, 16 correspondem a casos de VIN u e 22 a casos de VIN d. Foi testada a presença de infeção HPV AR, em 12 casos, na 1ª biópsia da lesão; 11 foram positivos, 5 dos quais eram VIN u, sendo 4 positivos para proteína p16. Em 6 casos de VIN d, 2 foram positivos para as proteínas p53 e Ki-67. A presença concomitante de líquen simplex ou escleroso verificou-se em 7 mulheres com VIN d e apenas em 3 com VIN u.

Relativamente à orientação terapêutica, dos 16 casos de VIN u, três realizaram terapêutica com Imiquimod, duas foram submetidas a LASER vulvar, e 8 submetidas a hemivulvectomia/vulvectomia simples por lesão extensa.

No que respeita a abordagem dos VIN d, três realizaram terapêutica com Imiquimod, 2 realizaram LASER vulvar e dezasseis foram submetidas a alargamento das margens, hemivulvectomia ou vulvectomia simples por se tratarem de lesões com grande extensão. Ocorreram três recidivas em ambos os grupos.

Apesar da biópsia inicial revelar tratar-se de um VIN, 3 dos casos de VIN u foram re-classificados como carcinoma espinho-celular e 2 como carcinomas epidermóides após procedimento cirúrgico. No grupo VIN d, 6 mantiveram a mesma classificação mas 11 foram reclassificados como carcinoma espinho-celular e um caso como carcinoma epidermoide.

**Conclusão:** Os resultados desta revisão mostraram que apesar do que tem sido descrito na literatura, no nosso serviço temos casos de VIN d associados a infeção HPV, sendo a prevalência de infeção associada

a proteínas p16 maior no tipo usual e de proteínas p53 e Ki-67 maior no tipo diferenciado. Foram encontrados mais casos de VIN d associado a lesões de líquen, com maior progressão para carcinoma, taxa mais elevada de complicações e recidivas.

## P 46

### TUMORES NEUROENDÓCRINOS DE PEQUENAS E GRANDES CÉLULAS DO COLO: DUAS ENTIDADES RARAS

Helena Veloso; Maria Lúcia Moleiro; Rafael Brás;  
Cláudia Marques; Alexandre Morgado  
*Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar e Universitário do Porto*

**Introdução:** Os tumores neuroendócrinos do colo representam apenas cerca de 2% das neoplasias cervicais, sendo o tumor neuroendócrino de pequenas células o mais comum, seguido do de grandes células. O comportamento deste raro tumor é diferente dos restantes tumores cervicais, com uma elevada propensão para metastização à distância em fases precoces da doença.

**Caso 1:** Mulher, 38 anos, nuligesta, sem antecedentes de relevo, recorre à consulta por aparecimento de nódulo mamário, sem outras queixas. Ao exame objetivo foi identificada neoplasia primária cervical envolvendo todo o colo, com extensão para a parede vaginal anterior e invasão bilateral dos paramétrios até à parede pélvica. Na biópsia cervical diagnosticou-se carcinoma neuroendócrino de grandes células (CAM5.2+; AE/AE3+; NSE+; CD56+; cromogranina+; sinaptofisina+). Nos exames imagiológicos identificaram-se imagens sugestivas de metástases de localização mamária, pulmonar, hepática, pancreática e suprarrenal. Foi decidida quimioterapia paliativa com cisplatina e etoposido com resposta parcial e quimioterapia de segunda linha com capecitabina e temozolamida. Óbito onze meses após o diagnóstico inicial por progressão da doença.

**Caso 2:** Mulher, 64 anos, dois gesta dois para, sem antecedentes de relevo, recorre à urgência geral por quadro de confusão e desorientação associado a alterações visuais e da marcha, cefaleias, astenia e emagrecimento com um mês de evolução. No estudo imagiológico visualizaram-se múltiplas lesões ocupantes de espaço em ambos os hemisférios cerebrais e cerebelo, bem como múltiplas lesões

nodulares pulmonares dispersas em relação com secundarização. Identificou-se lesão primária expansiva e heterogénea do colo do útero com sinais de provável expansão para os paramétrios, istmo uterino e terço superior do canal vaginal. Neste contexto, foi orientada para a consulta de ginecologia onde o exame objetivo comprovou a presença de lesão exofítica necrótica sangrativa de todo o colo com extensão à parede vaginal até ao terço inferior e infiltração dos paramétrios bilateralmente. O exame histológico da biópsia cervical revelou carcinoma neuroendócrino de pequenas células de tipo intermédio (NSE+; CAM5.2+; CD56+; sinaptofisina+; p16+; Ki67+). Por evolução rápida da doença, a doente não apresentou condições clínicas para a realização de quimioterapia, tendo-se optado por radioterapia paliativa cerebral.

**Discussão e conclusão:** Tumores neuroendócrinos de pequenas e grandes células do colo são subtipos raros e agressivos de cancro do colo do útero, que se caracterizam por uma elevada incidência de metastização. Devido à raridade deste tipo de tumores, não existe consenso sobre o tratamento ideal e as abordagens multidisciplinares atuais combinam histerectomia radical, quimioterapia e radioterapia. É importante ter em consideração o muito mau prognóstico destes tipos de tumores, sendo a sobrevida geralmente inferior a 2-3 anos.

## P 47

### HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL PÓS-MENOPAUSA: UM ESTUDO POPULACIONAL

Helena Veloso; Ana Rocha; Susana Carvalho;  
Alexandre Morgado  
*Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar e Universitário do Porto*

**Introdução:** Hemorragia uterina anormal (HUA) ocorre em cerca de 4 a 11% das mulheres pós-menopausa e corresponde a 5% das queixas ginecológicas. A causa mais comum é a presença de atrofia endometrial ou da mucosa vaginal. Contudo, todas estas mulheres devem ser avaliadas de forma a excluir a possibilidade de carcinoma endometrial, visto que este corresponde a aproximadamente 10% dos casos. Neste contexto, torna-se importante conhecer a nossa população e identificar o risco de desenvolvimento deste que é o tumor ginecológico mais frequente, principal-

mente após a menopausa.

**Metodologia:** Estudo descritivo e retrospectivo de todas as mulheres submetidas a histeroscopia no ano de 2017 por HUA após a menopausa no CMIN-CHUP. Foram colhidos e analisados estatisticamente parâmetros demográficos e clínicos, nomeadamente idade da menopausa e intervalo de tempo após a menopausa, fatores de risco de neoplasia endometrial, grau de suspeita na ecografia e na histeroscopia e outcome clínico. Foram então criados dois grupos: Grupo A onde não foi identificado cancro e Grupo B com diagnóstico de cancro endometrial.

**Resultados:** Um total de 129 mulheres fora incluídas no estudo, com idades entre os 45 e os 85 anos (Média: 62.4 anos). Em 12 mulheres (9.3%) foi diagnosticado cancro do endométrio [Grupo B]. Oitenta e dois por cento apresentava algum fator de risco de neoplasia endometrial (como hipertensão, diabetes, obesidade, uso de terapêutica hormonal de substituição ou tamoxifeno e menopausa tardia). A idade média da menopausa foi de 50.2 anos (50.3 anos no grupo A e 49.4 anos no grupo B), 10.2% das mulheres tiveram menopausa precoce (<45 anos) e 9.3% menopausa tardia (>55 anos). O espessamento endometrial médio foi de 10.5mm, sendo de 10.3mm no grupo A e 12.5mm no grupo B. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa no intervalo de tempo entre a idade da menopausa e a idade da HUA ( $p=0.048$ ), sendo que a média de intervalo de tempo foi de 10 anos para o grupo A e 18 anos para o grupo B. Apesar de não se ter verificado uma relação entre a suspeita imagiológica de neoplasia e o outcome, evidenciou-se forte correlação entre a suspeita de neoplasia na histeroscopia e o diagnóstico de cancro endometrial ( $p<0.001$ ).

**Conclusão:** Na população estudada a percentagem de diagnóstico de cancro do endométrio vai de encontro aos estudos publicados. Nesta análise verificamos que o intervalo de tempo entre a idade da menopausa e o desenvolvimento de HUA é um dos fatores mais importantes na determinação do risco de cancro do endométrio. Assim, é fundamental o conhecimento da relação entre HUA e o desenvolvimento da neoplasia, de forma a identificar as mulheres que necessitam de uma observação mais reiterada.

**P 48**

## **ESPONDILODISCITE APÓS COLPOSSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA COM PRÓTESE, UMA COMPLICAÇÃO RARA**

Madalena Andrade Tavares; Rita Silva;  
Marta Gomes Melo; Márcia Pacheco; Nuno Coutinho;  
Célia Pedroso; Alexandre Ambrósio; Raquel Robalo;  
Carlos Marques  
*Hospital Vila Franca de Xira*

**Introdução:** A Colpossacropexia é um procedimento cirúrgico para correção do prolapso apical. É realizado por fixação da cúpula vaginal ou colo uterino ao promontório utilizando uma prótese. A espondilodiscite é uma complicação rara (cerca de 32 casos descritos na literatura) da colpossacropexia, que se caracteriza pelo desenvolvimento de um processo inflamatório geralmente infeccioso que acomete os discos intervertebrais e os corpos vertebrais adjacentes.

**Objetivos:** Descrição de complicação rara de colpossacropexia.

**Caso clínico:** Multipara de 65 anos, menopausa aos 51 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, insuficiência venosa, gonartrose bilateral e artropatia gotsa. Seguida na consulta por prolapso dos órgãos pélvicos (POP) Grau III com eixo dominante apical. Submetida a histerectomia subtotal com anexectomia bilateral e colpossacropexia com prótese por via laparoscópica, sem intercorrências no pós-operatório imediato.

A utente foi internada ao 3º mês pós-operatório por dor intensa lombossagrada que condicionava limitação grave da marcha, de agravamento progressivo e irradiação aos membros inferiores. Não se encontraram alterações no restante exame objetivo, nomeadamente ginecológico. Analiticamente, destaca-se PCR elevada e exames culturais (hemocultura e exsudado vaginal) negativos. Os exames imagiológicos revelaram “interrupção cortical óssea anterior de L5-S1 com reação inflamatória envolvendo o disco L5-S1” (TAC) e “sinais de suspeita de espondilodiscite L5-S1 com área de abcesso com extensão anterior ao sacro e posterior peridural com possível compressão medular” (RMN). O caso foi discutido entre a Medicina Interna, Ortopedia e Ginecologia tendo-se assumido espondilodiscite pós colpossacropexia com prótese,



optando-se por tratamento conservador. Esteve internada durante 27 dias para investigação etiológica e antibioterapia endovenosa e posteriormente oral com melhoria progressiva das queixas álgicas, da marcha e dos achados imagiológicos. Ao 8º mês pós-operatório encontrava-se clinicamente melhorada mantendo, no entanto, dor irradiada ao membro inferior esquerdo, sem parestesias. Imagiologicamente observou-se uma regressão do componente inflamatório peridural. Até à data sem recorrência de POP.

**Conclusão:** Destaca-se a abordagem multidisciplinar de uma complicação potencialmente grave da colposacropexia, tendo ainda um desfecho incerto mas favorável e até à data sob tratamento conservador.

## P 49

### DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO DE CISTADENOFIBROMA SEROSO DA TROMPA

Madalena Andrade Tavares; Rita Silva; Marta Gomes Melo; Adriana Franco; Luciana Patrício; Alexandre Ambrósio; Raquel Robalo; Carlos Marques  
*Hospital Vila Franca de Xira*

**Introdução:** Os cistadenofibromas serosos da trompa são tumores benignos raros do trato genital feminino, existindo cerca de 20 casos publicados na literatura. São normalmente pequenos, assintomáticos e diagnosticados de forma incidental.

**Objetivo:** Descrição de um caso clínico de cistadenofibroma seroso da trompa.

**Caso clínico:** Adolescente de 17 anos, sexo feminino, virgem, ciclos regulares. Recorreu ao serviço de urgência por disúria e incontinência urinária de esforço com 2 semanas de evolução. Referia também dor pélvica e aumento do volume abdominal desde há 4 meses. Ao exame objetivo constatou-se a presença de uma massa abdominal localizada nos quadrantes esquerdos, bem delimitada, indolor e móvel, sem defesa ou reação peritoneal. Analiticamente sem alterações relevantes.

Realizou ecografia supra-púbica que revelou: “Formação quística unilocular com 159x87x18mm de conteúdo anecogénico (estendendo-se desde a cavidade pélvica até acima do umbigo), sem calcificações aparentes, não sendo possível distinguir o ponto de partida da massa. Ovários visualizados, normodimensionados e sem alterações aparen-

tes”. A ressonância magnética revelou: formação quística unilocular com 21x17x7.5cm de parede fina e sem septações, vegetações ou componentes sólidos intralésionais com aparente ponto de partida no ovário esquerdo. Marcadores tumorais negativos.

Pelas características imagiológicas e analíticas, aparentemente benignas, decidiu-se realizar uma abordagem cirúrgica laparoscópica com aspiração do conteúdo do quisto (1800 ml de líquido amarelo citrino) seguido de salpingectomia esquerda, sem intercorrências no pós-operatório imediato, tendo tido alta no 1º dia pós-operatório. O estudo anatomo-patológico da peça cirúrgica revelou cistadenofibroma seroso da trompa.

**Conclusão:** O diagnóstico de cistadenofibroma seroso da trompa é habitualmente incidental aquando de procedimentos cirúrgicos por outras patologias ginecológicas. No caso de tumores de maiores dimensões e sintomáticos, pela sua raridade, o diagnóstico diferencial é difícil, sendo necessária avaliação histológica para confirmação do mesmo.

## P 50

### VIAS DE ABORDAGEM EM HISTERECTOMIAS POR MIOMAS UTERINOS

Rita Medeiros; Ana Sofia Pais; Inês Coutinho; Joana Oliveira; Simone Subtil; Maria João Carvalho; Teresa Rebelo; Francisco Falcão; Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O tratamento dos miomas uterinos depende da sintomatologia existente, do desejo de preservar a fertilidade e do tamanho do útero. Apesar de nos últimos anos se assistir a uma diminuição do número de histerectomias, os miomas uterinos continuam a ser a principal indicação para a sua realização.

**Objetivo:** Avaliar as variáveis que influenciam as vias de abordagem das histerectomias realizadas por miomas uterinos.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de um grupo de 584 doentes submetidas a histerectomia por miomas uterinos no Serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre 2014 e 2017.

**Resultados:** Nesta amostra foram realizadas 197 (33,73%) histerectomias por miomas uterinos.

As doentes apresentavam uma idade média de  $46,96 \pm 4,63$  [36-62] anos, 14,7% das quais nulíparas e 88,8% pré-menopáusicas. Os sintomas mais frequentemente referidos foram hemorragias menstruais abundantes (72,6%), dor pélvica (41,1%). A hemorragia uterina anómala condicionava anemia em 36,5% dos casos. Relativamente à via de abordagem realizaram-se 66,5% de histerectomias por via laparotómica, 17,26% via vaginal e 16,24% laparoscópicas. No estudo ecográfico pré-operatório o diâmetro longitudinal médio era  $115,4 \pm 26,7$  [26-190]cm nas que foram submetidas a laparotomia,  $92,2 \pm 17,8$  [57-130]cm na via vaginal e  $94,8 \pm 17,0$  [60-136]cm na laparoscopia ( $p < 0,005$ ). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as vias de abordagem no que se refere ao IMC, paridade, antecedentes de cirurgia abdominal ou complicações peri e pós-operatórias, bem como o tempo de internamento. A peça operatória apresentava diâmetro longitudinal médio de  $12,06 \pm 3,68$  [6-28]cm na via laparotómica,  $10,1 \pm 2,1$  [5-14]cm na vaginal e  $10,59 \pm 2,28$  [8-18]cm na laparoscópica ( $p < 0,005$ ) e peso médio de  $562,95 \pm 697,91$  [26-6400]g na via laparotómica,  $179,50 \pm 88,03$  [67-423]g na vaginal e  $193,16 \pm 117,76$  [30-605]g na laparoscópica ( $p < 0,005$ ).

**Conclusões:** A amostra apresenta mulheres com características homogêneas nos diferentes grupos. O tamanho do útero é uma das características que mais influencia a escolha da via de abordagem, estando a via laparotómica associada a úteros de maiores dimensões. A via de abordagem não influenciou as complicações registadas.

## P 51

### ACETATO DE ULIPRISTAL NO TRATAMENTO DE MIOMAS UTERINOS – EXPERIÊNCIA DO CMIN-CHUP

Inês Alencão; Marta Moreira; Tânia Lima; Susana Carvalho; Alexandre Morgado  
*Serviço de Ginecologia, Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) - Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP)*

**Introdução:** O acetato de ulipristal (AUP) é um modulador seletivo dos receptores de progesterona e constitui uma opção terapêutica na abordagem de miomas uterinos sintomáticos. Os seus efeitos clínicos são o controlo da hemorragia uterina anor-

mal (HUA) e a redução do volume dos miomas e do útero.

**Objetivo:** Analisar a utilização de AUP no tratamento de miomas uterinos na nossa instituição, avaliando a sua eficácia em termos de controlo da HUA e impacto na dimensão dos miomas.

**Material e métodos:** Análise descritiva retrospectiva das doentes com miomas uterinos sintomáticos tratadas com AUP no CMIN-CHUP entre janeiro de 2014 e dezembro de 2017, através da consulta dos respetivos processos clínicos. Os parâmetros analisados foram características demográficas, motivo principal para tratamento, sintomatologia, número de miomas, maior diâmetro e tipo do maior mioma, número de ciclos, controlo da sintomatologia, variação da hemoglobina (Hb) e do maior diâmetro do maior mioma, necessidade de tratamento adicional e efeitos adversos.

**Resultados:** Foram estudadas 95 doentes com idade média de 38,7 anos, 60% nulíparas, 41,1% com desejo de engravidar, 23,2% com infertilidade e 11,6% com antecedentes de miomectomia. Em termos de sintomatologia, 86,3% das doentes apresentava HUA, 25,3% anemia e 22,1% sintomas compressivos. O motivo principal para iniciar tratamento foi HUA em 77,9%, sintomas compressivos em 4,2% e infertilidade em 17,9%. Relativamente aos miomas, 48,4% das doentes apresentava um mioma, 9,5% dois e 38,9% três ou mais miomas. A mediana do maior diâmetro do maior mioma foi 58 mm e os tipos mais frequentes foram tipo 2 em 15,8% dos casos e tipo 2-5 em 17,9%. 66,3% das doentes realizaram um ciclo. Houve controlo da HUA em 81,7% e resolução da anemia em 70,8% das doentes (mediana do aumento da Hb de 35,5%). Registou-se redução do maior diâmetro do maior mioma em 43,2% dos casos e a mediana da diminuição foi 35%. Houve necessidade de tratamento com ferro em 22,1% dos casos, transfusão em 5,3% e de cirurgia em 34,7% das doentes (miomectomia em 60,6% e histerectomia em 39,4%). Foram relatados efeitos adversos em 8,4% dos casos e espessamento endometrial em 5,3%. Não foram reportadas quaisquer alterações hepáticas. Em 22,1% dos casos foi considerado ter havido resposta geral insuficiente.

**Conclusões:** O tratamento com AUP foi eficaz no controlo da HUA e na resolução da anemia, tendo

ainda havido redução do maior diâmetro do maior mioma num número significativo de doentes.

## P 52

### ACETATO DE ULIPRISTAL – EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Maria Pulido Valente; Andreia Fonseca; Catarina Castro; Inês Reis; Sónia Barata; Joaquim Neves; Ana Luísa Ribeirinho  
*Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte*

**Introdução:** Os miomas uterinos são uma causa frequente de referenciação à consulta de ginecologia. A utilização do acetato de ulipristal (AUP) tem sido um tratamento médico eficaz na redução dos sintomas e do volume do mioma.

**Objetivo:** Descrever as características clínicas das doentes tratadas com AUP. Avaliar o efeito na redução ecográfica das dimensões e volume dos miomas.

**Métodos:** Estudo retrospectivo observacional, num hospital terciário, incluindo mulheres em pré-menopausa com diagnóstico de útero miomatoso com hemorragia uterina anómala ou sintomas compressivos associados, que realizaram terapêutica com AUP (5mg/dia), entre janeiro de 2014 e fevereiro de 2018. Os dados foram obtidos por consulta dos processos clínicos e foram avaliadas as características demográficas, sintomas, achados analíticos e imagiológicos e efeitos adversos. Foi considerada ecograficamente relevante uma diminuição das dimensões/volume do mioma quando superior a 25%.

**Resultados:** Foi prescrito AUP a 60 mulheres. A média da idade era de 43 anos (23-54 anos), com idade média da menarca de 13 anos (9-18 anos), verificando-se multiparidade em 62% das mulheres. Em relação a abordagens terapêuticas prévias, 10 mulheres tinham realizado contraceção hormonal combinada; 11 progestativo oral; 4 dispositivo intra uterino libertador de levonorgestrel; 6 ferro endovenoso e 9 tinham sido submetidas a miomectomia. Vinte cinco doentes apresentavam anemia antes de iniciar o tratamento.

Relativamente ao número de ciclos de AUP, 27 mulheres realizaram 1 ciclo, 20 concluíram 2 ciclos e 11 fizeram 3 ou mais ciclos. Ecograficamente, 27 doentes apresentavam apenas 1 mioma. Na maioria dos casos (n=40), os miomas classificavam-se

em FIGO 2 a 5; 7 eram FIGO 1 e 2 eram FIGO>5. A média do maior diâmetro era de 41mm e o volume médio de 87cm<sup>3</sup> (min 14-máx 308). Dos 16 casos reavaliados após o 1º ciclo, 4 cumpriram critérios de diminuição. Após o 2º ciclo, 3 de 10 mulheres reavaliadas apresentaram diminuição dos miomas. Cinco doentes referiram efeitos adversos ligeiros que não motivaram suspensão da terapêutica, não se tendo identificado casos de insuficiência hepática com repercussão clínica.

**Conclusão:** Os nossos resultados revelaram que mais de um quarto das mulheres reavaliadas apresentaram uma redução ecográfica superior a 25% da dimensão dos miomas.

## P 53

### SÍNDROME DE MEIGS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Sales Moreira; Helena Veloso; Eugénia Fernandes; Alexandre Morgado  
*Centro Materno Infantil do Norte*

**Introdução:** O síndrome de Meigs é um síndrome raro, definido como a presença de derrame pleural e/ou ascite associado a um tumor benigno do ovário, com resolução espontânea do quadro clínico após remoção do tumor. O fibroma é o tumor benigno do ovário mais frequentemente incluído nesta entidade clínica, sendo que pelo contrário, o S. Meigs ocorre em apenas 1-2% dos fibromas do ovário.

**Caso clínico:** Descrevemos uma mulher de 32 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, 1 Gesta 1 Para (um parto distócico com ventosa). A doente encontrava-se em amenorreia desde há 6 meses, altura em que terá colocado um implante subcutâneo para contraceção.

Recorreu ao serviço de urgência do Centro Materno Infantil do Norte com um quadro de dor abdominal na fossa ilíaca direita com 3 dias de evolução, acompanhada de náuseas e vômitos. Ao exame objetivo apresentava um abdómen distendido, com dor à palpação profunda na região da fossa ilíaca direita, palpando-se uma massa pélvica cujo limite superior ultrapassava a linha do umbigo, com defesa. O exame ginecológico não revelou qualquer alteração. A ecografia transvaginal mostrava uma lesão expansiva na dependência do ovário esquerdo com 132x92x120 mm e ascite de moderado

volume.

Foi internada no serviço de Ginecologia para estudo da massa pélvica. Do estudo analítico pedida salienta-se uma anemia normocítica/normocrômica (hemoglobina 7,3 g/dL) e uma proteína C reativa de 78 mg/dL. Registou-se também uma elevação do marcador tumoral CA 125 (216,9 U/mL), estando os outros marcadores com valores dentro da normalidade (alfa feto proteína, Beta HCG, CEA, CA 19.9). A TAC abdomino pélvica revelou uma massa volumosa com 141x98x147 mm, com vasos no seu interior, com origem aparente no ovário esquerdo e ascite em quantidade moderada.

Foi realizada laparotomia exploradora, tendo-se objetivado ascite de médio volume (enviada para análise citológica) e uma tumefação sólida, dura, de contornos bocelados, com cerca de 15 cm de maior diâmetro na dependência do ovário esquerdo, sem envolvimento do anexo contralateral ou do útero. Não se visualizaram outras lesões suspeitas. Efetuou-se anexectomia esquerda, sem intercorrências.

O exame histológico do ovário revelou um fibrotecoma do ovário e a análise citológica não apresentava células malignas.

**Conclusão:** O síndrome de Meigs, apesar de ser uma entidade benigna e com resolução após remoção do tumor, é um diagnóstico de exclusão, tendo como diagnóstico diferencial o carcinoma do ovário.

## P 54

### ÚLCERAS DE LIPSCHÜTZ – CASE REPORT

Adriano Soares; Beatriz Silva; Diana Coelho; Filipa Braz; Ricardo Santos

*Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães*

As úlceras de Lipschütz representam uma entidade rara, de incidência desconhecida, caracterizada pelo início agudo de úlceras vulvares necróticas e dolorosas em mulher jovem. A sua etiologia é desconhecida, embora tenha sido associada a primo-infecção pelo Vírus Epstein-Barr (EBV) ou outras infeções tanto víricas como bacterianas. O diagnóstico é estabelecido após exclusão de doenças

sexualmente transmissíveis, doenças autoimunes ou outras etiologias de úlceras genitais.

Mulher de 31 anos, 1 Gesta 1 Para, saudável, sexualmente ativa, com parceiro sexual único há mais de 10 anos, sem comportamentos de risco, recorreu ao Serviço de Urgência por lesões vulvares dolorosas com 5 dias de evolução e agravamento progressivo, sem melhoria após tratamento tópico com nitrato de isoconazol. Três dias antes do aparecimento das lesões apresentou quadro de odinofagia ligeira, disфонia, mau estar geral e febre (máximo 38,5°C), tendo sido diagnosticada amigdalite aguda e medicada com amoxicilina e ácido clavulânico pelo seu médico assistente. Negava episódios prévios semelhantes ou antecedentes médicos de relevo, nomeadamente doença inflamatória intestinal, antecedentes de lesões aftosas orais ou genitais, lesões cutâneas exantemáticas, artralgias ou outra sintomatologia sugestiva de patologia autoimune. Sem história familiar de relevo. Ao exame objetivo constatou-se a presença de diversas úlceras pericentimétricas na face interna dos pequenos lábios, simétricas (*kissing pattern*), bem delimitadas, de halo violáceo e base necrótica com exsudado acinzentado, dolorosas à palpação, sem cheiro característico ou sinais de superinfecção bacteriana. Sem adenopatias à palpação inguinal bilateral. Restante exame ginecológico sem alterações. Sem outras lesões da pele ou mucosas. Analiticamente, verificada infeção prévia por EBV e Herpes simplex Vírus (HSV) 1, com restantes serologias negativas (Vírus da Imunodeficiência Humana, HSV 2, Cytomegalovírus, Treponema pallidum e Chlamydia trachomatis). Foi instituído tratamento de suporte sendo medicada para o domicílio com terapêutica analgésica dado o provável diagnóstico de úlceras de Lipschütz. Duas semanas depois verificou-se resolução quase completa das lesões e do quadro sintomatológico previamente associado. O diagnóstico de úlceras de Lipschütz é um diagnóstico de exclusão tendo a seu favor neste caso os sintomas prodrômicos do tipo influenza ou mononucleose-like, as características das lesões, o resultado das serologias e a resolução espontânea do quadro. Este caso realça uma situação clínica rara, provavelmente subdiagnosticada, sendo importante ter em conta esta entidade no diagnóstico diferencial de úlceras genitais, evitando o sobretratamento e a iatrogenia.

P 55

## **METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE CIRURGIA RADICAL LAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA GINECOLÓGICA NO IPO, PORTO**

Mónica Pires<sup>1</sup>; Vanda Patrício<sup>1</sup>; Almerinda Petiz<sup>1</sup>; Carlos Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Português de Oncologia – Francisco Gentil, Porto

**Introdução:** Alguns exemplos na História da Cirurgia mostram-nos que a introdução de uma técnica cirúrgica de novo pode ser causadora de riscos para os doentes. Qualquer mudança num procedimento, mesmo mantendo os princípios cirúrgicos oncológicos, pode ser geradora de efeitos adversos e de perda de qualidade cirúrgica.

**Objetivos:** Pretende-se efetuar uma descrição dos procedimentos instituídos no Serviço de Ginecologia do IPO-Porto de forma a minimizar a ocorrência de riscos para as doentes submetidas a cirurgia radical oncológica por via laparoscópica (CRL), e a assegurar a manutenção da qualidade das cirurgias.

**Métodos:** O Serviço de Ginecologia do IPO-Porto realizou uma estratégia de implementação de CRL baseada em 3 pontos:

1 - Condições da Instituição: sala operatória dedicada à laparoscopia com equipamento full HD, e uma sala com equipamento laparoscópico 3D.

2 - Condições da equipa cirúrgica: criação de uma equipa fixa dedicada à laparoscopia com atividade cirúrgica laparoscópica regular. Os cirurgiões tinham experiência prévia em cirurgia oncológica por laparotomia e experiência em laparoscopia. Nos primeiros procedimentos foi convidado cirurgião externo.

3 - Controlo de qualidade: criação de registos específicos para avaliação das dificuldades técnicas durante a cirurgia e registo de morbilidade intra e pós-operatória. Todas as cirurgias oncológicas foram gravadas.

Foi efetuada uma revisão dos registos de procedimentos operatórios e de morbilidade de doentes com histológico confirmado de doença oncológica. Foram excluídos os tumores borderline. As cirurgias decorreram de 2/2016 a 3/2018.

**Resultados:** Iniciou-se a realização de CRL abordando o carcinoma do endométrio, tendo sido a patologia mais frequentemente operada, num total de 23 histerectomias e 5 linfadenectomias pélvi-

cas e lomboasórticas. Foram realizadas 9 histerectomias radicais (Piver 2-3) por carcinoma do colo, tendo sido efetuadas 9 linfadenectomias pélvicas por esta doença. Foi estadiado 1 tumor do leito placentário, 2 carcinomas do ovário e 1 sarcoma uterino. Realizaram-se um total de 18 linfadenectomias pélvicas e 8 lomboasórticas.

A equipa cirúrgica foi constante em todos os procedimentos. O registo de dados operatórios específicos e a descrição das dificuldades encontradas foi efetuado em todas as cirurgias.

Não ocorreu nenhuma lesão vascular ou do ureter nos procedimentos efetuados. Registou-se uma lesão iatrogénica da bexiga e uma deiscência da cúpula no primeiro mês pós-operatório.

**Conclusão:** A baixa incidência de complicações intra e pós-operatórias é indicativo que a implementação da técnica laparoscópica na cirurgia oncológica no IPO-Porto decorreu sem agravamento da morbilidade para as doentes. A criação de uma equipa fixa, com atividade regular e frequente, poderá ser um fator com impacto na curva de aprendizagem. O registo cirúrgico específico permitiu a identificação e correção das dificuldades encontradas.

P 56

## **TUMOR SEROSO BORDERLINE TUBAR – UMA RARIDADE DIAGNÓSTICA**

Martins M.; Reis I.; Leitão S.; Foo M.; Ferreira S.; Costa C.; Teles T.

*Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga*

**Introdução:** Apesar dos tumores serosos borderline ováricos serem relativamente comuns (4-14%) o tumor seroso borderline tubar (TSBT) é uma entidade extremamente rara, estando descritos apenas 15 casos na literatura (um dos quais durante a gravidez).

É mais frequente na mulher adulta jovem (idade média 30 anos), geralmente assintomático ou associado a dor hipogástrica inespecífica. Ecograficamente caracteriza-se por uma massa anexial unilateral e ovários sem alterações.

**Objetivos:** Ponderar etiologia maligna no diagnóstico diferencial de massas anexiais na gravidez.

**Material e métodos:** Revisão retrospectiva de caso clínico.

**Caso clínico:** B.R.F., 23 anos de idade, primigesta,

saudável, em ecografia do 1º Trimestre: gravidez evolutiva com 12 sem+ e visualização de massa anexial à direita (120 x 70 x 102 mm), simples, não vascularizada, com projecções ecogénicas no seu interior, sugestivo de quisto hemorrágico/endometrioma.

Às 13 sem, recorre ao SU por dor na FID intensa de início súbito e objetivamente dor intensa à palpação abdominal com defesa.

Perante o quadro de suspeita de torção anexial direita, foi submetida a laparoscopia diagnóstica. Durante a cirurgia: visualização de tumefacção quística simples com 12 cm de maior diâmetro aparentemente dependente da trompa direita associado a torção do ovário homolateral. Realizada drenagem do quisto, destorção do anexo e salpingectomia direita com quistectomia.

Exame AP: trompa uterina com características compatíveis com tumor seroso borderline, sem invasão. CA 125 normal. Revisão de lâminas: resultado sobreponível. Decidido em consulta de grupo oncológico re-estadiamento no período pós-parto.

Parto distócico por ventosa às 38 sem, RN vivo e viável.

Dois meses pós-parto submetida a cirurgia de estadiamento por laparoscopia com conservação do útero e anexo esquerda. O exame histológico revelou ovário direito sem alterações displásicas ou neoplásicas, lavado peritoneal, citologia das cúpulas diafragmáticas, biópsias peritoneais, omentectomia sem neoplasia. RMN abdominal e pélvica sem alterações. Estadio FIGO: IA. *Follow-up* sem intercorrências.

**Conclusões:** Este caso clínico mostra a importância de avaliar os anexos na ecografia obstétrica do 1º trimestre (uma vez que este foi um diagnóstico incidental), da relevância da clínica e do diagnóstico histológico para orientação da melhor conduta. A opção terapêutica ótima para os TSBT ainda não está estabelecida dada a raridade da neoplasia, no entanto está preconizado tratar como se fosse de origem ovárica. A terapêutica cirúrgica conservadora é a abordagem mais frequentemente adoptada para manter a fertilidade. Não está descrita na literatura recorrência ou mortalidade associada a esta neoplasia.

## P 57

### OS TUMORES BENIGNOS TAMBÉM RECIDIVAM: CASO CLÍNICO DE LEIOMIOMATOSE INTRAVASCULAR

Ferreira I.; Ramos V.; Falcão F.; Rebelo T.; Frutuoso C.; Aguas F.

*Serviço de Ginecologia A – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A leiomiomatose intravascular (LIV) é uma entidade benigna rara caracterizada pela presença de massas nodulares de músculo liso, que se estendem às veias uterinas e pélvicas, por vezes atingindo a veia cava inferior e câmaras cardíacas direitas.

**Objetivos:** Apresentação de caso de LIV tratada cirurgicamente, com recorrência precoce e posterior abordagem terapêutica combinada (cirúrgica e médica).

**Material e métodos:** Mulher de 52 anos, prémenopausa, encaminhada por hemorragia menstrual intensa e intermenstrual com 6 meses de evolução, associada a sensação de peso pélvico e poliaquiúria. Observou-se massa uterina com cerca de 20 cm fixa na escavação pélvica. A ecografia endovaginal (EV), seguida de TC abdominopélvica e RM revelaram massa polilobulada com 20x12x13 cm transformando todo o miométrio e condicionando obstrução uretérica e hidronefrose bilateral. A doente foi submetida a laparoscopia exploradora, colocação de duplo-J bilateralmente e colheita de biópsias da lesão. O estudo histológico (EH) revelou fibras musculares com núcleo alongado sem mitose ou atipia, sugestivas de células com origem miometrial. O diagnóstico mais provável foi de LIV, pelo que se optou por completar a cirurgia com histerectomia total e anexectomia bilateral. Per-operatoriamente observou-se massa polilobulada, muito ramificada, com limites mal definidos. O EH definitivo da peça revelou múltiplos miomas benignos com invasão dos vasos uterinos, mitose <5/10 campo de grande ampliação, atipia residual e ausência de necrose tumoral, confirmando o diagnóstico preliminar. Cinco meses após este procedimento, a doente recorre ao serviço de urgência por sensação de peso pélvico e disúria. Apresentava massa endurecida palpável na cúpula vaginal, caracterizada por ecografia EV e RM a revelarem massa polilobulada com 11 cm de maior

diâmetro, condicionando moldagem da bexiga, mas mantendo plano de clivagem; ausência de adenopatias pélvicas. Procedeu-se a resseção da massa, com necessidade de remoção da veia íliaca interna, por aparente invasão vascular. Ocorreu hemorragia pré-sagrada maciça com necessidade de transfusão de 6 unidades de glóbulos rubros e plasma. Iniciou-se anastrozol após a cirurgia, que foi mantido após confirmação de presença de receptores de estrogénio e progesterona no estudo imunohistoquímico. O EH da massa ressecada revelou leiomioma extravascular pélvico, provavelmente no contexto de LIV diagnosticada previamente.

**Resultados e conclusões:** Aos 12 meses de seguimento não se verificou recorrência em ecografia EV e TC. A doente mantém tratamento médico e vigilância semestral. O diagnóstico de LIV requer um elevado grau de suspeição. Esta entidade, apesar das suas características agressivas, cursa com bom prognóstico. Este caso é relevante pela resistência à castração cirúrgica e necessidade de tratamento adjuvante com anastrozol.

## P 58

### PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTS) EM MULHERES VIH POSITIVAS

Joana Xavier; Pedro Vieira-Baptista; Filipa Malheiro; Catarina Melo; Vera Falcão; Joana Lima-Silva; Jorge Beires

*Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal*

**Introdução:** A presença de uma infecção sexualmente transmissível (IST) é factor de risco para a aquisição de outras. O conhecimento das taxas de infecção em cada comunidade deve ser conhecida para a implementação de uma política de rastreio custo-efetiva. O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de outras ISTs em mulheres com VIH.

**Materiais e métodos:** Estudo de coorte retrospectivo que envolveu 123 mulheres com VIH seguidas em consulta de Ginecologia anual, avaliadas por serologia (sífilis, hepatite B, hepatite C, e herpes simplex 1 e 2), exame físico (condilomas), PCR (*Chlamydia trachomatis* [CT], *Neisseria gonorrhoea* [NG] e *Trichomonas vaginalis* [TV]), citologia cervical e anal, teste de HPV de alto risco (HR-HPV) (Roche® cobas HPV).

**Resultados:** A maioria das doentes era seropositiva para o VIH 1 (95.1% [117/123]), estava sob terapêutica anti-retrovírica (97.5% [119/122]) e adquiriu a infecção por via sexual (90.8% [109/120]).

Prevalência - % (n/N)

Exame ginecológico:

- Condilomas: 4.9% (6/123)

Serologia:

- Sífilis (TPPA): 17.5% (20/114)

- Hepatite B: 9.9% (8/81)

- Hepatite C: 16.3% (13/80)

- Herpes simplex virus 1: 96.9% (62/64)

- Herpes simplex virus 2: 56.3% (36/64)

PCR:

- C. trachomatis: 0.9% [1/116]

- N. gonorrhoea: 0% [0/116]

- T. vaginalis: 22.5% (27/120)

Citologia:

- Cervical

≥ASC-US: 5.6% (17/109)

>LSIL: 0.9% (1/109)

- Anal

≥ASC-US: 15.4% (16/104)

>LSIL: 1.0% (1/104)

Roche® cobas HPV:

- Cervical

Qualquer HPV-AR: 17.1% (19/111)

HPV16: 2.7% (3/111)

HPV18: 2.7% (3/111)

Outros HPV-AR: 14.4% (16/111)

- Anal

Qualquer HPV-AR: 33.0% (34/103)

HPV16: 10.7% (11/103)

HPV18: 4.8% (5/104)

Outros HPV-AR: 30.8% (32/104)

**Conclusões:** O rastreio da sífilis, hepatites, herpes e TV é de extrema importância nas mulheres seropositivas para VIH. A elevada prevalência de herpes e TV requer uma especial atenção e abordagem. Enquanto o rastreio do cancro do colo do útero continua a ser um desafio, também o rastreio do cancro anal parece ser extremamente relevante nestas mulheres.

**P 59**

**DISPOSITIVO INTRA-UTERINO NA CAVIDADE ABDOMINAL**

Mariana Osório; Fernanda Gerales; Carla Rodrigues  
*Maternidade Bissaya Barreto – CHUC, Coimbra*

**Introdução:** O Dispositivo Intra-Uterino (DIU) é um método contraceptivo de longa duração, reversível, seguro e muito eficaz. No entanto, não está isento de complicações entre as quais se destacam a perfuração uterina, a expulsão e a infeção. A literatura indica uma taxa de perfuração de 0,06 a 1,6 em mil inserções, sendo esta maior no momento da colocação.

**Objetivo:** Avaliar os fatores de risco das mulheres a quem foi diagnosticado presença de DIU na cavidade abdominal e que foram submetidas a laparoscopia para a sua remoção.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, relativo aos casos de perfuração uterina com DIU na cavidade abdominal das mulheres tratadas no Serviço de Ginecologia B do CHUC (Maternidade Bissaya-Barreto) no ano de 2017. Foram considerados os seguintes parâmetros: sintomatologia, padrão hemorrágico, existência de patologia uterina, tipo de DIU, paridade e tempo decorrido desde o último parto até à inserção, tempo decorrido entre a inserção e o diagnóstico e exame complementar utilizado para o diagnóstico. Os dados foram analisados e sujeitos a tratamento estatístico utilizando o programa Excel.

**Resultados:** Durante o ano de 2017, foram diagnosticados 9 casos de mulheres com DIU na cavidade abdominal. Em 7 casos tratava-se de SIU LNG 52 mg e em 6 aplicados há menos de 12 meses. Relativamente à paridade 6 mulheres eram múltiparas e em 5 casos a aplicação ocorreu 6 a 12 meses após o parto. Em mais de metade dos casos (5) ocorreu sintomatologia que fez suspeitar do diagnóstico. A radiografia simples do abdómen foi o exame complementar de diagnóstico utilizado para confirmar presença de DIU na cavidade em 7 casos após exclusão de presença de DIU na cavidade endometrial por ecografia transvaginal. Em nenhum destes casos ocorreu qualquer complicação quer pela presença do DIU na cavidade abdominal quer pela sua remoção laparoscópica.

**Conclusões:** A perfuração uterina é uma complicação rara associada à utilização de DIU no entanto

deve haver elevado grau de suspeição quando estamos perante mulheres sintomáticas em que ao exame objetivo não são observados os fios e não é visualizado o DIU na cavidade endometrial à ecografia. No nosso estudo, a maioria dos casos de perfuração uterina ocorreu no primeiro ano após a aplicação e nos 6 meses pós parto. A laparoscopia deve ser a abordagem cirúrgica de eleição para a sua remoção devendo ser programada logo que possível após o diagnóstico para evitar complicações.

**P 60**

**LEIOMIOMA VULVAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

Fernanda Vilela; Tatiana Semedo Leite; Vera Ribeiro; Amália Pacheco  
*Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro*

Os leiomiomas são os tumores pélvicos benignos mais frequentes nas mulheres em idade reprodutiva. No entanto, os leiomiomas vulvares são tumores raros, frequentemente confundidos com quistos da glândula de Bartholin, dada a clínica sobreponível. Este caso clínico apresenta um diagnóstico diferencial das tumefações vulvares, alertando para a localização rara de leiomiomas e o importante grau de suspeição.

Mulher de 49 anos, sem antecedentes patológicos relevantes. Recorreu a consulta de ginecologia do CHUA- Unidade de Faro, por sensação de corpo estranho e tumefação na região vulvar esquerda, com 5 meses de evolução. Não referia queixas álgicas ou dispareunia associada a tumefação. À observação ginecológica contactou-se tumefação com cerca de 5 cm e consistência fibro-elástica na região vulvar esquerda. Sem dor à palpação. Com base nos achados clínicos foi estabelecido o diagnóstico de quisto da glândula de Bartholin, tendo sido proposta excisão cirúrgica. Durante a excisão constata-se estrutura aparentemente não quística com consistência fibro-elástica e coloração branca. Cirurgia laboriosa com inúmeros focos sangrantes. O diagnóstico histológico identificou leiomioma. Pós-operatório sem intercorrências. Este caso clínico alerta para uma localização rara dos leiomiomas, reforçando a importância do diagnóstico diferencial com quisto da glândula de Bartholin e outros tumores sólidos da vulva. Na presença de uma tumefação vulvar com consistência firme e pequenos lábios invertidos devemos suspeitar da



presença de um leiomioma, confirmando o diagnóstico através da realização de ecografia perineal.

## P 61

### TUMOR DESMÓIDE DA MAMA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Valente da Costa<sup>1</sup>; Manuel Rosete<sup>1</sup>; Rui Almeida<sup>2</sup>; Margarida Barros<sup>3</sup>; Ângela Moreira<sup>4</sup>; Fernanda Águas<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia; <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica; <sup>3</sup>Serviço de Ginecologia B; <sup>4</sup>Serviço de Imagem Médica Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

**Introdução:** O tumor desmóide é uma neoplasia benigna rara com origem no tecido conjuntivo. Apesar de não apresentar potencial de metastização, é localmente agressivo e apresenta elevada taxa de recorrência. O tumor desmóide da mama é entidade clínica rara, representando cerca de 4% dos tumores desmóides extra-abdominais e constitui cerca de 0,2% das neoplasias da mama.

**Objetivo:** Apresentação de um caso clínico de tumor desmóide da mama.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, de 36 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, encaminhada para a consulta de Patologia da Mama por deteção de imagem radiária infracentimétrica com características suspeitas em mamografia e ecografia mamária.

Ao exame objetivo, era palpável um nódulo no quadrante supero-externo da mama esquerda, com cerca de 1 cm, de contornos mal definidos, muito superficial mas não aderente à pele. Sem adenopatias axilares palpáveis.

Efectuou-se punção aspirativa por agulha fina (PAAF) da lesão cujo estudo citológico foi sugestivo de fibroadenolipoma. Foi também submetida a biópsia ecoguiada (trocar) que revelou ausência de malignidade no material estudado. Complementado o estudo com ressonância magnética (RM) que não revelou alterações sugestivas de malignidade. Atendendo à localização da lesão (superficial e muito periférica) e ao pequeno volume mamário foi decidido manter a doente em vigilância. Em ecografia de controlo realizada 6 meses depois foi de novo colocado o diagnóstico diferencial entre adenose esclerosante e lesão maligna pelo que se repetiu a biópsia ecoguiada que colocou a hipótese diagnóstica de tumor desmóide da mama. Verificou-se aumento das dimensões da lesão (2,5 cm).

A doente foi então submetida a tumorectomia sendo confirmado o diagnóstico de tumor desmóide extra-abdominal, sem margem livre sob a pele. Fez-se alargamento de margens e cirurgia reconstrutiva. Histologia da peça sem evidência de tumor. Encontra-se em vigilância, com bom resultado estético, não apresentando sinais de recidiva até ao momento.

**Discussão/Conclusão:** Os tumores desmóides da mama são lesões que ao exame objetivo e no estudo mamográfico podem mimetizar lesões malignas, como se verificou no presente caso. A terapêutica deste tipo de tumores envolve a excisão cirúrgica alargada. A elevada taxa de recorrência, característica deste tipo de neoplasia, implica uma vigilância clínica apertada.

## P 62

### ABDÓMEN AGUDO POR ROTURA DE GRAVIDEZ HETEROTÓPICA CORNUAL

Joana Cominho<sup>1</sup>; Inês Antunes<sup>2</sup>; Mariana Veiga<sup>1</sup>; Lídia Reis<sup>1</sup>; Helena Santos e Pereira<sup>1</sup>; Filomena Nunes<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Maternidade Dr. Alfredo da Costa

**Introdução:** A gravidez heterotópica define-se pela presença de duas gestações simultâneas em dois locais diferentes de implantação, com uma estimativa de ocorrência de 1 em cada 30000 gestações. A sua apresentação clínica inclui dor abdominal, presença de massa anexial, sinais de irritação peritoneal e aumento do volume uterino. O diagnóstico é realizado por ecografia, sendo que a avaliação cirúrgica pode apresentar um papel importante. A abordagem cirúrgica standard da gravidez tubária com rotura é a salpingectomia. Após o tratamento, uma em cada três gestações intrauterinas terminam em aborto espontâneo.

**Objetivos:** O objectivo deste trabalho é descrever um caso clínico de abdómen agudo em gravidez espontânea, heterotópica, onde a gravidez ectópica tubária foi identificada na região cornual, com rotura e a gravidez eutópica permaneceu viável após o tratamento cirúrgico.

**Material e métodos:** Para a realização deste trabalho foi efectuada a consulta do processo clínico da doente, após obtenção do seu consentimento informado.

**Resultados e conclusões:** Doente com 32 anos, nulípara, com gravidez espontânea de 7 semanas e 5 dias pela data da última menstruação, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao serviço de urgência do Hospital de Cascais por dor pélvica intensa, de início súbito. Negava febre, hemorragia vaginal, leucorreia, alteração do trânsito urinário ou intestinal. Ao exame objectivo, encontrava-se normotensa, normocárdica e apirética, com pele e mucosas coradas e hidratadas. A palpação abdominal revelou-se dolorosa à palpação, com defesa. O exame ao espéculo mostrou colo sem lesões aparentes, sem hemorragia activa ou vestígios de sangue. O toque bimanual foi dificultado por dor. Neste contexto foram realizados exames complementares de diagnóstico. Analiticamente destacava-se um valor de hemoglobina 11,6 g/dL e beta-hCG 101481 UI/L. A ecografia transvaginal revelou um saco gestacional in útero com embrião com 7 semanas e 1 dia e batimentos cardíacos. Visualizou-se uma imagem sacular cornual direita. O ovário esquerdo mostrou uma imagem unilocular simples com 33x26mm. O ovário direito não apresentava alterações. No fundo de saco de Douglas visualizou-se uma imagem sugestiva de coágulos com lâmina líquida. O exame foi dificultado por dor intensa. Por suspeita de gravidez heterotópica com potencial rotura, a doente foi submetida a laparoscopia diagnóstica onde se detectou um hemoperitoneu abundante e um útero globoso com proeminência de 2 cm no corno direito, com rotura, sangrativa, compatível com gravidez cornual rota. Realizou-se laparotomia com salpingectomia direita e ressecção em cunha da porção intramural da trompa. O diagnóstico histológico foi de gravidez tubária com enfarte hemorrágico e rotura da parede. No pós-operatório, a ecografia transvaginal demonstrou um saco gestacional in útero com embrião com batimentos cardíacos. Mantém vigilância da gravidez na consulta de Medicina Materno-fetal, com gravidez intrauterina evolutiva.

**P 63**

### **HEMOPERITONEU SECUNDÁRIO A ENDOMETRIOSE EM MULHER COM APLASIA MEDULAR**

Ana Edral<sup>1</sup>; Rodrigo Pereira Mata<sup>2</sup>; Fernando Príncipe<sup>3</sup>; Ana Rosa Costa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de São João, Porto

**Introdução:** A endometriose, caracterizada pela presença de tecido endometrial com implantação ectópica, causa sintomas como dismenorreia, dispareunia e dor pélvica crónica. O hemoperitoneu secundário à endometriose é raro, encontrando-se, sobretudo, associado à gravidez.

**Métodos:** Reportamos o caso de uma mulher com aplasia medular, com hemoperitoneu maciço secundário à rotura de um implante de endometriose.

**Caso clínico:** Mulher de 44 anos, 1G1P, com antecedentes pessoais de endometriose e mioma uterino tipo 4-5 FIGO, com 12x11x8cm, seguida em consulta de ginecologia, sob terapêutica com acetato de ulipristal (até um mês antes do internamento, altura em que iniciou progestativo oral) e em amenorreia desde o início do tratamento, internada na Unidade de Neutropénicos do CHSJ por neutropenia febril sem foco evidente, em mulher com aplasia medular. Ao 8º dia de internamento, por hemorragia uterina anómala (HUA), foi observada por ginecologia, que constatou escassa perda hemática vaginal e ecografia compatível com antecedentes ginecológicos. Ao 18º dia a doente iniciou quadro de dor hipogástrica e na fossa ilíaca direita, pelo que foi realizado TC abdomino-pélvico, revelando "(...)Ascite de médio volume, com conteúdo de elevada densidade no estudo sem contraste, sugerindo hemoperitoneu. Útero de grandes dimensões, dismórfico pela presença de volumoso mioma subseroso na vertente lateral direita do fundo uterino, com cerca de 80x55 mm de maiores eixos. A cavidade uterina encontra-se distendida com massa heterogénea de elevada densidade no estudo pré-contraste e medindo cerca de 75x85 mm, mais sugestiva de mioma submucoso com necrose/hemorragia. Densificação difusa do grande aumento, podendo ser secundária à presença de hemoperitoneu(...)", tendo-se decidido realizar laparotomia exploradora com histerectomia abdominal após optimização do estado clínico da doente.

A cirurgia foi realizada no 28º dia de internamento.

Intra-operatoriamente, constatou-se a presença de hemoperitoneu (1400mL) e um útero volumoso, com superfície deformada por formação miomatosa intramural no corno direito, com cerca de 8cm, apresentava um foco hemorrágico adjacente aos vasos uterinos direitos, com cerca de 1,5cm, em provável relação com antecedentes de endometriose, com hemorragia ativa em toalha e ainda focos de endometriose dispersos no fundo de saco de Douglas.

Foi realizada histerectomia com salpingectomia bilateral, sem intercorrências.

No pós-operatório, iniciou terapêutica com agonista da GnRH, que cumpriu 6 meses. Na consulta de seguimento pós-operatório, a doente encontrava-se assintomática, tendo iniciado progestativo contínuo.

**Conclusão:** Este caso clínico destaca uma complicação rara da endometriose, que assumiu maiores proporções dado o estado de aplasia medular da doente, que veio, por um lado, facilitar a ocorrência desta complicação, mas também atrasar o seu tratamento.

## P 64

### SARCOMAS GINECOLÓGICOS CASUÍSTICA DE 10 ANOS – SERVIÇO DE GINECOLOGIA B DO CHUC

Ana Costa<sup>1</sup>; Isabel Henriques<sup>2</sup>; Isabel Botto<sup>2</sup>;  
Fernanda Águas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia C; <sup>2</sup>Serviço de Ginecologia B  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** Os sarcomas ginecológicos são neoplasias raras, constituindo cerca de < 5% de todos os tumores ginecológicos. O objetivo do estudo é a análise descritiva dos casos estudados e tratados no Serviço de Ginecologia B, durante um período de 10 anos.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos casos de sarcomas ginecológicos diagnosticados e tratados no Serviço de Ginecologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) num período de 10 anos (Janeiro de 2007 a janeiro de 2018). Foram avaliados parâmetros como: sintomatologia, diagnóstico, localização anatómica, tipo histológico, tratamento cirúrgico, realização de terapêutica adjuvante, intervalo livre de doença e sobrevida. Foram excluídos os casos de carcinossarcomas.

**Resultados:** Foram identificados 24 casos, de sarcomas ginecológicos. A idade média das doentes foi de 56 anos.

O local anatómico mais frequente foi o útero em 75% (18/24) dos casos. Nesta localização o tipo histológico mais frequentemente encontrado foi o leiomiossarcoma (LMS) em 44,4% (8/18) seguido do sarcoma do estroma endometrial (SEE) em 38,9% (7/18) e do adenossarcoma (ADS) 16,7 % (3/18). Os restantes 6 casos localizaram-se: 2 a nível do colo uterino, 3 a nível da vulva/vagina e 1 a nível para-anexial.

Os sintomas mais frequentemente apresentados à data do diagnóstico foram metrorragias (50%) e/ou a presença de uma massa pélvica ou vulvar (25% dos casos).

Em 8 casos tratou-se de um achado operatório (3 LMS; 3 SEE; 2 ADS).

Relativamente ao estadiamento: LMS uterino (2 estágio I, 2 estágio III e 4 estágio IV); SEE (6 estágio I e 1 estágio IV); ADS (3 estádios I).

No grupo dos LMS uterinos, ocorreram 5 óbitos (63%) e 3 doentes encontram-se em seguimento (2 com doença e 1 sem doença activa). No grupo dos SEE, ocorreram 2 óbitos (33%), 4 doentes encontra-se vivas sem doença, e 1 foi perdida em *follow-up*. No grupo dos ADS e no grupo dos sarcomas ginecológicos extra-uterinos, todas as doentes encontram-se vivas, sem evidência de doença. **Discussão/Conclusão:** Neste estudo os sarcomas ginecológicos ocorreram predominantemente no útero e o tipo histológico mais frequente foi o LMS. Este tipo de tumores é agressivo, com mau prognóstico, constatando-se uma mortalidade global de 29%.

O tratamento deve ser individualizado, considerando a histologia do tumor, a extensão da doença e as condições da doente.

A cirurgia, sempre que possível, é a principal arma terapêutica.

## P 65

### LEIOMIOMATOSE BENIGNA METASTIZANTE: CASO CLÍNICO COM ENVOLVIMENTO PULMONAR

Denise Bacalhau; Rita Mamede; Filipe Cordeiro;  
André Borges; Ana Martins; Fernando Cirurgião  
Hospital de São Francisco Xavier – Centro Hospitalar  
Lisboa Ocidental

**Introdução:** A leiomiomatose benigna metastizante é uma patologia rara caracterizada pela presença de leiomiomas em localização extra-uterina, com

maior frequência a nível pulmonar. Pode também atingir o osso, gânglios linfáticos, retroperitônio ou coração. A maioria dos casos ocorre em mulheres com antecedentes de cirurgia ginecológica. A clínica é variável, podendo ser um achado em exames realizados por outros motivos.

**Objetivos:** Apresentação de um caso clínico de leiomiomatose pulmonar metastizante com envolvimento pulmonar presente na Consulta de Ginecologia Oncológica.

**Material e métodos:** Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 42 anos, caucasiana, primípara, com antecedentes pessoais de asma brônquica, ansiedade e de leiomiomas uterinos, submetida a miomectomia aos 35 anos e histerectomia total aos 38 anos. Recorreu ao médico assistente com dispneia, inicialmente interpretada como agravamento da asma, refractária à terapêutica. Radiologicamente, a radiografia de tórax e TC torácica revelaram múltiplos nódulos pulmonares, o maior com 3 cm no pulmão direito, assim como adenomegalias no hilo pulmonar direito e mediastínicas. Na broncofibroscopia, visualizaram-se sinais de infiltração neoplásica de um dos segmentos da pirâmide basal à direita, mas o exame histológico foi negativo para displasia ou neoplasia. As ecografias abdominal, pélvica, renal, tiroideia e PET não revelaram alterações. Os marcadores tumorais, nomeadamente Beta2microglobulina, CEA, AFP, CA19.9, CA15.3, CA125, CYFRA21, NSE e SCC foram normais. Procedeu-se a ressecção em cunha do lobo superior direito e lobo médio realizado por cirurgia torácica vídeo-assistida, sendo o diagnóstico histológico de Leiomiomas benignos metastizantes. Iniciou terapêutica com inibidores da LHRH com melhoria clínica.

**Resultados e conclusões:** A leiomiomatose benigna metastizante é uma doença rara, descrita pela primeira vez por Steiner em 1939. Esta patologia deve ser tida em consideração sobretudo em mulheres na pré-menopausa e após procedimentos cirúrgicos ginecológicos, sobretudo após exclusão de malignidade.

## P 66

### MIOMA UTERINO GIGANTE: UM CASO DE APRESENTAÇÃO RETROPERITONEAL ATÍPICA

Denise Bacalhau; Rita Mamede; Filipe Cordeiro; André Borges; Carla Nunes; Alexia Toller; Fernando Cirurgia

*Hospital de São Francisco Xavier – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*

**Introdução:** Os fibroleiomiomas uterinos são tumores geralmente benignos originários de tecido muscular liso uterino, podendo variar as suas dimensões desde microscópicas até formas gigantes. A sua localização é variável podendo classificar-se em miomas submucosos, intramurais ou subserosos. A localização retroperitoneal está descrita na literatura como rara, tornando o seu diagnóstico por vezes difícil.

**Objetivos:** Apresentação de caso clínico de mioma uterino gigante retroperitoneal.

**Material e métodos:** Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 46 anos, raça negra, múltipara, obesidade mórbida, com hemorragia uterina anómala com um ano de evolução. A ecografia ginecológica e a ressonância magnética pélvica revelaram útero de dimensões aumentadas, com contornos bosselados, identificando-se múltiplos leiomiomas com sinal habitual, destacando-se um de grandes dimensões (86x18mm) posterior, subseroso com degenerescência hialina e um anterior (74x60mm) com comportamento atípico subseroso. Pelas características imagiológicas foi proposta para terapêutica cirúrgica. Intraoperatoriamente constatou-se presença de volumosa formação retro-peritoneal com extensão até ao flanco esquerdo e pediculado a partir do colo uterino, com dimensões muito superiores às descritas em exames imagiológicos prévios (cerca de 200mm). Procedeu-se a histerectomia total e anexectomia bilateral, assim como remoção completa da massa retroperitoneal. Histologicamente comprovou tratar-se de um fibroleiomioma subseroso com 240x100x120mm com características hidrópticas.

**Resultados e conclusões:** A localização retroperitoneal de miomas uterinos deve ser tida em consideração como diagnóstico diferencial de massa retroperitoneal volumosa.

## P 67

### MANIFESTAÇÕES VULVARES DE DOENÇA DE CROHN – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Rocha; Lúcia Moleiro; Inês Alençã;  
Alexandre Morgado; Cláudia Marques  
*Centro Hospitalar e Universitário do Porto – Centro Materno Infantil do Norte*

**Introdução:** A doença de Crohn (DC) é uma doença granulomatosa multissistémica inflamatória crónica com atingimento predominante do trato gastrointestinal. O atingimento genital é raro, mas pode preceder a sintomatologia intestinal, tornando o diagnóstico desafiante. É necessário manter elevada suspeição clínica, sobretudo quando existe edema, eritema e dor vulvar seguidos de lesões ulceradas/ abscessos. As lesões tipo “corte de faca” são quase patognomónicas.

Pretece este trabalho analisar os casos com manifestações vulvares da DC.

**Material e métodos:** Análise descritiva retrospectiva dos casos de DC que se apresentaram na consulta de patologia da vulva do CMIN-CHUP com manifestações vulvares da doença

**Resultados e conclusões:** Identificaram-se 3 casos.

**Caso 1:** Mulher, 27 anos, previamente saudável. Encaminhada do Centro de Saúde por episódios recorrentes de edema exuberante do grande lábio direito, com melhoria transitória com antibióticos e anti-fúngicos, com 6 meses de evolução. Na consulta apresentava vulva com sinais inflamatórios, sobretudo grande lábio direito com atingimento clitoriano e leucorreia sugestiva de infeção micótica. Iniciou tratamento com clobetasol, AINE e fluconazol oral. Serologias negativas. Em reavaliação o grande lábio direito apresentava-se abcedado, tendo sido realizada drenagem cirúrgica e biópsia: abscesso. Intervenção complicada com celulite subcutânea da coxa, tendo sido realizada nova biópsia: dermatite granulomatosa. Retrospectivamente a doente referiu episódios de cólicas abdominais auto-limitadas e artralhas. Realizou colonoscopia com biópsias tendo sido diagnosticada DC ileal e pancólica severa com atingimento genital.

**Caso 2:** Mulher, 65 anos, hipertensa e diabética. Internamento em gastroenterologia por colite grave com suspeita de doença inflamatória intestinal (retorragias, dor anal, anorexia e diarreia). Observada por ginecologia por úlceras perineais e nos

grandes lábios, a maior com 2cm, dolorosas, fundo necrótico com exsudado de fibrina. Sem adenopatias. Serologias negativas. Realizou doxiciclina e azitromicina com melhoria. Estudo posterior com colonoscopia confirmou DC.

**Caso 3:** Mulher, 47 anos, hipertensa. Apresenta-se na consulta com úlceras vulvares e perineais recorrentes com 6 anos de evolução. Apresentava também fissuras lineares nas pregas inguino-crurais e supra-clitoriana e uma úlcera profunda, linear, tipo “corte de faca” na prega internadegueira. Biópsia cutânea revelou epiderme ulcerada com trajecto fistuloso, inflamação crónica e dermatite granulomatosa. Serologias negativas, teste de Mantoux negativo e RX tórax normal. Estudo colonoscópico normal. Assumida DC sem atingimento intestinal. Tratamento com metronidazol e azatioprina com melhoria das queixas. Apesar da DC ser maioritariamente diagnosticada pelo atingimento intestinal, as lesões cutâneas com envolvimento vulvoperineal podem ser a primeira manifestação, pelo que se deve manter suspeição clínica quando presentes as lesões características.

## P 68

### METASTIZAÇÃO ORBITÁRIA COMO SINAL DE APRESENTAÇÃO NO CARCINOMA DA MAMA: DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Coutinho, I.<sup>1</sup>; Marques, M.<sup>2</sup>; Almeida, R.<sup>3</sup>; Custódio, S.<sup>1</sup>; Simões Silva, T.<sup>3</sup>; Águas, F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC);* <sup>2</sup>*Serviço de Oftalmologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC);* <sup>3</sup>*Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)*

A metastização orbitária de tumores sólidos é um evento raro, ocorrendo em cerca de 2 a 3% dos casos. O carcinoma da mama é o tumor sólido que mais frequentemente metastiza para a órbita. No entanto, o envolvimento dos músculos extraoculares é uma complicação ainda menos frequente, e a sua apresentação enquanto sinal inaugural é excepcional. O quadro clínico é frequentemente inespecífico, representando um desafio diagnóstico. Sendo uma manifestação de doença disseminada, o tratamento é geralmente paliativo. O prognóstico é desfavorável, com uma sobrevida média de 18 a 24 meses. Apresenta-se um caso atípico de diplopia e ptose enquanto sintomas inaugurais de um

carcinoma disseminado da mama.

Mulher de 68 anos, com história de diplopia horizontal, ptose unilateral e sensibilidade retrobulbar com 12 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava ptose esquerda, diminuição da acuidade visual, restrição dos movimentos oculares horizontais com diplopia no olhar conjugado à esquerda. O restante exame físico, nomeadamente o exame mamário, era aparentemente normal. Analiticamente apresentava anemia, trombocitopenia e um CA 125 de 124 U / mL. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) das órbitas revelaram a presença de uma lesão infiltrativa intraconal envolvendo os músculos extraoculares. A biópsia da lesão foi sugestiva de metástase orbitária de carcinoma primário de mama. A mamografia mostrou uma área de distorção arquitetural no quadrante externo da mama direita. A biópsia por estereotaxia confirmou o diagnóstico de carcinoma invasivo não especificado (NOS) com forte positividade para os recetores de estrogénios e progesterona, Ki67 de 5% e HER2 negativo – subtipo luminal A. A PET de estadiamento revelou metastização difusa ganglionar e óssea. Iniciou quimioterapia paliativa com docetaxel e epirrubicina, associada a agentes moduladores ósseos. Ocorreu progressão da doença, pelo que foi iniciado um esquema de segunda linha com capecitabina e vinorelbina após 15 meses. No entanto, a paciente faleceu 38 meses após o diagnóstico.

Descreve-se um caso de apresentação atípica de carcinoma da mama, salientando a importância de considera-lo no diagnóstico diferencial de uma massa orbitária em mulheres idosas.

## P 69

### **INCONTINÊNCIA URINÁRIA – UMA MANIFESTAÇÃO RARA DA COALESCÊNCIA DOS PEQUENOS LÁBIOS**

Soraia Cunha; Rosália Coutada; João Pedro Prata;

Ana Rita Neiva; Paula Pinheiro

*Unidade Local de Saúde do Alto Minho*

**Introdução:** A coalescência dos pequenos lábios da vulva define-se como a presença de aderências, parciais ou totais, dos pequenos lábios e ocorre com maior frequência na infância e em mulheres na pós-menopausa, sugerindo um estado de hipoestrogenismo como principal fator etiológico. A maioria das mulheres permanece assintomática.

Nos casos mais severos, a coalescência completa dos pequenos lábios pode manifestar-se como incontinência ou incontinência urinárias.

**Objetivos:** Descrição de caso clínico e revisão da literatura.

**Material e métodos:** Mulher de 54 anos, com antecedentes de histerectomia total abdominal com preservação anexial aos 36 anos. No mesmo tempo operatório foi submetida a lise de aderências vulvares, por apresentar, à data, coalescência dos pequenos lábios ao nível da fúrcula posterior, que lhe causava dispareunia.

Referenciada à consulta de uroginecologia por queixas de incontinência urinária (IU) com dois anos de evolução, que descrevia como perda involuntária de urina associada a grandes esforços e episódios ocasionais de urgência miccional.

Ao exame, constatada atrofia vulvar severa e coalescência praticamente completa dos pequenos lábios, com presença de aderências desde a fúrcula até ao nível do clítoris, recobrimo totalmente o introito vaginal, meato uretral e clítoris sendo interrompidas apenas por um orifício punctiforme milimétrico na linha média.

A coalescência total dos pequenos lábios impossibilitou o exame ginecólogo completo, não sendo possível visualizar o meato uretral, no entanto constatou-se o acúmulo e urina na vagina que se exteriorizava com o aumento da pressão abdominal.

Foi tentado o desbridamento digital e medicada com estrogénios tópicos.

**Resultados e conclusões:** A coalescência total dos pequenos lábios é uma condição rara, podendo causar sintomas urinários por um mecanismo obstructivo que resulta no acúmulo de urina na vagina, causando urgência miccional e extravasamento através de um pequeno orifício vulvar durante os esforços.

A estrogénioterapia tópica é o tratamento de primeira linha, embora nos casos severos o desbridamento cirúrgico possa ser necessário, com eventual correção cirúrgica da IU de esforço.

## P 70

### **HISTERECTOMIA ASSISTIDA POR LAPAROSCOPIA – COMPLICAÇÕES E EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA**

Mafalda Simões; Rita Torres; Sofia Alegre; Rui Viana; Conceição Telhado  
*Hospital CUF Descobertas*

**Introdução:** A prática crescente da cirurgia minimamente invasiva obriga à criação de Unidades Hospitalares diferenciadas de forma a oferecer às pacientes as vantagens evidentes que esta cirurgia oferece, exaustivamente estudadas e comprovadas pelos estudos científicos: a baixa morbilidade cirúrgica, hemorragia intraoperatória mínima, a curta duração do internamento, a rápida recuperação à vida quotidiana e o efeito cosmético.

**Objetivo:** O nosso estudo retrospectivo teve como intuito analisar a casuística de uma unidade de saúde privada, no que diz respeito à prática de histerectomia laparoscópica ou assistida por laparoscopia.

**Métodos:** Analisaram-se as pacientes propostas a histerectomia laparoscópica ou assistida por laparoscopia durante o período compreendido entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2018. Através dos processos clínicos informatizados foi possível elaborar uma base de dados com as características demográficas, antecedentes pessoais e cirúrgicos, indicação cirúrgica, características da cirurgia e respetivas intercorrências. Posteriormente foi feita uma análise estatística descritiva.

**Resultados:** Do total das 83 histerectomias propostas por via laparoscópica, ocorreu conversão para laparotomia apenas em 5 casos, sendo que numa das situações a causa foi anestésica e nas restantes foi por condições técnicas. A indicação predominante (62,8%) para cirurgia foram os fibromiomas e a adenomiose sintomática. A duração média da cirurgia foi de 127,82 minutos  $\pm$  35,4 DP. Como complicações intraoperatórias reportamos uma hemorragia intraoperatória (> 500 mL) sem necessidade de converter a laparotomia e uma lesão iatrogénica da bexiga. No que diz respeito a complicações a complicações pós-operatórias tivemos 3 complicações menor e 2 complicações major (um caso de tromboembolismo pulmonar que ocorreu 15 dias após a cirurgia numa doente sob profilaxia com enoxaparina e um caso de lesão

ureteral tardia com necessidade de colocação de stent uretral). A duração média do internamento foi de 2,53 dias  $\pm$  0,77 DP.

**Conclusão:** Na nossa amostra a morbilidade cirúrgica foi baixa, comprovando as vantagens desta via de abordagem cirúrgica, tornando imprescindível para qualquer unidade hospitalar a formação e diferenciação nesta área da ginecologia.

## P 71

### **SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA HISTEROSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE PÓLIPOS ENDOMETRIAIS E MIOMAS SUBMUCOSOS**

Fernanda Vilela; Ana Edral; Tatiana Semedo Leite; Ana Casquilho; Amália Pacheco  
*Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro*

A histeroscopia consiste num exame *gold standard* na avaliação da patologia da cavidade uterina. A vantagem da histeroscopia consiste na possibilidade de realização do diagnóstico e tratamento em simultâneo. Diversos estudos apontam para uma elevada sensibilidade e especificidade da histeroscopia na identificação da patologia endometrial como pólipos e miomas. O objetivo deste estudo consiste em avaliar a especificidade e sensibilidade da histeroscopia no diagnóstico de pólipos endometriais e miomas submucosos através da avaliação da relação entre estes achados e o resultado anatomopatológico.

Foi realizado um estudo retrospectivo onde foram analisadas 92 histeroscopias diagnósticas efetuadas no Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Unidade de Faro entre os anos 2015 e 2016.

A amostra estudada é constituída por 92 histeroscopias diagnósticas onde foram identificadas formações intra-cavitárias, como miomas submucosos ou pólipos endometriais, tendo-se procedido posteriormente à sua ressecção e estudo anatomopatológico. A idade média das mulheres da amostra foi de 54,6 anos. Cerca de 56,5% eram mulheres pós-menopausa. A maioria das mulheres (71,74%) manifestaram hemorragia uterina anómala. Os achados mais frequentemente encontrados foram os pólipos endometriais, correspondendo a 95,7% das formações visualizadas em histeroscopia. Na amostra estudada foi possível verificar uma sensibilidade de 94,23% e uma especificidade de 42,5% da histeroscopia para o diagnóstico de pólipos, com

um VPP de 68,1% e VPN de 85%. Foi ainda possível constatar uma sensibilidade e especificidade de 87,5% e 98,7%, respectivamente, na identificação de miomas submucosos.

Os resultados deste estudo demonstram que a histeroscopia constitui um método fidedigno na avaliação e diagnóstico de miomas submucosos, apresentando elevada sensibilidade e especificidade. No entanto, na nossa análise verificámos uma baixa especificidade na detecção de pólipos endometriais. Este dado pode ser explicado pela dificuldade de diagnóstico diferencial por histeroscopia de protusões endometriais. Por vezes as lesões visualizadas são classificadas como pólipos endometriais, no entanto o exame anatomopatológico revela mioma, hipertrofia do endométrio ou até hiperplasia.

## P 72

### **ACHADOS HISTEROSCÓPICOS NA HEMORRAGIA UTERINA ANÓMALA**

Ana Edral<sup>1</sup>; Sara Nunes<sup>2</sup>; Mariana Morais<sup>2</sup>; Herculano Martins<sup>2</sup>; Daniela Freitas<sup>2</sup>; Ana Moreira<sup>2</sup>; Rosário Almeida Lopes<sup>2</sup>; Osvaldo Moutinho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro;

<sup>2</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Introdução:** A hemorragia uterine anómala (HUA) é um dos motivos mais frequentes de referenciação à consulta de ginecologia, sobretudo na fase de peri e pós-menopausa. A histeroscopia é um procedimento simples, que proporciona um meio de diagnóstico de patologia endocervical e endometrial e, em simultâneo, a capacidade de executar biópsias incisionais dirigidas ou mesmo excisionais com tratamento da causa de HUA.

**Objetivo:** Descrever os achados histeroscópicos e anatomo-patológicos em mulheres com hemorragia uterine anómala submetidas a histeroscopia em ambulatório durante o ano de 2017 no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

**Métodos:** Pesquisa do processo clínico de todas as mulheres submetidas a histeroscopia diagnóstica durante o ano de 2017 por hemorragia uterina anómala.

**Resultados:** Em 2017 foram realizadas 431 histeroscopias em ambulatório, dessas, 184 mulheres referiam HUA. A média de idade da amostra com HUA foi de 57.03 anos, sendo que 64,7% das mu-

lheres se encontravam em estado pós-menopausa. Quanto aos achados ecográficos, o mais frequente foi espessamento endometrial (37.5%) que, em média, era de 11.4mm, 27.2% das mulheres apresentavam uma ecografia sem alterações e, em 16.8%, havia suspeita de pólipo endometrial. A histeroscopia foi normal em 29,3% das mulheres, em 9,2% não foi possível realizá-la (por estenose do orifício cervical interno ou intolerância da doente) e, nas restantes, o achado mais frequente foi pólipo endometrial (31.0%). Fizeram-se 56 biópsias durante o procedimento, sendo que 50.0% correspondiam a pólipos endometriais, havendo a referir 5.4% neoplasias do endométrio.

Em 27.7% dos casos optou-se por realizar ressetoscopia e em 11.4% hysterectomia. Os resultados histológicos vieram confirmar que a causa mais frequente para HUA é o pólipo endometrial (38.8%), seguida de carcinoma do endométrio (3.8%) e miomas (3.8%).

**Conclusão:** A histeroscopia é uma ferramenta para estudo das mulheres com HUA, sendo um exame bem tolerado, realizado em ambulatório, permitindo o diagnóstico de patologia endometrial e, em alguns casos, permite a sua resolução durante o próprio procedimento.

## P 73

### **CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE GRANDES CÉLULAS DO COLO DO ÚTERO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

S. Nascimento; R. Branco; T. Diniz da Costa; V. Santos; J. Silva Pereira; F. Gomes; R. Oliveira  
*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*

**Introdução:** Os tumores neuroendócrinos representam menos de 2% dos carcinomas do colo. De acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde, subdividem-se em tumores carcinoides típicos e atípicos, carcinomas neuroendócrinos de pequenas células (CNPC) e carcinomas neuroendócrinos de grandes células (CNGC). Os CNGC são extremamente raros e agressivos. Dada a sua baixa incidência, não existem linhas de orientação claras em relação à abordagem destes tumores.

**Objetivos:** Apresentação de caso clínico e revisão da literatura.

**Material e métodos:** Revisão da literatura relativamente a carcinomas neuroendócrinos do colo do



útero e apresentação de caso clínico.

**Resultado e conclusões:** Caso clínico: Mulher de 69 anos, caucasiana, Gesta 5 Para 3, menopausa aos 50 anos, com THS durante 3 anos. Recorreu ao serviço de urgência por perda hemática vaginal. À observação apresentava lesão suspeita do colo, que infiltrava a parede vaginal lateral direita e paramétrio direito. A biópsia revelou carcinoma neuroendócrino de alto grau, do tipo de grandes células. Na TAC de estadiamento foi classificado como estadio IV B, com metastização ganglionar ileo-pélvica e retroperitoneal.

Em reunião multidisciplinar decidiu-se terapêutica com quimioterapia com carboplatina e etoposido e radioterapia. Na TAC de avaliação da resposta, após 3 ciclos de quimioterapia, apresentava ureterohidronefrose bilateral, apesar de diminuição da lesão do colo do útero de 78 para 49mm. Colocadas nefrostomias bilaterais com melhoria da função renal. Realizou cistoscopia, identificando-se invasão neoplásica do pavimento vesical. Concomitantemente, a doente apresentou progressiva deterioração do estado geral, tendo falecido cerca de 6 meses após o diagnóstico, em contexto de tromboembolismo pulmonar.

**Conclusão:** Os carcinomas neuroendócrinos de grandes células apresentam-se frequentemente com hemorragia vaginal, embora estejam por vezes associados a dor abdominal e disúria. A abordagem terapêutica varia consoante o estadio e segue os aspectos biológicos e histogénicos, independentemente do local anatómico de apresentação. Nos estadios mais avançados, preconiza-se o tratamento com quimioterapia à base de platina, associada a etoposido, com eventual radioterapia. São tumores de mau prognóstico, pelo seu comportamento agressivo, com elevada taxa de recorrência e metástases à distância. A sobrevida média é de 16,5 meses para todos os estadios, sendo estimada em cerca de 1,5 meses no estadio IV.

**P 74**

## **ACETATO DE ULIPRISTAL NO TRATAMENTO DE MIOMAS SINTOMÁTICOS: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Filipa Malheiro; Catarina Melo; Joana Cruz; João Cavaco; Margarida Martinho; Jorge Beires  
*Centro Hospital São João*

**Introdução:** O mioma uterino é o tumor pélvico benigno mais frequente na mulher em idade reprodutiva, representando a principal causa de histerectomia. O acetato de ulipristal (AUP) é um modulador seletivo sintético do receptor da progesterona, constituindo a opção terapêutica mais recente para os miomas sintomáticos. A terapêutica médica visa controlar sintomas, reduzir ou induzir o desaparecimento dos miomas facilitando o tratamento cirúrgico ou em alguns casos evitá-lo.

**Objectivo:** Avaliar a eficácia do AUP no tratamento médico dos miomas sintomáticos.

**Materiais e métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, incluindo mulheres com miomas sintomáticos após um ciclo de tratamento (3 meses) com AUP, de julho de 2013 e dezembro de 2017, num centro hospitalar terciário. Foram consultados os registos clínicos electrónicos para obter informação demográfica, clínica e imagiológica antes, durante e depois do tratamento.

**Resultados:** No período em estudo foi prescrito AUP a 281 mulheres. Foram excluídas 115 por informação clínica incompleta, 55 por ciclos incompletos e 4 por perda de seguimento. A média de idade ao diagnóstico das 107 mulheres avaliadas foi de  $40,6 \pm 6,8$  e 36,1% apresentavam hábitos tabágicos. Nestas não houve registo de efeitos adversos que motivassem a interrupção do tratamento. Quanto aos sintomas, 90,5% hemorragia uterina anormal, 40,8% dor pélvica e 7,6% sintomas urinários. A resolução das queixas durante a toma de AUP ocorreu em 88,4% com 30% de recorrência de pelo menos uma das queixas após suspensão. Houve diminuição das dimensões do maior mioma em 75/107 mulheres (70%). A média da diminuição da maior dimensão foi de  $12,9 \pm 11,5$ mm (10,3-15,5), e da percentagem de volume (cm<sup>3</sup>) de  $38,9,71 \pm 25,4\%$  (31,4-48,41). Quando definimos como significativa uma diminuição de pelo menos 5 mm entre duas avaliações ecográficas constatou-se diminuição da maior dimensão em 66/107. Com-

parando os casos em que houve diminuição das dimensões dos miomas com os restantes, não houve diferenças significativas relativamente à idade ao diagnóstico, tabagismo, paridade e quanto ao tipo, dimensão e *score* vascular inicial do mioma. Parece haver uma associação entre a diminuição do tamanho dos miomas e a melhoria sintomática (94,5% vs 73,3%  $p=0,002$ ) e a necessidade de tratamento após AUP (33,3% vs 66,7%  $p=0,003$ ).

**Conclusão:** O AUP mostrou ser uma opção terapêutica importante no tratamento de mulheres com miomas sintomáticos, sendo o controlo dos sintomas alcançado em > 80% das doentes após um ciclo de tratamento. Registamos que em cerca de 1/3 das pacientes houve recorrência de pelo menos uma das queixas após suspensão do fármaco. Parece haver uma associação entre a diminuição dos miomas, a melhoria das queixas e a necessidade de tratamento posterior. Na sequência da instituição de 2 ciclos de tratamentos em doentes respondedoras planeamos avaliar o impacto de ciclos múltiplos de AUP.

## P 75

### UTILIDADE DA HISTEROSCOPIA NA AVALIAÇÃO DE ESPESAMENTO ENDOMETRIAL ECOGRÁFICO

Ana Ribeiro; Sofia Pedrosa; Rosa Neto; Clara Moreira; Mario Oliveira

*Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro*

**Introdução:** A histeroscopia diagnóstica constitui o método de eleição do estudo da cavidade uterina.

**Objetivos:** Averiguar a importância e utilidade da histeroscopia na avaliação de espessamento endometrial ecográfico.

**Métodos:** Estudo retrospectivo que envolveu 205 doentes submetidas a histeroscopia por suspeita ecográfica de espessamento endometrial distribuídas em: Grupo 1 (G1 – 56 doentes) – pré-menopausa; G2 (G2 – 149 doentes) – pós-menopausa.

**Resultados:** A idade média no G1 foi de 46,1 anos e no G2 de 65,5 anos. Em G1 o eco endometrial variou entre 10,5 -25 mm (média de 15,4 mm). No G2 o eco endometrial variou entre 5-89 mm (média de 11mm). Associado às alterações ecográficas 64,3% das doentes em G1 e 48,3% em G2 apresentavam sintomas. Verificou-se que nas doentes sintomáticas do G2 o eco endometrial era superior face às doentes assintomáticas. Em G1 o eco endometrial

era sobreponível nas doentes sintomáticas e assintomáticas. Os achados histeroscópicos em G1 foram: pólipos (16%), miomas (7,1%), hipertrofia difusa (17,6%), hipertrofia focal (8,9%), hipertrofia polipoide (7,1%), sinequias (5,4%), malformações uterinas (3,6%) e 34,3% das doentes não apresentava patologia visível. No G2 os achados histeroscópicos foram: pólipos endometriais (36%), miomas (9,4%), hipertrofia focal (5,4%), hipertrofia difusa (9,3%), sinequias (10%), suspeita de adenocarcinoma (7,4%), muco (5,4%), piometra (0,7%), malformações uterinas (0,7%) e 15,7% não apresentava patologia.

**Conclusão:** A maioria das doentes com espessamento endometrial ecográfico provou ter patologia associada após realização de histeroscopia. Essa situação objetivou-se em ambos os grupos avaliados. Os resultados relativos ao grupo da pré-menopausa no nosso estudo constataram um elevado número de doentes sem patologia e não houve nenhum caso de malignidade. Desta forma a histeroscopia poderá ser diferida neste subgrupo de mulheres, situação que deverá ser avaliada individualmente.

## P 76

### ENDOMETRIOSE COM ENVOLVIMENTO INTESTINAL. O PAPEL DO CIRURGIÃO GERAL.

João Mendes Louro<sup>1</sup>; Ana Raquel Neves<sup>2</sup>; Fernanda Gerales<sup>2</sup>; Fernanda Águas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia C, Hospital Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Ginecologia C, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A endometriose afeta 10% das mulheres em idade fértil, e em cerca de 5% apresenta uma localização extragenital. Define-se endometriose extragenital como a presença de glândulas e estroma endometrial fora dos limites dos órgãos genitais. O atingimento intestinal é o mais frequente, atingindo preferencialmente o cólon sigmóide, seguindo-se o reto, íleon, apêndice ileocecal e o cego. O espetro de apresentação é variado, uma vez que os sintomas dependem da localização da doença. Embora possa ser assintomática, a ciclicidade dos sintomas, muitas vezes, é a única pista para o diagnóstico.

**Objetivos:** Análise dos casos de endometriose intestinal com indicação cirúrgica em colaboração

com a Cirurgia Geral.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo descritivo unicêntrico das doentes com diagnóstico de endometriose intestinal entre 2008 e 2017 seguidas no nosso Hospital, através da consulta do processo clínico.

**Resultados:** Exposição de 3 casos clínicos de doentes com endometriose intestinal, focando a sintomatologia, abordagem terapêutica e *follow-up*. Apresenta-se 1 caso de endometriose do apêndice ileocecal manifestado como apendicite aguda e 2 casos de endometriose do cólon sigmóide diagnosticados em contexto de histerectomia por endometriose.

**Conclusão:** O atingimento intestinal por endometriose é a localização extragenital mais frequente, e afeta 4-37% das doentes consoante as séries. Atinge o apêndice ileocecal em cerca de 2-4% e o colon/reto em 5-12%. A sua presença tem um forte impacto na qualidade de vida destas mulheres, e na maioria dos casos o diagnóstico é feito no contexto de complicações relacionadas com o órgão envolvido. O tratamento deve ser individualizado, respeitar o desejo reprodutivo da mulher, quando possível, e orientado por uma equipa médica multidisciplinar da qual deverão fazer parte Ginecologista, Cirurgião Geral, Urologista, Radiologista e Médicos especialistas em dor crónica.

## P 77

### ADENOCARCINOMA ENDOMETRIÓIDE DO ENDOMÉTRIO BEM E MODERADAMENTE DIFERENCIADOS: UMA MESMA ENTIDADE?

Cátia Sofia Ferreira<sup>1</sup>; Mariana Mouraz<sup>2</sup>;  
Sónia Gonçalves<sup>1</sup>; Nuno Dias<sup>1</sup>; Nuno Nogueira Martins<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar Tondela-Viseu; <sup>2</sup>Hospital Dr. José de Almeida, Cascais

**Introdução:** Nos países desenvolvidos, o carcinoma endometrial é a quarta neoplasia mais frequente nas mulheres e o cancro do tracto genital feminino mais prevalente. 80-90% dos casos são do tipo endometrióide e cerca de 80% são diagnosticados nos estádios I da FIGO, com taxas de sobrevivência aos 5 anos superiores a 95%. Um grau de diferenciação G1 ou G2 não parece influenciar o prognóstico a longo prazo e por isso não modifica a estratégia de estadiamento nestes casos.

**Objectivo:** Estudar as doentes com adenocarcino-

ma endometrióide do endométrio estágio I da FIGO que realizaram estadiamento cirúrgico na instituição e o impacto prognóstico da diferenciação histológica G1 e G2 nesta população.

**Materiais e métodos:** Estudo observacional retrospectivo que incluiu as doentes com diagnóstico de adenocarcinoma endometrióide do endométrio estágio I da FIGO, bem (G1) ou moderadamente (G2) diferenciado, cujo estadiamento foi realizado na instituição dos autores e cujo caso clínico foi discutido em Consulta de Decisão de Terapêutica, entre julho de 2012 e julho de 2017. Análise estatística realizada por grupos (IAG1, IAG2, IBG1 e IBG2) com o programa IBM *SPSS Statistics*.

**Resultados e conclusões:** 73 doentes cumpriram os critérios de inclusão: 54 no estágio IA e 19 no IB. Oito mulheres não realizaram seguimento na instituição. Hemorragia pós-menopausa foi a apresentação clínica mais frequente (76%) e o diagnóstico histológico foi obtido mais frequentemente por histeroscopia (67%). A idade média foi superior nas mulheres do grupo IB relativamente ao IA e do grupo G2 relativamente ao G1. Nos 4 grupos - IAG1, IAG2, IBG1 e IBG2 - mais de 50% das doentes tinha idade > 60 anos e IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>. O seguimento médio foi de 30 meses no estágio IA e 14 meses no IB. Não houve recidivas no grupo G1 e houve 3 no G2: duas em tumores IA e uma num tumor IB.

Apesar da ausência de significância estatística, verificou-se nesta série uma associação entre tumores moderadamente diferenciados e um risco superior de recidiva nos estádios I da FIGO, independentemente do grau de invasão miometrial. Estudos de maiores dimensões poderiam elucidar acerca do eventual impacto de uma maior agressividade cirúrgica em adenocarcinomas endometrióides do endométrio G2 no estágio IA.

## P 78

### CONJUNÇÃO E DESFECHOS OSBÉTRICOS

Ana Soares; Rodrigo Mata; Sara Costa; Flávia Vicente;  
Cecília Urzal; José Parra; Virgílio Flôr  
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve  
– Unidade de Portimão

**Introdução:** A exérese da zona de transformação (EZT) constitui um procedimento cirúrgico que pretende a excisão de lesão displásica do colo do

útero com margens de segurança. O tratamento cirúrgico das lesões pré-malignas do colo do útero ocorre com frequência em mulheres em idade fértil e associa-se a piores outcomes obstétricos. A associação entre EZT por ansa diatérmica e parto pré-termo (PPT) em gravidez subsequente é mostrada em alguns estudos e contrariada por outros. **Objetivos:** Análise dos desfechos obstétricos das doentes submetidas a EZT prévia à gravidez e determinação do risco de parto pré termo em gravidez subsequente.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo que incluiu as doentes submetidas a EZT entre 1 de janeiro de 2011 e junho de 2016 no Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Portimão e análise dos respectivos desfechos obstétricos; foram consultados 301 processos clínicos.

**Resultados e conclusões:** O estudo incluiu 272 mulheres submetidas a EZT com ansa diatérmica; 20,6 % (56/272) das mulheres engravidaram após procedimento e apresentaram uma média de idades de 29,7 anos; 16,2% (44/272) das mulheres apresentaram uma única gravidez após procedimento e 4,4% (12/272) apresentaram 2 gravidezes; da primeira gestação resultaram 36 partos a termo (PT) (64,3%), 1 PPT (1,8%), 15 interrupções voluntárias da gravidez (IVG) (26,8%) e 4 abortos espontâneos de primeiro trimestre (AE) (7,1%); quanto à via do parto registaram-se 22 partos vaginais (59,5%) e 15 partos por cesarianas (40,5%); a duração média da gestação da qual resultou um parto a termo foi de 39,6 semanas e de 36,0 semanas no caso do PPT. O tempo decorrido em média do procedimento excisional ao parto foi de 36 meses; os recém-nascidos apresentaram em média um peso de 3144,9 Kg, 89% com Apgar >7 ao 1º minuto e 100% ao 5º minuto.

A taxa de gravidez pós EZT foi de 20,6%; não ficou demonstrada associação entre o tratamento excisional e PPT - taxa de PT de 97,3% (36/37) *versus* taxa de PPT de 2,7% (1/37); demonstrou-se uma elevada taxa de partos por cesariana (40,5%), valor superior à taxa global do hospital; a amostra reduzida constituiu uma limitação da conclusão do estudo. Salienta-se a elevada taxa de IVG (26,8%) o que motivou uma melhoria da referência das mulheres submetidas a EZT para consulta de Pla-

neamento Familiar hospitalar e uma melhoria na articulação dos Cuidados Hospitalares do CHUA – Unidade de Portimão com os Cuidados Primários de Saúde da região.

## P 79

### NÍVEL DE SATISFAÇÃO DE DOENTES SOB ACETATO DE ULIPRISTAL NO TRATAMENTO DE LEIOMIMAS UTERINOS

Mariana Lira Morais; Inês Sá; Daniela Freitas; Zélia Gomes; Osvaldo Moutinho

*Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro, Vila Real*

**Introdução:** O acetato de Ulipristal (AU) é um modulador seletivo dos receptores da progesterona, utilizado no tratamento pré-operatório e intermitente de sintomas moderados a graves de leiomiomas uterinos (LU). Os LU são a neoplasia benigna mais comum da pelve feminina em idade reprodutiva e podem causar sinais/sintomas significativos como perda hemática considerável, astenia, anemia ferripriva, infertilidade, dor pélvica ou alterações da frequência urinária.

A percepção de melhoria da sintomatologia e o grau de satisfação das doentes é essencial quer para a adesão ao tratamento quer para avaliar o sucesso clínico das terapêuticas alternativas no tratamento dos LU.

**Objetivo:** Avaliar o nível de satisfação de doentes com o diagnóstico de LU relativamente ao tratamento com AU.

**Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo onde foram selecionadas todas as mulheres adultas seguidas no Serviço de Ginecologia do CHTMAD e que fizeram pelo menos 1 ciclo de AU, entre janeiro/2017 e janeiro/2018. Foram consultados os respetivos processos clínicos informáticos. As doentes foram contactadas telefonicamente e, após consentimento, foram submetidas a um questionário de satisfação sobre o tratamento com AU. Este questionário é constituído por 4 questões, três delas com cinco graus de resposta, com base na Escala de Likert e uma de carácter dicotómico (sim/não). Foram excluídos do estudo os casos sem informação clínica suficiente, os que ainda não tinham completado 1 ciclo de tratamento e aqueles em que não foi possível aplicar o questionário. Obteve-se uma amostra final de 34 mulheres.

**Resultados:** A idade média das doentes foi 42,4±6,7

[28-52]. 70,6 % referiu melhoria da sintomatologia durante o período de toma do AU. Apenas 2,9% revelou sentir-se pior com este fármaco. 41,2 % ficou em amenorreia, contudo 32,4 % manteve perda hemática significativa. Foram descritos efeitos laterais em 6 casos (alopécia, cefaleias, náuseas e vômitos). Em termos de satisfação global com o tratamento, mais de metade das doentes (58,8%) referiu estar satisfeita com o AU e recomendaria o mesmo tratamento a outras pacientes.

**Conclusão:** Apesar da limitação da amostra e do carácter retrospectivo do estudo é possível afirmar que >50% das doentes ficam satisfeitas com o tratamento com AU sendo, do ponto de vista subjectivo, eficaz no controlo sintomático dos leiomiomas.

## P 80

### QUAIS OS FACTORES QUE INFLUENCIAM O SUCESSO DA TERAPÊUTICA COM ACETATO DE ULIPRISTAL?

Inês Sá; Mariana Morais; Patricia Alves; Daniela Freitas; Osvaldo Moutinho

*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

**Introdução:** Os fibromiomas uterinos constituem o tumor pélvico mais comum no sexo feminino. Se sintomáticos, manifestam-se por hemorragia uterina anómala, anemia ferripriva e dor ou pressão pélvica. O tratamento pode ser cirúrgico ou médico. De entre as opções médicas de tratamento, o acetato de ulipristal é a única com eficácia tanto no controlo hemorrágico como na diminuição do fibromioma. No entanto, pouco se sabe sobre quais os factores que influenciam a resposta ao acetato de ulipristal.

**Objectivo:** O objectivo foi determinar a proporção e as características das mulheres que responderam ou não a um ou mais ciclos de tratamento com acetato de ulipristal

**Métodos:** Foi levado a cabo um estudo de coorte retrospectivo através da consulta de processos clínicos da plataforma SClinico. Foram seleccionadas 42 mulheres adultas pré-menopausicas tratadas no CHTMAD, entre 01/01/2017 e a presente data, submetidas a pelo menos um ciclo de tratamento com acetato de ulipristal. O sucesso clínico do tratamento foi definido pela normalização do fluxo menstrual e/ou do valor de hemoglobina. O sucesso imagiológico do tratamento foi definido pela

redução  $\geq 25\%$  do volume do fibromioma dominante. Foi avaliada a relação das características da amostra (idade, paridade e tamanho do fibromioma dominante) com o sucesso/insucesso terapêutico.

**Resultados:** A média de idade da amostra foi de 42,5 anos e a paridade média de 1,1. A hemorragia uterina anómala foi indicação para tratamento em 76,2% dos casos, a anemia em 33,3% a dor pélvica em 2,4% dos casos. 52,4% das mulheres tinham um fibromioma, e 16,7% tinham 2 ou mais fibromiomas. A média do tamanho do maior fibromioma foi de 48,8mm. O valor médio de hemoglobina prévia ao tratamento foi de 10,1mg/dl. A taxa de sucesso clínico foi de 70% e a taxa de sucesso imagiológico foi 44,4%. No grupo de mulheres com resposta clínica ao tratamento, a média de idades foi de 43 anos, a paridade média de 0,7 e o tamanho médio do maior fibromioma foi de 46,5mm; no grupo de insucesso clínico, a média de idades foi de 41,8 anos, a paridade média de 1,12 e o tamanho médio do maior fibromioma foi de 44,5mm. Da mesma forma, foi avaliada a relação destas características com o sucesso/insucesso imagiológico.

**Discussão e conclusão:** Existe ainda pouca informação sobre quais os factores clínicos e demográficos que influenciam a resposta ao tratamento com acetato de ulipristal. Este trabalho procurou compreender quais as doentes que mais beneficiarão de um ou mais ciclos desta terapêutica, de modo a poupar tratamentos inadequados. Dada o tamanho da amostra, não foi possível associar de forma independente os factores idade, paridade e tamanho do maior fibromioma com o sucesso terapêutico.

## P 81

### LASER YAG-ERBIUM NA SÍNDROME GENITO-URINÁRIA

Pedro Brandão<sup>1,2</sup>; Amélia Almeida<sup>3</sup>; Paula Ramôa<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa;* <sup>2</sup>*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;* <sup>3</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Médio Ave;* <sup>4</sup>*Hospital Lusíadas Porto*

**Introdução:** O LASER vaginal tem sido recentemente utilizado para tratamento dos vários componentes da Síndrome Genito-urinária, mas a escassez de estudo limita a evidência da eficácia e da segurança. O LASER Yag-Erbium, devido a ser

fortemente absorvido pela água, atua superficialmente na mucosa vaginal, de forma não ablativa, tornando-o o LASER de eleição para o tratamento da S. Genito-urinária.

**Objetivo:** Os autores realizaram um estudo inter-vencional prospetivo com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança do LASER Yag-Erbium vaginal no tratamento da S. Genito-urinária.

**Métodos:** As pacientes tratadas foram avaliadas de forma subjetiva em consulta, e pelo preenchimento do questionário ICIQ-*VS* validado para a língua Portuguesa, aplicado antes e após os tratamentos, sendo posteriormente comparados os resultados. Os *outcomes* primários foram os sintomas da S. Genito-urinária, tanto em termos de frequência como de severidade; os *outcomes* secundários foram os efeitos laterais, complicações e a satisfação global das pacientes. Os dados foram tratados com *SPSS*® usando os testes T e Wilcoxon.

**Resultados e conclusões:** Durante um período de 2 anos, foram tratadas 86 pacientes com pelo menos um dos sintomas da S. Genito-urinária e que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão para tratamento com LASER Yag-Erbium vaginal. Foi possível completar a avaliação em consulta em 53 pacientes e o questionário em 40 pacientes, 23 pacientes foram perdidas durante o *follow-up*.

A maioria das pacientes reportou melhoria nos *outcomes* primários, nomeadamente na secura vaginal, dispareunia, sensação de corpo estranho, vagina larga ou apertada, diminuição da sensibilidade vaginal, dor pélvica e perdas involuntárias de urina, tendo a maioria reportado impacto positivo na vida sexual e relacionamento. Como efeitos laterais, algumas pacientes reportaram ligeiro desconforto / ardência durante aplicação vulvar e 1 paciente sofreu retenção urinária de “novo” com necessidade de algaliação temporária.

Este estudo tem como principais limitações a falta de grupo comparativo e o curto período de *follow-up*. Conclui-se, no entanto, que o LASER Yag-Erbium vaginal é uma alternativa terapêutica não invasiva, eficaz e segura para a S. Genito-urinária.

**P 82**

## **TERATOMA IMATURO DO OVÁRIO – CASO CLÍNICO**

Maria Lúcia Moleiro; Marta Sales Moreira; Helena Veloso; Eugénia Fernandes; Alexandre Morgado; António Tomé Pereira  
*Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** O teratoma imaturo do ovário é um tumor raro que corresponde a menos de 1% dos teratomas ováricos. Apresenta-se, habitualmente, em mulheres jovens como uma massa anexial descoberta acidentalmente ou na sequência de estudo por aumento do volume abdominal e/ou dor abdominal. Histologicamente, inclui tecidos das três linhagens germinativas que se apresentam de forma desorganizada. A quantificação dos elementos imaturos neurais permite a classificação destes tumores em 3 graus, de acordo com a maior ou menor diferenciação, influenciando o seu prognóstico.

**Objetivo:** Apresentação de um caso clínico de teratoma imaturo do ovário.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de um caso de teratoma imaturo do ovário após recolha de informação através da entrevista clínica e exames complementares de diagnóstico. Revisão e discussão de tema de acordo com a pesquisa na *PubMed* com as palavras *ovarian immature teratoma*.

**Resultados e conclusões:** Mulher de 23 anos, saudável, recorreu ao médico de família por aumento do volume abdominal com cerca de 6 semanas de evolução. Efetuou ecografia abdominal que revelou uma massa pélvica com origem aparente no anexo esquerdo e com extensão ao hipogastro, pelo que realizou tomografia axial computadorizada que caracterizou a massa como poliquística, com cerca de 12 cm de maior dimensão. Foi referenciada para a consulta de Ginecologia Oncológica do nosso hospital, onde era objetivável, ao exame físico, a massa descrita. Dadas as características, a doente foi proposta para laparotomia exploradora. Do estudo analítico pedido salientava-se a alfa-fetoproteína e CA-125 elevados.

A cirurgia decorreu sem intercorrências, tendo sido efetuada anexectomia esquerda e quistectomia do ovário direito, sem que se objetivassem localizações secundárias. O exame anátomo-patológico revelou

que a massa anexial esquerda correspondia a teratoma imaturo do ovário (grau 3; FIGO IA), sendo a massa anexial direita compatível com endometrioma. O líquido ascítico não revelou células malignas. A doente foi posteriormente referenciada para consulta de Oncologia Médica e proposta para quimioterapia adjuvante com bleomicina, etoposido e cisplatina. Dada a idade da doente, foi alvo de observação e orientação em consulta de Preservação de Fertilidade no nosso Hospital.

Este caso ilustra a forma indolente como este tipo de tumor pode evoluir numa mulher jovem, condicionando sintomas apenas pelo seu efeito de massa. Apesar da excisão total da massa tumoral ter sido conseguida, dado o grau de diferenciação tumoral, a quimioterapia adjuvante é fundamental, devendo a preservação do potencial reprodutivo ser discutida com a doente.

## P 83

### **AValiação ECOGRÁFICA DO TIPO BIOLÓGICO DE NEOPLASIA ENDOMETRIAL**

Joana Bernardeco; Rosário Botelho; Filipa Alpendre; Maria José Bernardo  
*Centro Hospitalar de Setúbal, Centro Hospitalar Lisboa Central – Maternidade Alfredo da Costa*

**Introdução:** O carcinoma do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos. O prognóstico depende, entre outros factores, do tipo biológico, sendo melhor no tipo endometrióide. A ecografia pélvica é um exame de primeira linha na avaliação de patologia endometrial, apresentando valor diagnóstico e prognóstico. **Objetivo:** Avaliar a utilidade da ecografia pélvica na predição do tipo biológico em casos de neoplasia endometrial.

**Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo de casos de neoplasia endometrial submetidos a cirurgia no Centro Hospitalar Lisboa Central entre janeiro de 2015 e janeiro de 2018. Avaliação dos achados ecográficos, aplicando-se a terminologia IETA (*International Endometrial Tumor Analysis*) e a sua correlação com o tipo biológico de neoplasia endometrial (tipo endometrióide vs. não endometrióide).

**Resultados:** Dos 118 casos operados, incluíram-se 27 casos de neoplasia endometrial avaliados ecograficamente no Centro: 23 mulheres em período pós-menopausa; 23 mulheres apresentavam

hemorragia uterina anómala (HUA); o tipo endometrióide foi o tipo biológico mais frequente (74%); a cirurgia foi curativa em 41% dos casos.

Nesta amostra, segundo avaliação ecográfica, verificaram-se maiores dimensões e menores distâncias ao colo e à serosa nos tumores do tipo não endometrióide na altura do diagnóstico. Não houve diferenças entre os grupos quanto ao tipo de ecogenicidade. Os tumores do tipo endometrióide apresentaram-se mais frequentemente com hemorragia uterina anómala.

**Conclusão:** A ecografia pélvica permite suspeitar do tipo biológico dos tumores endometriais, podendo vir a ter implicações terapêuticas e prognósticas. No entanto, são necessários mais estudos para que esta tendência se confirme. A curto prazo prevê-se que tenhamos uma casuística superior, que terá maior significado estatístico.

## P 84

### **DISPNEIA E MASSA ANEXIAL: SINAIS INICIAIS DE UM TUMOR DE KRUKENBERG COM PRIMÁRIO OCULTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Mariana Lira Moraes; Inês Sá; Patrícia Alves; Zélia Gomes; Osvaldo Moutinho  
*Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro, Vila Real*

**Introdução:** O Tumor de Krukenberg (TK) é um adenocarcinoma com células em “anel de sinete” metastático do ovário. Trata-se de uma entidade rara e o tumor primário habitualmente está localizado no trato gastrointestinal. Maioritariamente o carcinoma primário é diagnosticado previamente à deteção das metástases anexiais. Contudo, uma massa anexial pode ser a manifestação clínica inicial mesmo sem doença primária identificável.

**Caso clínico:** Sexo feminino, 40 anos, referenciada para a consulta por dor pélvica, distensão abdominal, amenorreia e hirsutismo.

Realizou avaliação imagiológica que demonstrou massa anexial volumosa bilateral, sólida e heterogênea e ascite de moderado volume. Ca 125: 207. Foi admitida no internamento por dispneia com IR hipoxémica e derrame pleural bilateral. Realizou toracocentese diagnóstica compatível com exsudado parapneumónico. Submetida a laparotomia exploradora com exame extemporâneo, que demonstrou presença de células em “anel de sinete” no anexo direito. O caso foi discutido com Cirurgia

Geral: estomago aparentemente sem massas palpáveis, protelando-se o estudo do TGI no pos operatorio. O resultado anatomopatológico definitivo revelou aspetos morfológicos e imunofenotípicos consistentes com TK com envolvimento anexial bilateral e do epíplon.

A EDA demonstrou, macroscopicamente, mucosa com aspeto infiltrativo e diminuição da distensibilidade das paredes gástricas. Foram efetuadas biopsias: adenocarcinoma gástrico invasor pouco diferenciado.

Realizou cintigrafia óssea que demonstrou patologia óssea multifocal metastática.

Portanto, TK com histologia de adenocarcinoma gástrico com células em “anel de sinete”, carcinomatose peritoneal e metastização óssea difusa. Segundo decisão multidisciplinar, a doente foi proposta para quimioterapia paliativa.

**Conclusão:** Perante uma massa pélvica, a determinação do seu ponto de origem é essencial para o diagnóstico diferencial. A distinção entre um carcinoma primário do ovário e um tumor metastático pode ser difícil, principalmente quando a aparência é semelhante quer no exame imagiológico quer macroscopicamente.

A hipótese de TK deve ser colocada em doentes com lesões anexiais sólidas bilaterais, mesmo quando o tumor primário permanece clinicamente oculto.

## P 85

### **CARATERIZAÇÃO DE MASSAS ANEXIAIS BENIGNAS SEGUNDO A TERMINOLOGIA IOTA**

Alexandra Meira; Catarina Carvalho; Laura Cruz; Inês Reis; Joaquim Neves; Carlos Calhaz-Jorge  
CHLN-Hospital Santa Maria

A ecografia endocavitária é o exame padronizado para diagnóstico e avaliação das massas anexiais. Cerca de 70% destas, ocorrem durante a idade reprodutiva. São benignas, assintomáticas, e constituem um achado ocasional num exame ecográfico. O objetivo deste estudo consiste em descrever as características ecográficas segundo a terminologia IOTA de massas anexiais benignas submetidas a excisão cirúrgica e verificar a existência de características ecográficas sugestivas de malignidade segundo o modelo Simple Rules.

Estudo retrospectivo observacional, através da co-

lheita de dados do *software* ASTRAIA, de doentes avaliadas entre janeiro de 2011 a dezembro de 2017 que incluiu mulheres assintomáticas em vigiância no ambulatório de ginecologia de um hospital terciário, com massa anexial diagnosticada em exame ecográfico e excisão cirúrgica subsequente. Foram excluídas do estudo, mulheres com diagnóstico histológico de malignidade ou presença de tecido endometriótico na formação anexial.

Do total de 93 mulheres submetidas a excisão cirúrgica, foram incluídas no estudo 79 (84%), com a mediana da idade de 49,8 anos. Foram excluídos 4 casos por presença de malignidade e 10 por tecido endometriótico.

A descrição morfológica das lesões lesões incluiu: 40 uniloculares, 12 multiloculares, 11 sólidas, 8 uniloculares e sólidas, e 8 multiloculares e sólidas. A vascularização foi descrita como: color *score*-1 em 62 casos, não se verificando nenhuma descrição color *score*-4 nesta amostra. De acordo com a terminologia IOTA, o conteúdo das lesões com componente quístico (mediana do diâmetro da lesão: 78mm) foi: 27 anecogénico, 25 *low-level*, 13 com padrão misto e 6 de padrão em vidro despolido. A presença de projeções papilares verificou-se em 6 das lesões uniloculares e sólidas, e em 5 das lesões multiloculares sólidas, com máximo de 2 projeções, e nenhuma apresentava vascularização. Nas lesões sólidas (mediana do diâmetro da lesão 49mm) verificou-se na totalidade dos casos presença de sombra acústicas, contornos regulares e vascularização color *score*-1. Os resultados anatomopatológicos de acordo com a classificação da OMS foram: 29 casos de cistoadenomas tipo seroso e 18 cistoadenomas tipo mucinoso, 5 cistoadenofibromas, 13 teratomas quísticos maduros, 5 fibromas, 1 fibrotecoma, 2 tumores de Brenner e 6 tumores Boderline tipo mucinoso.

Os resultados deste trabalho mostram a elevada prevalência de massas anexiais benignas assintomáticas (84%) como achado ocasional num exame ecográfico e a ausência de características ecográficas sugestivas de malignidade segundo o modelo *Simple Rules*, mostrando-se como uma ferramenta útil na avaliação pré-operatoria das lesões anexiais.



## REDES ANTERIORES NA CORREÇÃO DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO – 8 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Sara Tavares<sup>1,2</sup>; Paulo Manarte<sup>3</sup>; Edite Xavier<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de São João; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Hospital de Pedro Hispano

A correção do prolapso de órgão pélvico (POP) com uso de prótese foi associada a um maior risco de complicações face à correção com tecido nativo. Existem ainda, no entanto, situações clínicas em que a utilização de prótese está indicada.

Descrever casos de POP do compartimento anterior corrigidos cirurgicamente com prótese decorridos no Hospital de Pedro Hispano num período de 8 anos – características demográficas, clínicas e desfecho da técnica.

Estudo descritivo retrospectivo efetuado no Hospital de Pedro Hispano. Foram incluídas pacientes submetidas a colocação de prótese vaginal anterior no período entre 2010 e 2017. A recolha de dados demográficos e clínicos foi efetuada através de bases informáticas.

Foram realizadas 69 correções de POP com rede anterior. Aproximadamente 40% das pacientes foram enviadas à consulta de Uroginecologia no contexto de incontinência urinária. A idade média foi de 65 anos; 27,5% (n=19) mulheres tinham idade igual ou > 70 anos à data da cirurgia.

Hábitos tabágicos foram reportados por 7,2% (n=5) das pacientes. 69,6% (n=48) apresentava IMC >25 kg/m<sup>2</sup>.

Antecedentes pessoais de patologia respiratória (n=12), DM (n=21) e HTA (n=43) foram reportados em 17, 30 e 62% dos casos, respetivamente. 26% das pacientes tinham pelo menos um parto com recém-nascido com peso > 4 Kg e 32% paridade igual ou > a 3. Antecedentes de histerectomia abdominal foram encontrados em 46% das pacientes.

Status pós-menopausa foi observado em 91% (n=63) dos casos; 53 pacientes estavam sob terapêutica hormonal – 9 sistémica e 44 local.

72% das pacientes apresentava ao exame objetivo à data da cirurgia cistocele grau III ou IV, 28% cistocele grau II.

O período de internamento foi em média de 3 dias. Ocorreram 4 complicações no período pós-operatório imediato – 3 complicações infecciosas e 1 hemorrágica (hematoma).

O período de *follow-up* foi superior a 5 anos em 20 doentes. 88% (n=61) das pacientes tiveram perceção subjetiva de cura ou melhoria. Não foram diagnosticados casos recorrência de POP do compartimento anterior. 2 doentes apresentaram incontinência urinária de novo. Ocorreram 12 exposições de rede das quais 50% (n=6) apresentavam idade > 70 anos à data da cirurgia. Foram corrigidas cirurgicamente 7 exposições. Não foram verificadas extrusões a estruturas adjacentes. Foi constatada uma elevada taxa de cura quer subjetiva quer anatómica. A elevada taxa de exposições está provavelmente relacionada com elevada percentagem de mulheres com mais de 70 anos.

## HISTERECTOMIA POR PATOLOGIA ENDOMETRIAL – PARADIGMA APÓS MAIS DE UMA DÉCADA

Ana Rolha; Ana Sofia Pais; Catarina Silva; Filipa Coutinho; Joana Oliveira; Rita Medeiros; Simone Subtil; Inês Coutinho; Vera Ramos; João Paulo Marques; Francisco Falcão; Fernanda Águas

*Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A patologia endometrial inclui entidades benignas (pólipos e hiperplasia sem atipia) e entidades pré-malignas/malignas (hiperplasia atípica e carcinoma). Apesar do sintoma mais frequente ser a hemorragia uterina anormal, por vezes o diagnóstico ocorre em doentes assintomáticas.

**Objetivos:** Comparar as histerectomias por patologia benigna e pré-maligna/maligna em 2004 com a mesma casuística de 2017, no que diz respeito a indicações, características clínicas e patológicas assim como abordagem cirúrgica.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo considerando as doentes submetidas a histerectomia em 2004 (N=25) e em 2017 (N=42) por patologia endometrial. Foram excluídas as doentes que apresentavam alterações endometriais no estudo histológico, mas que foram submetidas a histerectomia por motivo não relacionado com patologia endometrial.

**Resultados:** Em 2004 foram submetidas a histerectomia por patologia endometrial 25 doentes, das quais 56% (n=14) apresentavam patologia pré-maligna/maligna e 44% (n=11) apresentavam patologia benigna.

Em 2017 foram submetidas a histerectomia por patologia endometrial 42 doentes, das quais 92,9% (n=39) por patologia pré-maligna/maligna e 7,1% (n=3) por patologia benigna.

Relativamente à comparação das doentes com patologia pré-maligna/maligna em 2004 e 2017, a análise estatística mostrou diferenças no diz respeito à via de abordagem  $p=0,009$ . Enquanto que em 2004 não foi realizada laparoscopia em nenhuma doente, em 2017 foi realizada laparoscopia em 35,9% (n=25). Mostrou também diferenças no que diz respeito à idade das doentes  $p=0,003$  e à duração do internamento  $p<0.001$ .

Relativamente à comparação das doentes com patologia benigna em 2004 e 2017, a análise estatística mostrou diferenças em relação à duração do internamento  $p<0.005$ , mas não mostrou diferenças no diz respeito à idade das doentes nem à via de abordagem.

Decorridos 13 anos verificou-se um aumento do número de histerectomias por patologia endometrial pré-maligna/maligna e que nestes casos a via laparoscópica passou a ser uma opção na abordagem cirúrgica.

## P 88

### REDES POSTERIORES NA CORREÇÃO DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO – 8 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Sara Tavares<sup>1,2</sup>; Paulo Manarte<sup>3</sup>; Edite Xavier<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de São João; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Hospital de Pedro Hispano

A utilização de prótese posterior para a correção de prolapso do compartimento posterior não está associada a uma maior taxa de sucesso do que a correção com tecido nativo.

Descrever os casos de prolapso de órgão pélvico (POP) do compartimento posterior corrigidos cirurgicamente com prótese decorridos no Hospital de Pedro Hispano (HPH) num período de 8 anos – características demográficas, clínicas bem como desfecho da técnica.

Estudo descritivo retrospectivo efetuado no HPH. Foram incluídas pacientes submetidas a colocação de prótese vaginal posterior no período entre 2010 e 2017. A recolha de dados demográficos e clínicos foi efetuada através de bases informáticas.

Foram realizadas 24 correções de POP com rede

posterior. 29% das pacientes foram enviadas à consulta de Uroginecologia no contexto de incontinência urinária. A idade média foi 65 anos; 29,2% (n=7) mulheres tinham idade > ou superior a 70 anos à data da cirurgia.

Hábitos tabágicos foram reportados em 1 paciente. 79,1% (n=19) apresentava excesso de peso ou obesidade.

Antecedentes pessoais de patologia respiratória (n=1), DM (n=5) e HTA (n=13) foram reportados em 4, 21 e 54% dos casos, respetivamente. 12,5% das pacientes tinham tido pelo menos um parto com recém-nascido com peso > 4Kg e 29% paridade igual ou > a 3. 42% tinham antecedentes de histerectomia abdominal.

Status pós-menopausa foi observado em 92% (n=22) dos casos; 53 pacientes encontravam-se sob terapêutica hormonal – 5 sob sistémica e 11 sob terapêutica local.

58% das pacientes apresentava ao exame objetivo à data da cirurgia retoccele grau III ou IV.

O período de internamento foi em média de 3 dias. Ocorreu 1 complicação no período pós-operatório imediato – laceração vesical.

O período de *follow-up* > 5 anos em 5 doentes.

71% (n=17) das pacientes tiveram perceção subjetiva de cura ou melhoria no período de *follow-up*. Não foi diagnosticada recorrência de POP do compartimento posterior. 2 doentes apresentaram incontinência urinária de novo. Ocorreram 7 exposições de rede das quais 1 tinha idade à data da cirurgia > 70 anos, 1 tinha hábitos tabágicos e 3 tinham como patologia associada diabetes. Foram corrigidas 4 exposições. 71% (n=5) das pacientes com exposição tiveram perceção subjetiva de cura ou melhoria. Não foram verificadas extrusões a estruturas adjacentes.

Apesar de apresentar uma boa taxa de cura anatómica a taxa de cura subjetiva foi de 71%. A ocorrência de exposição da rede não parece afetar a perceção subjetiva de cura ou melhoria.

## ABORDAGEM TERAPÊUTICA À EXPOSIÇÃO DE REDE NO TRATAMENTO DE PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO

Sara Tavares<sup>1,2</sup>; Paulo Manarte<sup>3</sup>; Edite Xavier<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de São João; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Hospital de Pedro Hispano

A utilização de próteses para a correção de prolapso de órgão pélvico (POP) é uma técnica que atualmente tem vindo a interessar um número decrescente de cirurgiões. A exposição da rede é uma das complicações mais valorizada como limitação da técnica.

Descrever os casos de exposição de rede – complicações associadas e opções terapêuticas - após correção cirúrgica de prolapso de órgão pélvico (POP) com prótese realizada no Hospital de Pedro Hispano (HPH) num período de 8 anos.

Estudo descritivo retrospectivo efetuado no HPH. Foram incluídas pacientes submetidas a colocação de prótese vaginal entre 2010 e 2017 nas quais foi diagnosticada exposição de rede. A recolha de dados demográficos e clínicos foi efetuada através de bases de dados informáticas.

Foram realizadas 93 correções de POP com rede no período analisado.

Em 19 casos foi diagnosticada exposição de rede. Dos quais, 12 (12/69) casos em correção com rede anterior e 7 (7/24) em rede posterior.

A idade média foi de 65 anos; 37% (n=7) mulheres tinham idade igual ou superior 70 anos à data da cirurgia. Hábitos tabágicos foram reportados em 1 paciente. 74% (n=14) apresentava excesso de peso ou obesidade.

Antecedentes pessoais de patologia respiratória (n=3), DM (n=8) e HTA (n=13) foram reportados em 16, 42 e 68% dos casos, respetivamente.

Status pós-menopausa foi observado em 95% (n=18) dos casos; 12 pacientes encontravam-se medicadas com terapêutica hormonal – 1 sob terapêutica sistémica e 11 sob terapêutica local.

O período de *follow-up* foi menor que 1 ano em apenas 1 paciente e superior a 2 anos em 15 doentes. 79% (n=15) das pacientes diagnosticadas com exposição tiveram percepção subjetiva de cura ou melhoria.

Dos 19 casos de exposição identificados 13 foram corrigidos cirurgicamente. Todos os casos de ex-

posição foram corrigidos com exérese da porção exposta não havendo nenhum caso de remoção de rede. Não houve registo de complicações infecciosas em mulheres com exposição corrigida cirurgicamente.

Em 6 casos optou-se por atitude expectante. Destas, 5/6 tiveram percepção subjetiva de cura ou melhoria no período de *follow-up*. Não houve registo de complicações infecciosas em mulheres com exposição em atitude expectante.

Não foi diagnosticado nenhum caso de extrusão a órgão adjacente.

A exposição é uma complicação frequente da correção de POP com rede, no entanto, a sua resolução é na maioria dos casos simples e o seu diagnóstico não parece ser impeditivo para uma percepção subjetiva de cura ou melhoria.

## DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA: UMA EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

João Ferreira Pinto; Joana Simões;

Carolina da Costa Gomes; Vera Ribeiro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

**Introdução:** A Gravidez Ectópica (GE) ocorre quando o blastocisto se implanta fora do endométrio da cavidade uterina.

Tem-se vindo assistir nos últimos anos, ao diagnóstico cada vez mais precoce não só pela melhoria da qualidade dos equipamentos (ecógrafos) mas também pela cada vez maior experiência e capacidade técnica dos ginecologistas. A taxa de incidência descrita nas diferentes fontes bibliográficas aproxima-se dos 2%, subindo para 18%. Sendo que se existir hemorragia do 1º trimestre. Constitui uma importante causa de morbi-mortalidade, sendo que a rotura de GE é responsável por 2,7% das mortes relacionada com a gravidez e constitui a principal causa de morte relacionada com hemorragia na mulher.

Os locais de implantação podem ser variados: mais de 90% tem localização tubária; 1% abdominal; 1% cervical; 1-3% ovárica; 1-3% cicatriz cesariana anterior e 1:4000 heterotópica quando a concepção é espontâneas, subindo para 1:100 se tiverem sido utilizadas técnicas de reprodução medicamente assistida.

A GE pode seguir várias evoluções, aborto e reab-

sorção do embrião, rotura ou muito raramente evoluir para idades gestacionais mais avançadas.

**Objetivos:** Avaliar a conduta nas situações de gravidez extra-uterina, desde a entrada no nosso serviço até ao diagnóstico, tratamento instituído, médico, cirúrgico ou expectante (outcome e follow-up) nos anos 2013-2017.

**Material e métodos:** Estudo Retrospectivo de 2013-2017 através da consulta de todos os internamentos no serviço de ginecologia do CHUA - unidade Faro com diagnóstico de gravidez ectópica. Posteriormente comparação com um estudo idêntico ocorrido no referido serviço entre os anos 2000-2009.

Elaboração uma base de dados em com auxílio de Microsoft Access e os dados foram analisados utilizando a ferramenta SPSS 23. Elaboração de gráficos e tabelas comparativas.

**Resultados e conclusões:** A maior parte das mulheres com GE era jovem compatível com a idade mediana descrita na literatura.

Constatou-se que a incidência de GE na nossa população foi idêntica à observada na população em geral e à do estudo anteriormente realizado.

A abordagem por laparotomia, quando a necessidade de cirurgia se impôs é a mais prevalente no nosso serviço, este facto explica-se pelo reduzido número de assistentes hospitalares que realizam laparoscopia.

A terapêutica expectante e com metotrexato foi escolhida de acordo com os critérios propostos pelo protocolo vigente do serviço, no entanto, a taxa de utilização de terapêutica médica ou expectante foi inferior á recomendada. Provavelmente devido ao diagnóstico mais tardio.

## P 91

### IMPACTO DA OBESIDADE NA CIRURGIA DO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO

Mariana Mouraz<sup>2</sup>; Cátia Ferreira<sup>1</sup>; Sónia Gonçalves<sup>1</sup>; Nuno Nogueira Martins<sup>1</sup>; Francisco Nogueira Martins<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar Tondela-Viseu; <sup>2</sup>Hospital Dr. José de Almeida, Cascais

**Introdução:** Em Portugal a obesidade atinge cerca de 17,5% das mulheres, sendo mais significativa entre a faixa etária dos 45 e 74 anos (INE, 2014). A obesidade é um factor de risco para o aparecimento do carcinoma do endométrio e está associada a

uma maior morbi-mortalidade cirúrgica. O estadiamento e tratamento do carcinoma do endométrio passa pela abordagem cirúrgica.

**Objetivos:** Avaliar qual a relação da obesidade com os resultados cirúrgicos nas mulheres submetidas a estadiamento cirúrgico por carcinoma do endométrio

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo e observacional que incluiu mulheres submetidas a cirurgia para estadiamento do carcinoma do endométrio de 1 de janeiro de 2012 a 31 de janeiro de 2018. A população em estudo foi dividida em 2 grupos: grupo 1 – mulheres obesas e o grupo 2 – mulheres não obesas. Definiu-se obesidade quando o índice de massa corporal (IMC) foi superior ou igual a 30kg/m<sup>2</sup>. A classificação histológica fez-se de acordo com os critérios da OMS (2014), a classificação do estadiamento segundo as normas da FIGO (2009) e a definição de estadiamento completo e incompleto de acordo com os consensos nacionais sobre o cancro ginecológico (2016).

**Resultados e conclusões:** Dos 163 casos de cancro do endométrio, foram incluídas 138 mulheres e excluídas 32 por não cumprirem critérios de inclusão. O grupo 1 incluiu 75 mulheres (54,5%) e o grupo 2 incluiu 63 mulheres (45,5%). A idade média das doentes à data na cirurgia foi de 67,5±8,6 anos e 66,1±10,6 anos no grupo 1 e 2, respectivamente. Tal como descrito na literatura, o tipo histológico mais comum em mulheres obesas foi o endometrióide (88,1%). Apesar de não se terem sido encontrados diferenças significativas as mulheres obesas apresentaram mais complicações pós-operatórias, como deiscência e infeção da ferida operatória, relacionada com a abordagem por laparotomia, mais tempo de internamento e maior mortalidade. Também sem significância estatística, e de acordo com os estudos, não se encontraram diferenças relativamente ao estadiamento completo, número de gânglios removido, tratamento suplementar e recidiva. A obesidade está associada a um aumento da morbidade cirúrgica com maior impacto na cirurgia aberta. A cirurgia laparoscópica poderá prevenir a maioria das complicações pós-operatórias e deverá ser a ponderada neste grupo de doentes.

P 92

### **SERÁ A EXCIÇÃO COMPLETA UM PREDITOR DE BAIXO RISCO DE DOENÇA RESIDUAL/ RECORRÊNCIA APÓS CONIZAÇÃO?**

Fernanda Vilela; Rodrigo Pereira Mata; Rita Martins; Vera Ribeiro.; José Viana; Carmo Cruz; Amália Pacheco  
*Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro*

**Introdução:** O cancro do colo do útero é precedido por lesões pré-malignas que apresentam risco de progressão para carcinoma invasivo, sendo que o diagnóstico e tratamento destas lesões pode evitar o seu desenvolvimento. A conização consiste na excisão da zona de transformação, permitindo a remoção das lesões CIN. No entanto, mesmo realizando uma excisão completa da lesão, persiste o risco de recorrência ou doença residual.

**Objetivo:** O nosso objetivo consiste em avaliar o risco de doença após realização de conização com excisão completa da lesão.

**Método:** Foi realizado um estudo retrospectivo, que inclui mulheres submetidas a tratamento excisional de lesão cervical, entre 2014-2016 na unidade de patologia do colo e trato genital inferior do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro. Análise estatística foi realizada através de *SPSS vs 21*.

**Resultados:** Foram analisadas 408 mulheres submetidas a conização, com uma idade média de 39,3 anos. Em cerca de 80% das conizações foi realizada excisão completa da lesão. Na presença de margens livres 79,7% e 91,7% apresentaram citologia sem alterações aos 6 e aos 12 meses de seguimento, respectivamente. O risco de lesão residual/recorrente após uma excisão completa foi de 13,7%. Das mulheres que apresentaram alterações citológicas aos 6 meses após o tratamento não foram encontradas alterações HSIL, sendo que 11,6% das alterações encontrada corresponderam a ASCUS. O LSIL (3,2%) é a principal alteração citológica observada nas mulheres no primeiro ano de *follow up* após o tratamento. Na presença de infeção por HPV encontrada nos 6 meses de *follow-up* existe uma maior percentagem de recorrência da lesão ( $p < 0,05$ ).

**Conclusão:** A excisão completa de lesões CIN, determinada pela presença de margens livres, está associada a uma baixa taxa de falência terapêutica, sendo que apenas uma pequena percentagem

de mulheres apresenta alterações citológicas durante o *follow-up* aos 6 e 12 meses. A detecção do HPV parece ser um factor importante no risco de recorrência de lesões CIN.

P 93

### **PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES E COLONOSCOPIA NO RASTREIO OPORTUNÍSTICO DO CARCINOMA COLORRECTAL NUMA AMOSTRA DE MULHERES PORTUGUESAS**

Rego S.<sup>1</sup>; Martins I.<sup>1</sup>; Costa P.<sup>2</sup>; Neves J.<sup>1</sup>;  
Calhaz Jorge C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Departamento/Clinica Universitária de Obstetria e Ginecologia, CHLN – Hospital Universitário de Santa Maria;* <sup>2</sup>*Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia, CHLN – Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, CAM – Centro Académico de Medicina de Lisboa, Portugal*

**Introdução:** Nas mulheres portuguesas o cancro colorrectal (CCR) é a segunda forma de cancro mais frequente. O relatório GLOBOCAN-2008 revela que nesta população o CCR tem incidência de 20 a 25 por 100 000 mulheres, no período de um ano, com taxa de mortalidade de 15,9%, sendo a prevenção/deteção precoce consideradas essenciais. A maioria dos CCR desenvolve-se em pólipos adenomatosos. No rastreio oportunístico, devem incluir-se utentes assintomáticos com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos. Estima-se sensibilidade de 50 a 60% para a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), mantendo-se a colonoscopia como exame padrão.

**Objetivos:** Descrever demograficamente a amostra e eventuais factores de risco; determinar a prevalência de pólipos hiperplásicos e adenomas; avaliar a sensibilidade e a especificidade da PSOF e colonoscopia para a detecção de pólipos hiperplásicos e adenomas nesta amostra da população.

**Material/Métodos:** A informação clínica foi recolhida através da base de dados do ambulatório de ginecologia. Selecionaram-se as mulheres com 50 ou mais anos de idade que efetuaram PSOF e/ou colonoscopia para rastreio de CCR no CHLN entre 2012 e 2015. Procedeu-se à análise estatística descritiva e à avaliação da sensibilidade e especificidade dos exames complementares realizados.  
**Resultados:** De uma amostra total de 470 mulhe-

res, com mediana da idade de 54 anos de idade, foram encontrados registos da realização de PSOF e/ou colonoscopia em 207 (44,0%), tendo sido as restantes excluídas da análise por ausência de dados. No subgrupo de 207 mulheres, com mediana da idade de 55 anos, 30 (14,5%) são fumadoras e 22 (10,6%) têm familiares em 1º grau com história de CCR. Realizaram PSOF 182 mulheres, 22 com resultado positivo (12,1%). Foram submetidas a colonoscopia 48 mulheres (23 sem realização prévia de PSOF, 22 com PSOF positiva e 3 com PSOF negativa). Em 12 mulheres identificaram-se pólipos hiperplásicos/adenomas (prevalência de 5,7%), 6 correspondendo a adenoma tubular (prevalência de 2,8%). A sensibilidade da PSOF foi 18,1% e a especificidade de 11,1%; os mesmos parâmetros para a colonoscopia foram, respetivamente, 100% e 60%.

**Conclusões:** Nesta amostra foram incluídas mulheres do grupo etário alvo do rastreio; no subgrupo avaliado, detetámos dois fatores de risco com ocorrência inferior a 15%; a maioria da população incluída fez a PSOF como exame inicial; a sensibilidade e especificidade na deteção de pólipos hiperplásicos/adenomas são mais elevadas com a colonoscopia, revelando maior sensibilidade no diagnóstico das mesmas lesões.

## P 94

### SÍFILIS PRIMÁRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Elisa Soares; Marília Freixo; Catarina Estevinho;  
Pedro Brandão; Cristina Carrapatoso; Ana Torgal  
*Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa*

**Introdução:** A etiologia das úlceras vulvares é diversa. A determinação da causa é muitas vezes dificultada, quer pelo espectro alargado de manifestações clínicas possível, quer pela coexistência frequente de infeções sobrepostas. Assim, o diagnóstico definitivo, que implica o estabelecimento de um tratamento direcionado, é um processo exigente e moroso.

Nestes casos, assumem particular importância a realização de uma anamnese minuciosa, com avaliação detalhada da história sexual, um exame físico cuidado e a realização de exames laboratoriais, permitindo o estabelecimento do diagnóstico diferencial entre as diferentes causas de úlceras vulvares.

**Objetivos:** Descrição de um caso de sífilis primária com apresentação atípica.

**Material e métodos:** Consulta do processo clínico com recurso ao programa Sclicino.

**Resultados e conclusões:** Mulher de 43 anos, 3 Gesta 3 Para, observada no Serviço de Urgência (SU) Geral por lesões vulvares múltiplas, vesiculares e dolorosas, tendo sido diagnosticado herpes genital e instituída terapêutica com aciclovir. Um mês após, retorna ao SU de Ginecologia, por agravamento das lesões, que se estenderam a toda a região perineal e região internadegueira e se tornaram mais dolorosas. Após anamnese constatou-se incumprimento do plano terapêutico previamente estabelecido e comportamentos sexuais de risco. Ao exame físico observaram-se múltiplas pápulas e placas vulvares, perianais e internadegueiras, ulceradas, muito dolorosas, com exsudado sero-purulento, que foi colhido para exame cultural. Não se identificaram lesões vaginais. Observou-se ainda uma lesão popular periumbilical sem exsudados e adenopatias inguinais.

O exame cultural do exsudado das lesões mostrou flora polimicrobiana com presença de *Staphylococcus Aureus* metilino sensíveis e *Streptococcus Agalactiae*. O estudo analítico revelou: anticorpo anti-HCV positivo, VIH 1 e 2 negativos e VDRL positivo (1/84). PCR positivo para HSV 2. Perante suspeita clínica de sífilis, foi pedido o teste treponémico FTA-abs, que foi negativo. Detetou-se, através de microscopia de fundo escuro, *Treponema Pallidum* no exsudado das lesões.

Iniciou tratamento das lesões vulvo-perineais infetadas com eritromicina endovenosa e, após positividade para *Treponema Pallidum* nas lesões, iniciou tratamento com penicilina que cumpriu durante 15 dias.

À data da alta constatou-se melhoria clínica significativa, com placas eritematosas, sem exsudação, ulceração ou dor.

Um mês após a alta foi novamente requisitado FTA-abs, que foi positivo, corroborando assim o diagnóstico de sífilis.

Conhecida como “a grande simuladora”, pela vasta variedade de apresentações clínicas possíveis, a sífilis representa um grande desafio diagnóstico. Apesar de a sífilis primária se apresentar tipicamente como uma úlcera genital única e indolor,

pode tornar-se dolorosa se secundariamente infe-tada. Para além disso, a presença de lesões múltiplas pode ocorrer, particularmente em doentes imunodeprimidos.

## P 95

### ROTURA DE GRAVIDEZ ECTÓPICA COM B-HCG < 100, APÓS METOTREXATO

Joana Figueiredo; Joana Curado; Maria João Palma; Maryjo Branquinho; Isabel Reis; Alcides Pereira  
*Hospital Garcia de Orta, E.P.E.*

**Introdução:** A Gravidez Extra-Uterina (GEU) é a causa mais comum de morte materna no primeiro trimestre. A escolha entre terapêutica expectante, médica (com metotrexato) ou cirúrgica, exige uma criteriosa seleção, tendo em conta a estabilidade hemodinâmica, valor de  $\beta$ -HCG, dimensão da massa ectópica, presença de atividade cardíaca e acessibilidade ao Serviço de Urgência (SU).

**Objetivos:** Apresentação de um caso de GEU tubária esquerda, que na 3ª semana de *follow-up* após tratamento com metotrexato, evoluiu para rotura com valor de  $\beta$ -HCG de 94 mIU/mL.

**Material e métodos:** Revisão do seguinte caso clínico: MS, 41 anos, recorre ao SU por perda hemática vaginal escassa no contexto de amenorreia de 5 semanas. Analiticamente apresentava  $\beta$ -HCG de 823 mIU/mL, não apresentando sinais ecográficos de gravidez intra-uterina. Após 48 horas o valor de  $\beta$ -HCG era de 986 mIU/mL, pelo que se suspeitou de uma gravidez não evolutiva de localização incerta. Optou-se por uma abordagem expectante com medição da  $\beta$ -HCG a cada 48 horas. Em D6 o valor de  $\beta$ -HCG aumentou para 2131 mIU/mL e ecograficamente observou-se uma imagem anexial esquerda com 20 mm, pelo que se assumiu GEU, decidindo-se terapêutica com metotrexato. Em D4 e D7 pós-tratamento apresentou respectivamente: 2259 mIU/mL e 1787 mIU/mL, com um decréscimo superior a 15%, admitindo-se eficácia terapêutica. Na 3ª semana de *follow-up* recorreu ao SU por dor abdominal súbita nos quadrantes inferiores, constatando-se  $\beta$ -HCG de 94 mIU/mL e ecograficamente massa anexial esquerda com 34 mm e lâmina de líquido com 36 mm no fundo de saco posterior. Realizou-se laparoscopia diagnóstica que confirmou rotura de GEU tubária esquerda.  
**Resultados e conclusões:** A utilização rotineira de

ecografia transvaginal permite o diagnóstico precoce de GEU. Assim, há uma maior percentagem de doentes elegíveis para terapêutica com metotrexato. Embora esta seja uma opção com uma taxa de sucesso de 70-95%, está descrita rotura tubária após a mesma em 7-14% dos casos. A dor abdominal durante o tratamento é frequente devido aos efeitos citotóxicos do metotrexato. Na ausência de hemoperitoneu, esta pode ser abordada de forma expectante. No caso de hemoperitoneu significativo, o tratamento cirúrgico continua a ser mandatário.

## P 96

### ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DE MASSAS ANEXIAIS – EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE

Daniela Vila Real; Andreia Fontoura; Sara Azevedo; Rita Sousa; Maria Manuel Torrão; Angelina Pinheiro  
*Centro Hospitalar Médio Ave*

**Objetivos:** Avaliar o tipo de procedimento cirúrgico, tamanho da massa anexial, complicações e diagnóstico histopatológico das massas anexiais tratadas por laparoscopia no Centro Hospitalar Médio Ave.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo dos 77 casos de mulheres com massas anexiais tratadas por laparoscopia no Centro Hospitalar Médio Ave entre 2015 e 2017.

**Resultados e conclusões:** A idade média das mulheres estudadas foi de 41,7 anos. Os procedimentos mais frequentes foram a salpingo-ooforectomia unilateral (47 casos), cistectomia unilateral (17 casos), ooforectomia unilateral (3 casos). Dois casos foram realizados como procedimento urgente em contexto de torsão do ovário. O tamanho médio das massas anexiais foi de 64mm, com um máximo de 150mm. Não houve complicações major imediatas, embora tenha havido necessidade de conversão para laparotomia em 9 casos. Os diagnósticos histológicos mais frequentes foram cistadenoma seroso (28 casos), endometrioma (15 casos), cisto dermoide (12 casos) e cistadenoma mucinoso (7 casos).

A abordagem laparoscópica das massas anexiais é um procedimento seguro, com baixo risco de complicações e bons resultados na abordagem das massas anexiais.

## P 97

### PREVALÊNCIA DE ADENOMIOSE NUMA COORTE DE MULHERES SUBMETIDAS A HISTERECTOMIA POR PATOLOGIA BENIGNA

Joana Lyra; Joana Xavier; Rita Valente; Carla Peixoto; João Cavaco-Gomes; Ana Sofia Fernandes; José Ferreira; Jorge Beires  
*Centro Hospitalar São João*

**Introdução:** A etiologia da adenomiose permanece pouco esclarecida. Caracteriza-se por áreas de tecido endometrial excentricamente localizadas no miométrio. Apesar de clinicamente relevante, pensa-se que o seu diagnóstico esteja subestimado. A prevalência da doença em algumas séries chega aos 70%, com uma incidência em peças de histerectomia de 20-30%.

**Objetivo:** Estimar a prevalência de adenomiose numa coorte de mulheres submetidas a histerectomia total (via aberta, laparoscopia e vaginal) por patologia ginecológica benigna.

**Métodos:** Estudo coorte retrospectivo das mulheres submetidas a histerectomia total (via aberta, laparoscopia e vaginal) por patologia ginecológica benigna, em 2016-2017, num centro hospitalar terciário. A informação foi colhida pela análise dos processos electrónicos e retirados dados relativos às características das doentes, motivo da histerectomia e resultados anatomo-patológicos.

**Resultados:** Foram incluídas um total de 385 mulheres. A prevalência do diagnóstico histológico de adenomiose foi 26.5% (102/385). A idade média nos casos de adenomiose não foi significativamente diferente dos casos sem este diagnóstico ( $53 \pm 2.0$  vs.  $53 \pm 1.38$ ,  $p=0.87$ ). Porém, o diagnóstico foi mais frequente em mulheres pré-menopáusicas (30.2% vs. 21.8%,  $p=0.07$ ). O tabagismo e a obesidade não se associaram de forma significativa ao diagnóstico de adenomiose. O motivo de histerectomia mais frequente nas mulheres com adenomiose foi a hemorragia uterina anómala (47.1%, com 23.5% ( $n=24$ ) dos casos devidos à presença de miomas).

Nos casos de adenomiose, 7% tiveram diagnóstico histológico de endometriose concomitante. A presença de leiomiomas no exame histológico foi semelhante nos casos com e sem adenomiose (61.8% vs. 66.8%,  $p=0.36$ ).

**Conclusão:** A prevalência de adenomiose na nos-

sa coorte foi semelhante à descrita na literatura. Confirma-se que esta é uma patologia frequente e que se associa a outras patologias, embora neste estudo não haja uma associação significativa com miomas e endometriose, assim como com a obesidade.

## P 98

### ABCESSO DO MÚSCULO PSOAS: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

Joana Figueiredo; Isabel Lobo Antunes; Inês Gomes; Maryjo Branquinho; Ana Quintas; Alcides Pereira  
*Hospital Garcia de Orta, E.P.E.*

**Introdução:** O abscesso do músculo psoas é uma entidade clínica rara, que corresponde à coleção de pus nesse compartimento muscular. Classifica-se em primário quando há disseminação hematogénica ou linfática de um foco distante, ou secundário se por disseminação contígua de uma estrutura adjacente.

A apresentação clínica inespecífica, com dor abdominal nos quadrantes inferiores, febre e mal-estar, faz desta entidade um potencial diagnóstico diferencial com Doença Inflamatória Pélvica (DIP).

A TAC é o exame gold-standard, sendo também de 1ª linha (após a ecografia ginecológica) no estudo do abscesso/complexo tubo-ovárico, assumindo um papel relevante no diagnóstico diferencial.

**Objetivos:** Apresentação de um caso com diagnóstico clínico e imagiológico presuntivo de abscesso tubo-ovárico, que revelou intra-operatoriamente ser um abscesso do músculo psoas.

**Material e métodos:** IP, 45 anos, recorre ao SU por dor abdominal na fossa ilíaca direita (FID). À observação, com abdómen doloroso à palpação da FID, analiticamente leucocitose e PCR 9.41 mg/dl e ecografia abdominal sem alterações, excluindo apendicite aguda. Apresenta ao espéculo leucorreia arejada e palpação bimanual dolorosa na região anexial direita. Na ecografia ginecológica destaca-se massa heterogénea na área anexial direita, também relatada na TAC pélvica, admitindo-se salpingite/abscesso tubo-ovárico.

A doente é internada com o diagnóstico de DIP complicada e medicada com antibioterapia de largo espectro. Após 48 horas, por não apresentar melhoria clínica, é proposta para laparoscopia diagnóstica, constatando-se uma formação retro-



peritoneal pélvica direita com 7cm de diâmetro, com sobreposição do ligamento redondo que se encontra congestionado, sem ligação com os anexos. Admitiu-se diagnóstico de abscesso do músculo psoas, realizando-se drenagem, com resultado microbiológico positivo a *Pasteurella multocida*. Do estudo do foco de origem do abscesso, apurou-se doença inflamatória intestinal e história de lesão cutânea provocada por gato (principal hospedeiro da bactéria isolada).

**Resultados e conclusões:** O quadro de dor abdominal exige um elevado grau de suspeição face a um possível diagnóstico diferencial. Perante a ausência de resposta ao tratamento médico, a abordagem cirúrgica não deve ser protelada, pois além de terapêutica, permite o diagnóstico.

A correta abordagem do abscesso do músculo psoas exige drenagem cirúrgica e antibioterapia dirigida, sendo que se não adequadamente tratado é potencialmente fatal.

## P 99

### **USO DE MISOPROSTOL EM HISTEROSCOPIA: REVISÃO DO SEU PAPEL EM CONTEXTO DIAGNÓSTICO E CIRÚRGICO**

Ana Rita Moreira; Margarida Martinho  
*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto  
Centro Hospitalar de São João*

**Introdução:** O misoprostol tem sido utilizado previamente à realização de histeroscopias, por facilitar a dilatação do colo uterino, sem contudo haver um consenso relativamente à sua eficácia e indicações.

**Objetivo:** Determinar a evidência científica actual para o uso de misoprostol previamente à realização de histeroscopia diagnóstica e cirúrgica.

**Materiais e métodos:** Realizou-se uma pesquisa na *Pubmed* através da MEDLINE para estudos publicados entre 2008 e 2017, que estudaram a eficácia do misoprostol na facilitação da realização de histeroscopias diagnósticas e cirúrgicas e as variáveis que na dilatação cervical, na dor e nas complicações associadas ao procedimento, mas também aspetos que pudessem influenciar o seu efeito. Obtiveram-se 52 artigos (5 repetidos). Dos 47, excluíram-se 8 porque não abordavam o tema e 13 não cumpriam os limites.

Selecionaram-se 26 artigos para leitura integral (5

excluídos por não serem de acesso livre, restando 21 artigos. Da revisão manual da bibliografia incluíram-se mais 3 num total de 24.

**Resultados:** Os resultados são apresentados considerando os efeitos do misoprostol na dilatação cervical e nas complicações da histeroscopia, os efeitos adversos do misoprostol e as variáveis que podem influenciar o seu efeito - dose, via e momento de administração, assim como algumas características das mulheres.

O misoprostol parece facilitar a dilatação cervical em contexto cirúrgico nas mulheres pré-menopausadas, mas não nas pós-menopausadas, com alguns autores a defender o uso prévio de estrogénios locais nas últimas. Na histeroscopia diagnóstica, os resultados da utilização de misoprostol prévio são contraditórios e não há evidência suficiente de que a sua utilização facilite o procedimento ou melhore a tolerância. Em relação ao seu efeito nas complicações e na redução da dor os resultados também são divergentes. A utilidade do uso de misoprostol em mulheres com maior risco de colo/OCI estenótico ou de pequenas dimensões também não é consistente sobretudo no contexto diagnóstico. Relativamente dose, via e momento de administração, não há evidência segura da superioridade de um esquema sobre outro.

**Conclusão:** No caso das histeroscopias diagnósticas a evidência existente não permite recomendar o uso sistemático prévio de misoprostol em todas as mulheres. Nas que têm um maior risco de estenose cervical (nulíparas, sem partos por via vaginal) pode haver algum benefício na administração de misoprostol. A análise dos estudos parece sugerir um efeito positivo do misoprostol na dilatação cervical em mulheres pré-menopausadas sujeitas a histeroscopia cirúrgica sugerindo-se para as pós-menopausadas a aplicação prévia de estrogénios locais. Na ausência de necessidade de dilatação cervical o recurso ao misoprostol não é evidente assim como o seu efeito na dor e na taxa de complicações.

A heterogeneidade dos estudos foi uma limitação importante à análise dos resultados e justifica a dificuldade em obter resultados consistentes.

**GRAVIDEZ ECTÓPICA – REVISÃO DE 5 ANOS**

Ana Marta Pinto; Sofia Pedrosa; Ana Cláudia Santos; Isabel Ferreira; Maria José Almeida; Sara Neto  
*Centro Hospitalar do Baixo Vouga*

**Introdução:** A gravidez ectópica corresponde a cerca de 1-2% de todas as gestações do 1º trimestre e consiste numa patologia grave na qual a implantação do blastocisto não ocorre na sua localização habitual a nível do endométrio na cavidade uterina. O diagnóstico precoce é fundamental para a diminuição da morbidade e mortalidade que lhe podem estar associadas. **Objetivos:** Analisar os casos de gravidez ectópica diagnosticados entre 2012-2016 no CHBV particularmente quanto às características demográficas, conduta adotada e terapêutica instituída. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo observacional através da análise dos processos clínicos.

**Resultados e conclusões:** Entre 2012 e 2016 foram diagnosticados 77 casos de gravidez ectópica no nosso serviço. A idade média das doentes foi de 31,7 anos e 16 eram nulíparas. O diagnóstico foi realizado no Serviço de Urgência quase na totalidade da amostra, tendo 3 casos sido referenciados pelo médico assistente com suspeita diagnóstica. No que concerne aos antecedentes, 10 doentes apresentavam história de infertilidade e 5 tinham realizado laqueação tubar bilateral. Em 3 casos havia história prévia de gravidez ectópica, documentada na trompa contra-lateral. A apresentação clínica mais comum foi dor abdominal ou pélvica, o que se verificou em 59 casos, com associação de perda hemática vaginal em 30 destes. O doseamento sérico de Beta-HCG teve um valor médio de 3669 UI/L. Verificaram-se 2 casos de gravidez ectópica ovárica, tendo sido os restantes de localização tubar. A terapêutica médica com administração intramuscular de metotrexato foi a primeira escolha em 9 casos, dos quais 2 requereram tratamento cirúrgico subsequente. O tratamento cirúrgico foi a primeira opção em 68 casos, dos quais 44 foram abordados por laparoscopia e 24 por laparotomia. Procedeu-se a transfusão de glóbulos rubros em 5 casos, sempre na sequência de gravidez ectópica rota. Foi administrado ferro endovenoso pós-operatório em 4 casos. O estudo anatomopatológico foi sempre solicitado após tratamento cirúrgico,

com confirmação do diagnóstico de gravidez ectópica em todos os casos exceto em dois, nos quais não se verificaram sinais de implantação ovular. Num destes, foram identificadas características de salpingite crónica e focos de endometriose. A terapêutica médica foi eficaz na maioria dos casos em que foi instituída. Quando foi necessária intervenção cirúrgica, a abordagem laparoscópica foi a mais frequentemente selecionada no nosso serviço.

## P 101

**ACHADOS ECOGRÁFICOS, HISTEROSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS NO DIAGNÓSTICO DE PÓLIPO ENDOMETRIAL**

Sara Nunes<sup>1</sup>; Ana Edra<sup>2</sup>; Cristina Alves<sup>1</sup>; Herculano Martins<sup>1</sup>; Ana Moreira<sup>1</sup>; Daniela Freitas<sup>1</sup>; Rosário A. Lopes<sup>1</sup>; Osvaldo Moutinho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro; <sup>2</sup>Serviço Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Faro

**Introdução:** A histeroscopia, como método *gold-standard* na avaliação da cavidade uterina, é frequentemente realizada por suspeita ecográfica de anomalia endometrial, mesmo na ausência de hemorragia uterina anómala. A concordância entre a ecografia e a histeroscopia para a deteção de pólipos endometriais, não se encontra bem estabelecida.

**Objetivo:** Avaliar a concordância entre os achados ecográficos e histeroscópicos no diagnóstico de pólipo endometrial.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos das mulheres submetidas a histeroscopia no CHTMAD entre janeiro e dezembro de 2017. Análise estatística realizada através do SPSS 23.0.

**Resultados:** Foram avaliadas 431 mulheres submetidas a histeroscopia, com idade média de 58±13,4 anos (69,1% pós-menopáusicas). Destas, 86 (20,4%) apresentavam imagem ecográfica compatível com pólipo e 214 (51,1%) apresentava espessamento endometrial (média de 10,6±5,5 mm). Trinta e oito por cento das mulheres com suspeita ecográfica de pólipo e 33,2% das mulheres com espessamento apresentavam queixas de metrorragia. Confirmou-se o diagnóstico histeroscópico de pólipo em 67,6% das mulheres

com diagnóstico inicial de pólipos e em 58,4% das que apresentavam espessamento endometrial na ecografia. Quanto aos achados histeroscópicos, 163 mulheres (34 em pré-menopausa e 129 pós-menopausa) apresentaram pólipos endometriais. Quarenta e dois (25,8%) pólipos foram submetidos a biópsia, 29 (17,8%) a polipectomia com tesoura e 92 (56,4%) enviados para ressectoscopia. Destes, confirmou-se o diagnóstico histopatológico em 57,1%, 69% e 80%, respetivamente. Será relevante ainda referir, um único caso de patologia maligna (neoplasia intra-epitelial endometrial) num dos pólipos submetidos a biópsia.

**Conclusão:** O diagnóstico de pólipos através da ecografia 2D é difícil e operador-dependente, exigindo a sua confirmação por outros métodos complementares de diagnóstico. A histeroscopia, por outro lado, apesar de ser um exame invasivo, permite não só o diagnóstico como, por vezes, o tratamento imediato dos pólipos endometriais.

## P 102

### **EXTRUSÃO VAGINAL DE REDE DE COLPOSSACROPEXIA APÓS 2 DÉCADAS – COMPLICAÇÃO TARDIA**

Elisa Soares; Marília Freixo; Catarina Estevinho; Ana Torgal; Anabela Melo  
*Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa*

**Introdução:** A colposacropexia abdominal é o tratamento mais eficaz para o prolapso da cúpula vaginal, com uma taxa de sucesso de 93% a 99%, sendo considerado o tratamento de primeira linha. A literatura atual sobre esta técnica cirúrgica reporta uma taxa de extrusão entre 0 a 12%, dependendo do material da rede, experiência do cirurgião e tempo de *follow-up*.

**Objetivos:** Descrição de uma complicação cirúrgica tardia rara.

**Material e métodos:** Consulta do processo clínico informatizado, com recurso ao programa ScInício.

**Resultados e conclusões:** Mulher de 74 anos, V gesta III para, recorre ao SU por leucorreia abundante com 6 meses de evolução e agravamento progressivo. Antecedentes de histerectomia vaginal, por prolapso genital, há 23 anos, com necessidade de colposacropexia abdominal um ano após. Doente previamente avaliada noutra instituição por febre com uma semana de evolução e leucorreia

abundante, sero-purulenta, sem odor fétido, tendo sido medicada com azitromicina. Uma semana após, por manutenção do quadro febril procurou nova observação médica. Analiticamente apresentava leucocitose discreta e PCR aumentada (180 mg/dL). Realizou TC abdominal que revelou “trajecto fistuloso em continuidade com a cúpula vaginal, com pequenas coleções fluidas com captação periférica, com cerca de 33 mm de maior eixo, traduzindo provável processo abcedado com comunicação com a cúpula vaginal”.

Neste momento a doente foi transferida para o CHTS (hospital da área da residência), para completar estudo. À admissão na nossa instituição apresentava-se sem queixas álgicas e apirética, referindo apenas alterações do corrimento vaginal. Ao exame ao espéculo verificou-se solução de continuidade da mucosa ao nível da região direita da cúpula vaginal, com extrusão de material compatível com rede de colposacropexia, tendo-se procedido a secção da rede acessível por via vaginal. Dada a estabilidade clínica decidiu-se iniciar tratamento antibiótico em ambulatório (ceftriaxone 1g endovenoso, administração única, seguido de doxiciclina 100mg 2/dia e Metronidazol 500 mg 2/dia durante 14 dias). A paciente foi reavaliada na consulta de Ginecologia após 2 semanas, tendo-se verificado resolução completa do quadro clínico e encerramento da cúpula da vagina.

A erosão, extrusão e infeção das redes são complicações relativamente frequentes. Os dados sobre a sua incidência na colposacropexia são escassos e maioritariamente relativos aos primeiros anos após a cirurgia, no entanto sabe-se que as complicações relacionadas com redes sintéticas continuam a ocorrer ao longo do tempo.

## P 103

### **EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DO TRATAMENTO HORMONAL NA PÓS-MENOPAUSA COM TIBOLONA**

Margarida Cal; Mariana Pimenta; Nuno Costa; Laura Cruz; Susana Rego; Joaquim Neves; C. Calhaz Jorge  
*Hospital de Santa Maria – CHLN*

A terapêutica hormonal (TH) na pós-menopausa é uma alternativa mais eficaz para o controlo da sintomatologia vasomotora (SVM) moderada a grave. Entre as opções disponíveis está a tibolona, um esteroide

sintético com atividade estrogénica, progestativa e androgénica. O número de utilizadoras permanece inferior ao expectável e verifica-se uma baixa taxa de continuidade da TH; dados recentes indicam que 40-60% das mulheres suspendem a TH no primeiro ano e 5-34% mantêm-na por 5 anos. Contudo, são limitados os resultados no que se refere às taxas de manutenção e de descontinuação da TH com tibolona.

**Objetivo:** avaliar a taxa de continuidade do tratamento com tibolona ao final de 1, 3 e 5 anos, bem como a interferência desta medicação na composição corporal (avaliação do IMC e perímetro da cintura abdominal (PCA) ao longo do tratamento; avaliar a evolução da classificação BI-RADS da mamografia ao longo do tratamento.

**Material e métodos:** estudo retrospectivo, com revisão de processos da consulta de Pós-Menopausa de um hospital terciário de Lisboa desde janeiro de 2008 até dezembro de 2015. Selecionamos as mulheres a quem foi prescrito tibolona ou que mudou para tibolona após tratamento prévio com outro tipo de TH. Excluídos os casos de tratamento com outras variantes após descontinuação da tibolona.

**Resultados e conclusões:** 247 mulheres preenchiem os critérios de inclusão. A mediana da idade da menopausa foi de 49 anos e a mediana da idade de início do tratamento foi de 50,8 anos. O tempo médio de início da tibolona após o diagnóstico de menopausa foi de 1,6 anos. 26% das mulheres apresentava HTA e 29% dislipidémia. 11% (n=27) não iniciaram o tratamento. Verificou-se uma taxa de continuidade a 1 ano de 45% (n=99), aos 3 anos de 22% (n=48) e aos 5 anos de 11% (n=24). O principal motivo de suspensão foi a melhoria da SVM, seguindo-se as queixas gastrointestinais, motivos económicos e hemorragia vaginal. Houve perda de vigilância em 27% dos casos. O IMC basal foi em média de 29kg/m<sup>2</sup> [18-54], o PCA de 88,8cm [61-130] e o BI-RADS mais prevalente foi 2 [1-3]. Aos 3 e aos 5 anos de tratamento, a maioria das mulheres aumentou o IMC e o PCA. No que se refere à avaliação BI-RADS, registou-se que a maioria das mulheres manteve a avaliação (BI-RADS 2), com aumento da classificação num pequeno número de casos.

A análise destes dados permite-nos concluir que a taxa de descontinuação do tratamento com ti-

bolona se enquadra no panorama geral descrito na literatura. Verificámos que cerca de 55% das mulheres suspenderam o tratamento com tibolona no primeiro ano e apenas 22% e 11% mantiveram a terapêutica aos 3 e 5 anos, respetivamente. Em relação à evolução das características de composição corporal, constatamos que a maioria das mulheres aumentou de IMC e de PCA com o tratamento, tanto aos 3 como aos 5 anos. No que se refere à evolução da classificação BI-RADS, constatou-se a manutenção da mesma classificação aos 3 e 5 anos na maioria dos casos.

## P 104

### SÍNDROME DE INSENSIBILIDADE COMPLETA A ANDROGÉNIOS – CASO CLÍNICO

Eliana Teixeira; Aurora Silva; Maria de Lurdes Pinho; Ana Paula Lopes  
*Centro Hospitalar Barreiro Montijo – Serviço de Ginecologia e Obstetria*

**Introdução:** O síndrome de insensibilidade completa a androgénios, ou feminização testicular, é um distúrbio genético raro ligado ao cromossoma X, que ocorre devido a uma mutação nos recetores dos androgénios, tornando os indivíduos com cariótipo 46, XY resistentes à ação da testosterona. Desta forma, há uma falha completa no desenvolvimento dos caracteres sexuais masculinos e ocorre diferenciação do fenótipo feminino. Fenotipicamente estes indivíduos apresentam genitais externos femininos, com desenvolvimento mamário normal. Revelam ausência ou rarefação de pelos púbicos, vagina em fundo-cego, e ausência de útero e anexos, o que ocorre devido à produção de hormona anti-mülleriana pelos testículos, que geralmente se encontram na cavidade abdominal ou na região inguinal.

O diagnóstico pode ocorrer desde ao nascimento até à idade adulta, mas é frequentemente realizado em adolescentes ou jovens adultas, que apresentam amenorreia primária, e é confirmado pelo estudo do cariótipo, doseamento hormonal e exames de imagem.

Após a puberdade aumenta o risco de malignização testicular, pelo que é recomendada a gonadectomia. **Objetivos:** Descrição de um caso clínico de síndrome de insensibilidade completa a androgénios, diagnóstico e tratamento.

**Métodos:** Consulta de processo clínico e revisão de literatura

**Resultados:** Mulher de 26 anos, caucasiana, referenciada à consulta de ginecologia por amenorreia primária.

Antecedentes pessoais: Operada a hérnia inguinal bilateral na infância.

Clinicamente apresentava caracteres sexuais femininos desenvolvidos, com mamas de desenvolvimento normal, genitais externos normais mas pilosidade púbica escassa. O restante exame ginecológico revelou-se alterado devido à ausência de colo uterino e útero.

Foram excluídas outras causas de amenorreia primária e realizou-se uma RMN abdomino-pélvica, que confirmou a ausência de útero e anexos, e revelou a presença de testículos em degenerescência. O estudo do cariótipo foi compatível com 46,XY.

Analticamente apresentava valores normais de FSH, LH e estradiol, mas os níveis circulantes de testosterona encontravam-se no limite superior da faixa normal para o sexo masculino, e portanto muito aumentados para o sexo feminino.

Foi proposta gonadectomia bilateral e aconselhamento psicológico, porém a paciente recusou a cirurgia, tendo abandonado a consulta e rejeitado qualquer contacto posterior, devido ao impacto psicológico e emocional deste diagnóstico.

**Conclusões:** A síndrome de insensibilidade completa a androgénios é um distúrbio raro, com impacto importante na saúde física e psicológica, que deve ser abordado por uma equipa multidisciplinar.

## P 105

### EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DO TRATAMENTO HORMONAL NA PÓS-MENOPAUSA COM ESTROPROGESTATIVOS

Margarida Cal; Mariana Pimenta; Nuno Costa;

Laura Cruz; Susana Rego; Joaquim Neves;

C. Calhaz Jorge

*Hospital de Santa Maria – CHLN*

**Introdução:** A terapêutica hormonal (TH) é recomendada para o controlo da sintomatologia vasomotora (SVM) moderada a grave e para o alívio de sintomas urogenitais intensos na pós-menopausa. De entre as opções disponíveis, os estrogénios isolados e o tratamento estroprogestativo combinado apresentam maior eficácia. Contudo, o número

de utilizadoras permanece inferior ao expectável e verifica-se uma baixa taxa de continuidade da terapêutica. Resultados recentemente publicados indicam que cerca de 40-60% das mulheres suspendem o tratamento com TH no primeiro ano e apenas 5-34% mantêm por 5 anos. Existem poucos dados de referência no que se refere às taxas de manutenção e de descontinuação do TH estroprogestativo (THEP) em Portugal.

**Objetivo:** avaliar a experiência da utilização do THEP de um centro de referência em Portugal, com avaliação da taxa de continuidade ao fim de 1, 3 e 5 anos; interferência desta TH na composição corporal, através da avaliação do IMC e perímetro da cintura abdominal (PCA) ao longo do tratamento; caracterização da evolução da classificação BI-RADS da mamografia ao longo do tratamento.

**Material e métodos:** estudo retrospectivo com revisão de processos da consulta de Pós-Menopausa de um hospital terciário de Lisboa desde 2009 até 2015. Selecionamos todas as mulheres com SVM moderada a grave a quem foi prescrito THEP. Excluídos os processos com dados em falta ou de mulheres que fizeram tratamento com outros tipos de TH.

**Resultados e conclusões:** 157 processos preenchiam os critérios de inclusão. A mediana de idade da menopausa foi de 49,3 anos e a mediana de idade no início do tratamento foi de 51,3 anos. O tempo médio de início do tratamento após o diagnóstico de menopausa foi de 1,8 anos. 28% das mulheres apresentava HTA e 34% dislipidémia. 10% (n=15) não iniciaram o tratamento. Verificou-se uma taxa de continuidade a 1 ano de 59% (n=84), aos 3 anos de 36% (n=51) e aos 5 anos de 19% (n=27). O principal motivo de suspensão da THEP foi a melhoria da SVM, seguindo-se hemorragia vaginal, aumento ponderal, cefaleias e queixas gastrointestinais. Houve perda de seguimento em 27% dos casos. O IMC basal foi em média de 27,8 kg/m<sup>2</sup>, o PCA de 89,4cm e o BI-RADS mais prevalente foi 2 [1-3]. Aos 3 e 5 anos de tratamento, verificou-se que na maioria das mulheres houve aumento do IMC e PCA; a avaliação BI-RADS aos 3 e 5 anos de tratamento foi sobreponível na maioria dos casos, com poucos casos de aumento desta classificação (maioritariamente de BI-RADS 1 para 2). A análise destes dados permite concluir que a descontinuação do THEP se enquadra no panorama

ma geral descrito; 41% das mulheres suspenderam o tratamento no primeiro ano e apenas 36% e 19% mantiveram a terapêutica durante 3 e 5 anos, respetivamente. A maioria das mulheres aumentou de IMC e de PCA com a THEP, tanto aos 3 como aos 5 anos. Não se verificou na classificação BI-RADS alterações significativas com a manutenção da mesma aos 3 e 5 anos, na maioria dos casos.

## P 106

### CONVERSÕES EM HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA: ANÁLISE DOS ÚLTIMOS 10 ANOS NOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Joana Oliveira; Ana Sofia Pais; Ana Rita Rolha; Catarina Silva; Filipa Coutinho; Inês Coutinho; Rita Medeiros; Simone Subtil; Sara Campos; Maria João Carvalho; Francisco Falcão; Fernanda Águas

*Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A histerectomia é a cirurgia ginecológica maior mais frequente nos países desenvolvidos. Em Portugal, nos últimos 15 anos, foram efetuadas 166177 histerectomias em Hospitais públicos.

A via de abordagem preferencial continua alvo de controvérsia. A laparoscopia apresenta múltiplas vantagens comparativamente às vias vaginal e abdominal, com morbilidade similar. Apesar do crescente uso da laparoscopia, o risco de conversão para laparotomia existe (0% a 19%).

Nos últimos 10 anos, foram realizadas no Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) 3938 histerectomias, das quais 58,9% por laparotomia, 32,7% vaginais e 8,4% laparoscópicas.

**Objetivo:** Identificar fatores de risco de conversão de histerectomia laparoscópica (HTL) para laparotomia nos últimos 10 anos no Serviço de Ginecologia dos HUC.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, por consulta de registos clínicos das histerectomias realizadas no serviço de Ginecologia dos HUC entre 2007 e 2017.

Foram criados dois grupos: A - todas as doentes cuja HTL foi convertida a laparotomia (n=22); B - amostra selecionada aleatoriamente, de doentes submetidas a HTL sem necessidade de conversão (n=22)

**Resultados:** De 2015 a 2017, fizeram-se mais HTL (n=177) que nos 8 anos anteriores, de 2007 a 2014 (n=154). Do total de HTL realizadas, a taxa de conversão foi de 6,6%, mantendo-se estável ao longo dos anos.

Relativamente aos motivos para a conversão, em 18,1% resultou de complicação cirúrgica (4,5% lesão vesical; 13,6% hemorragia). Em 81,8% dos casos a conversão ocorreu por limitação/dificuldade técnica (31,8% aderências; 27,3% tamanho do útero; 27,3% dificuldades na exposição; 4,5% falha na entrada). A mediana das idades foi semelhante nos 2 grupos: 45,5 (AIQ-10) nas não convertidas, 49 (AIQ-14) nas não convertidas. Não existiu uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico (patologia benigna/maligna) nem entre o grau de especialização do cirurgião (especialista/interno) e a necessidade de conversão.

Nas conversões, 64,7% das doentes tinham antecedentes de cirurgia abdominopélvica, sendo 36,4% nas não convertidas (p=n.s.). O peso médio do útero foi  $163 \pm 110,9$  g nas HTL não convertidas, sendo  $223 \pm 112,2$  g nas convertidas (p=n.s.). O tempo cirúrgico e as complicações pós-operatórias foram semelhantes (p=n.s.).

Das HTL não convertidas, 9,1% tinham IMC  $\geq 30$ , sendo 52,9% nas convertidas (p < 0,05).

O internamento pós-operatório foi >2 dias em 90,9% das doentes sujeitas a conversão, contra 38,1% nas laparoscópicas (p < 0,05).

**Conclusões:** O risco de conversão de HTL deve ser comunicado às doentes. A conversão não deve ser interpretada como uma falha, mas como a via mais racional para evitar complicações. A obesidade foi o fator de risco mais importante na nossa amostra.

## P 107

### ENDOMETRIOSE POLIPÓIDE E O DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM ADENOSSARCOMA

Catarina Peixinho; João Lobo; Alexandra Pregal; Almerinda Petiz

*Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPO)*

**Introdução:** O termo “endometriose polipóide” foi usado pela primeira vez por Mostoufizadeh e Scully em 1980. A endometriose polipóide é uma

forma muito rara de endometriose que afeta principalmente mulheres na perimenopausa. Caracteriza-se pela formação de massas polipóides com características histológicas que simulam um pólipó endometrial e que podem ser diagnosticadas erroneamente como tumores malignos, nomeadamente adenossarcomas. Os locais de envolvimento em ordem de frequência incluem o cólon, ovário, serosa uterina, cervical e /ou mucosa vaginal, ureter, trompas, epíplon e bexiga. A causa desta entidade ainda não está clara, no entanto, alguns casos podem ser atribuídos à estimulação hormonal estrogénica.

**Caso clínico:** Descreve-se um caso de uma mulher, 46 anos, nuligesta, sob anticoncecionais orais combinados, sem antecedentes pessoais de relevo, diagnosticada em consulta de ginecologia de rotina com massa anexial direita. A RMN pélvica constatou uma “ estrutura de limites regulares, adjacente ao ovário direito, com componente tubular que se dirigia para a fossa ilíaca direita, em provável relação com o cego, questionando-se a hipótese de mucocelo volumoso do apêndice com cerca de 70 mm de maior dimensão ou massa anexial. Útero sem alterações patológicas”. Submetida a laparotomia exploradora com exame extemporâneo de massa do ligamento largo com ponto de partida no corno uterino direito, descrita como polipóide que levantou hipótese de adenossarcoma de baixo grau vs pólipó endometrial com origem em lesões de endometriose (. Como tal, procedeu-se a histerectomia total com anexectomia bilateral O exame histológico definitivo favoreceu endometriose polipóide. **Conclusão:** O caso descrito representa uma apresentação atípica desta entidade face ao descrito na literatura existente não se demonstrando etiologia provável nem antecedentes de endometriose.

## P 108

### CONDUTA NAS DISCORDÂNCIAS CITO-HISTOLÓGICAS – CASUÍSTICA DA UNIDADE DE COLPOSCOPIA DO HDES, AÇORES

Óscar Rebelo; Joana Vasconcelos Raposo; Maria Inês Raposo; Bruna Melo; Andrea Pereira  
*Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada*

**Introdução:** O cancro do colo do útero é o terceiro cancro mais comum na mulher, a nível mundial. O diagnóstico atempado de lesões precursoras, através da citologia de rastreio, complementada com

o teste de HPV e com biópsias orientadas por colposcopia, tem permitido diminuir a sua incidência. **Objetivos:** Quantificação da proporção de concordância e discordância entre as citologias e as biópsias do colo, realizadas durante 5 anos, na Unidade de Colposcopia do Hospital do Divino Espírito Santo, Açores, com o objetivo de analisar a conduta nas situações discordantes.

**Material e métodos:** Revisão dos resultados das biópsias do colo efetuadas na Unidade de Colposcopia entre 2013 e 2017 e dos respetivos resultados citológicos precusores. Análise da conduta nos casos de discordância cito-colpo-histológica.

**Resultados e conclusões:** Realizaram-se 316 biópsias do colo orientadas por colposcopia, cujos resultados revelaram: 3 carcinomas invasivos (CI), 3 adenocarcinomas in situ (AIS), 108 CIN2/3, 136 CIN1, 48 negativas e 18 inconclusivas.

Os casos de CI e AIS foram concordantes em 66,7% dos casos. A conização favoreceu o resultado da biopsia.

Nas biópsias com CIN2/3 verificou-se 68,5% de concordância com as citologias prévias. Das peças de conização nas situações discordantes precedidas por anomalias citológicas minor, 88,2% revelaram CIN2/3. Detetou-se AIS em 2,9% dos casos, CI em 2,9% e CIN1 em 5,9%.

Nas biópsias com CIN1 houve concordância em 90,4% dos casos. Nos casos discordantes, com biópsia CIN1 precedida de anomalias major, foi realizada conização diagnóstica que revelou CIN2/3 em 92,3%, favorecendo a citologia, e CIN1 em 7,7% dos casos.

As biópsias negativas precedidas por anomalias minor (85,4%) permaneceram em vigilância colpo-citológica, com pesquisa de HPV quando indicado. Nas biópsias negativas precedidas por anomalias major, realizou-se conização diagnóstica, que revelou CIN 2/3 em 71,4% dos casos e CIN I nos restantes.

As biópsias inconclusivas precedidas por anomalias minor (88,9%) foram mantidas em vigilância colpo-citológica. Nas anomalias major (11,1%) foi realizada conização que revelou carcinoma epidermóide micro-invasivo em 1 caso e CIN3 nos outros 2. Em suma, foi decidido tratamento excisional nos CIN2/3 precedidos de anomalias citológicas minor, bem como nos CIN1 e biópsias negativas ou in-

conclusivas precedidas por anomalias citológicas major. As peças de conização favoreceram, maioritariamente, o resultado de maior grau da citologia ou da biópsia.

## P 109

### STRUMA OVARII – CASO CLÍNICO

Rosália Coutada; Soraia Cunha; Domingos Magalhães; João Pedro da Silva; Paula Pinheiro  
*Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo*

**Introdução:** O struma ovarii é um teratoma mono-dermal predominantemente constituído por tecido tiroideu maduro. Representa cerca de 5% dos teratomas ováricos e 0,3% de todos os tumores do ovário. Dependendo das suas características histológicas pode ser classificado como benigno ou maligno.

**Objetivo:** Descrição de caso clínico e revisão da literatura.

**Material e métodos:** Mulher de 37 anos, nulípara, com antecedentes de perturbação esquizoafetiva. Referenciada à consulta de Ginecologia por queixas de distensão abdominal com 3 meses de evolução e tumefação anexial complexa.

Ao exame ginecológico apresentava uma massa palpável na região anexial esquerda, com cerca de 9 cm, que condicionava abaulamento do fundo de saco vaginal, móvel, regular e de consistência elástica.

A ecografia pélvica transvaginal revelava uma massa na região anexial esquerda com cerca de 10 x 7 x 5 cm, com áreas sólidas e quísticas e ausência de líquido livre no fundo de saco. Analiticamente apresentava CA 125 de 9.3 U/mL e função tiroideia normal.

Foi submetida a laparotomia exploradora com anexectomia esquerda, cujo exame extemporâneo revelou teratoma quístico maduro. O exame anato-patológico definitivo revelou teratoma quístico maduro predominantemente tiroideu com características de struma ovarii benigno. O pós-operatório decorreu sem incidentes.

**Conclusão:** O struma ovarii pode manifestar-se sob a forma de massa pélvica, associada a dor abdominal e, menos frequentemente, a ascite. Não existem características imagiológicas típicas deste tumor, o que torna o diagnóstico diferencial com neoplasias malignas do ovário um desafio. O mar-

cador tumoral CA 125 encontra-se habitualmente normal. A presença de manifestações clínicas ou bioquímicas de hipertiroidismo é rara, ocorrendo em apenas 8% das doentes. Nos casos de histologia benigna, o tratamento consiste na ressecção cirúrgica do tumor.

## P 110

### HEMORRAGIAS UTERINAS ABUNDANTES – PRINCIPAIS FATORES ETIOLÓGICOS E IMPACTO CLÍNICO

Rita Mendes Silva; Laura Cruz; Nuno Costa; Joaquim Neves; Carlos Calhaz-Jorge  
*Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria/Centro Hospitalar de Lisboa Norte*

**Introdução:** O termo “hemorragia uterina abundante” (HUAb) é um sintoma definido pela perceção de volume menstrual diário ou total aumentado pela mulher, com interferência na qualidade de vida, ou um volume superior a 80mL por ciclo menstrual. Constitui um subgrupo das hemorragias uterinas anómalas, sendo a sua etiologia classificável de acordo com o sistema PALM-COEIN. A determinação semiquantitativa das perdas menstruais através da ferramenta “pictorial blood assessment chart” (PBAC) apresenta um valor preditivo positivo de 85% no diagnóstico de HUAb, permitindo uma maior objetividade na abordagem destas mulheres.

**Objetivos:** Análise descritiva de uma amostra da população com HUAb em seguimento no ambulatório de ginecologia num hospital terciário.

**Material e métodos:** Efetuou-se um estudo retrospectivo que incluiu mulheres em seguimento na consulta, com registo de hemorragia uterina abundante, desde janeiro 2016 até fevereiro de 2018, nas quais tenha sido efetuada avaliação ecográfica e analítica. Foram analisadas as variáveis demográficas, as etiologias de acordo com o sistema PALM-COEIN, a quantificação da hemoglobina e a semiquantificação das perdas hemáticas na primeira consulta de acordo com o *score* PBAC.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídas 175 mulheres, com idade mediana de 40 anos (10-55 anos), menarca aos 12,6 (9 a 17 anos), na maioria múltiparas (67%, n=105). A mediana do *score* PBAC na primeira consulta era de 385 (30-1501), ocorrendo 6 casos (3,4%) com *score* inferior a 100.



Cerca de metade das mulheres apresentavam anemia (54%, n=94), classificável como grave (Hb<7g/dL) em 3,6%. Não se verificou uma correlação significativa entre a pontuação PBAC e o valor de hemoglobina (p=0,771). Em termos etiológicos, foram objetivados pólipos endometriais em 11% (n=19) dos casos; em 9,6% (n=17) a ecografia foi sugestiva de adenomiose e em 35% (n=61) identificaram-se leiomiomas uterinos, de localização submucosa em metade dos casos (n=30). Em dois casos foi efetuado um diagnóstico de neoplasia maligna do endométrio. Cinco mulheres (2,8%) apresentavam coagulopatia subjacente à HUAAb e sete (4%) efetuavam terapêutica anticoagulante e/ou antiagregante. Setenta e sete mulheres (44%) encontravam-se sob terapêutica hormonal e/ou contraceptiva (estroprogestativa 38,4%, progestativo oral 21%, DIU cobre 11,1%, DLIU de levonorgestrel 25,7%, implante subcutâneo 3,2%, progestativo injetável 1,6%) e em 24 mulheres (13,8%) constatou-se outra medicação potencialmente implicada. Em 9 casos (5,5%) verificou-se patologia endocrinológica relevante. Estes dados permitem uma maior compreensão dos casos de HUAAb em seguimento em ambulatório, sendo a patologia miometrial benigna a causa estrutural mais frequente e a iatrogenia uma importante causa não estrutural.

## P 111

### HEMATOMA PERINEAL E VAGINAL – SEQUELA DE ROTURA DE TUMOR DO OVÁRIO (CASO RARO)

Alexandra Coelho; João Aquino; Marta Brito; Gonçalo Cardoso; Maria José Bernardo  
*Maternidade Dr. Alfredo da Costa*

Utente de 60 anos que recorre ao SU dia 3/6/2017, por dor abdomino-pélvica intensa de aparecimento súbito. Antecedentes pessoais conhecidos de histerectomia vaginal por miomas em 2015 e em vigiância na consulta de oncologia por massa anexial esquerda com 125-66-56mm (RMN de abril de 2017) com características suspeitas de malignidade e marcadores tumorais negativos (CA 125 e CEA) com cirurgia electiva para 07-06-2017.

À observação destacou-se hematoma extenso do períneo e vagina não sendo possível observação ao espelho nem introdução de sonda vaginal. Ao toque retal identificou-se Massa de consistência firme, pouco móvel, ocupando todo o FSDouglas.

Ecografia suprapubica e introital “massa sólida anexial esquerda, alongada, prolongando-se para a região perineal, com 205x91x85mm, de contornos perineais mal definidos, color *score* 2, só se visualizando vasos periféricos. Visualiza-se imagem de coágulos e hematomas retrovesicais e perineais. Suspeita de hemorragia intra-tumoral com rotura da cápsula”

Foi decidido internamento e cirurgia urgente Foi submetida a anexectomia bilateral (tumor do ovário esquerdo, muito hemorrágico) + omentectomia

Infracólica com exame extemporâneo inconclusivo e confirmação intra-operatória de exuberante hematoma por rotura de capsula. Diagnóstico histológico: Fibroma celular mitoticamente ativo do ovário esquerdo

Pós operatório sem complicações

## P 112

### UM CASO DE METÁSTASE ENDOMETRIAL NO COURO CABELUDO

Joana Aidos; Sónia Gonçalves; Teresa Carvalho; Nuno Nogueira Martins; Francisco Nogueira Martins  
*Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E.*

**Introdução:** A metastização cutânea é documentada em 0,7 a 9% de todas as neoplasias. No sexo feminino o carcinoma do endométrio constituiu uma causa muito rara de metastização cutânea, que ocorre principalmente por disseminação hematogénea. As lesões metastáticas no couro cabeludo podem manifestar-se de diversas formas (nódulos discretos, placas, ou lesões inflamatórias) e reflectem doença disseminada, o que requer uma avaliação imagiológica detalhada.

**Resultados e conclusões:** Doente de 65 anos, antecedentes pessoais irrelevantes, G4P4, menopausa espontânea aos 50 anos, sem terapêutica hormonal. Referenciada a consulta hospitalar por colpocitologia HSIL e hemorragia uterina anómala com cerca de 2 anos de evolução. Era portadora de ecografia ginecológica que revelava espessamento endometrial associado a hematometra. Ao exame objectivo foi evidenciada formação cervical exoftica extensa hipervascularizada, friável, sugestiva de carcinoma, tendo sido realizada biópsia que revelou carcinoma seroso do endométrio.

Submetida a laparotomia exploradora incluindo

lavado peritoneal, histerectomia total com anexectomia bilateral, linfadenectomias pélvica bilateral e para-aórtica, omentectomia infracólica, biópsias múltiplas e citologia das cúpulas diafragmáticas. Estudo histológico confirmou carcinoma seroso do endométrio, estadió FIGO IIIC2 G3. Submetida a 6 ciclos de quimioterapia intercalados por 28 sessões de radioterapia externa e 4 de braquiterapia endovaginal, a título adjuvante.

Doente manteve vigilância em consulta de ginecologia oncológica e 21 meses após a cirurgia surge, como queixa única, uma lesão pápulo-nodular eritematosa de consistência dura com cerca de 2 cm na região central do couro cabeludo, tendo sido realizada biópsia que revelou metástase cutânea de adenocarcinoma com imunofenótipo compatível com o tumor primário ginecológico. Estudo imagiológico revelou também metastização pulmonar, óssea e da calote cerebral. Foram proporcionados cuidados paliativos, tendo-se verificado óbito 2 meses após o diagnóstico da metástase cutânea.

A metastização do couro cabeludo em carcinoma endometrial é extremamente incomum, traduzindo doença amplamente disseminada e mau prognóstico.

## P 113

### CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO: CASUÍSTICA DE 3 ANOS DE UMA UNIDADE DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

Margarida Cal; Ana Rodrigues; Anabela Colaço; C. Calhaz Jorge

Hospital de Santa Maria – CHLN

**Introdução:** O carcinoma do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos (6% dos carcinomas femininos). Mais de 90% dos casos ocorrem após os 50 anos e os fatores de risco são: obesidade, diabetes mellitus (DM), infertilidade, nuliparidade, síndrome dos ovários poliquísticos, menarca precoce, menopausa tardia e terapêutica com tamoxifeno. A classificação obedece aos critérios da OMS, com divisão em tipo 1 (endometrióides, 80-90% dos casos) e tipo 2 (não-endometrióides, 10-20%). Em Portugal a incidência é de 12,4 casos/100.000 com taxa de mortalidade de 1,8/100.000. A sobrevida aos 5 anos é >95% no subtipo 1; caso haja envolvimento regional é de 68%, e de apenas 17% se envolvimento à distância.

**Objetivo:** Avaliar a casuística de 3 anos da unidade de Ginecologia Oncológica, nomeadamente: dados demográficos, presença de fatores de risco, forma de apresentação mais comum; correlação entre impressão do operador na histeroscopia vs. diagnóstico histológico (DH); subtipos histológicos e grau de diferenciação mais comuns; concordância DH da biópsia vs DH final na peça operatória; concordância dos achados na ressonância magnética (RMN) vs. peça operatória.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo com revisão de processos da Consulta de Ginecologia Oncológica de um hospital terciário de Lisboa entre 2015 e 2017. Foram selecionados todos os casos em que houve DH de carcinoma do endométrio. Excluídos os processos com outros DH principais (incluindo carcinosarcoma).

**Resultados e conclusões:** Houve 51 casos de carcinoma do endométrio neste período. Todas as mulheres tinham >50 anos aquando do diagnóstico; mediana de idade: 68,4 anos [50-87 anos]. Fatores de risco: Obesidade (n=34), DM (n=8), nulíparas (n=9), menopausa tardia (n=7), tamoxifeno (n=2). 31 mulheres tinham vigilância ginecológica regular e 6 realizaram terapêutica hormonal pós-menopausa. Em 37 casos não havia antecedentes ginecológicos de relevo e 1/5 tinha antecedentes familiares de cancro ginecológico ou colo-retal. Forma de apresentação mais comum: hemorragia uterina anómala (HUA) (n=43) vs. achados ecográficos (n=8). Citologia do colo positiva em 6 casos. Histeroscopia com biópsia - registo de impressão diagnóstica de exame suspeito/maligno em 43/51 casos (84%). Principais DH nestas biópsias: carcinoma endometrióide G1 (n=25), G2 (n=15), G3 (n=5), NE (n=3); hiperplasia complexa (n=2) e ca. seroso (n=1). Taxa de concordância da RMN vs. peça operatória relativamente à invasão da 1/2 externa do miométrio e invasão do estroma cervical: 74% e 80%, respetivamente. CA-125 positivo em 3/20 casos. DH na peça operatória: carcinoma endometrióide G1 (n=20), G2 (n=14) e G3 (n=3); seroso (n=3) e misto (n=9); entre estes, combinação dos subtipos endometrióide G2 e G3 com seroso, células claras e carcinosarcoma. Grau de diferenciação discordante e menos favorável na peça cirúrgica vs. o da biópsia em 22% dos casos. Estadiamento pós-cirúrgico mais comuns: IA G1 (n=14) e IA G2 (n=8).

## P 114

### FÍSTULA ÚTERO-VAGINAL E SUAS COMPLICAÇÕES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Peixinho; Diana Monteiro; Mariana Dória; Cláudio Rebelo; Pedro Tiago Silva  
*Hospital Pedro Hispano*

**Introdução:** As fístulas são comunicações patológicas entre duas ou mais estruturas anatómicas. Existem várias causas atribuídas à sua formação: isquemia tecidual; neoplasia; infecção; lesão iatrogénica e alteração anatómica congénita. As manifestações podem ser variáveis consoante o local envolvido. No caso de fístulas uterinas estas desenvolvem-se entre o útero e outro órgão pélvico (intestino, bexiga, ureter, uretra, vagina).

**Caso clínico:** Mulher de 37 anos, casada, professora, vigiada na consulta por abortamentos de repetição. Antecedentes obstétricos: 6G 1P - Parto eutócico a termo, uma IMG às 20 semanas por Síndrome de Prune-Belly com necessidade de curetagem após expulsão fetal, 4 abortamentos espontâneos de 1º trimestre.

Sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Das investigações das causas de abortamentos de repetição apresentava cariótipo normal do casal, estudo de trombofilias negativo, função tiroideia e ecografia ginecológica normais.

Para completar estudo realizou histeroscopia: verificada fístula entre o fundo de saco vaginal posterior e a cavidade uterina com diagnóstico histológico de endometrite crónica. Procedeu-se a posterior correção cirúrgica com encerramento da fístula e manutenção do canal endocervical primário patente.

Dois anos após a intervenção cirúrgica, teve nova gravidez espontânea, sem intercorrências. Cesariana a termo, com RN sexo masculino, 3150g com IA 8/9/10.

**Conclusão:** O dano tecidual iatrogénico provocado pela curetagem uterina realizada após IMG pode estar na origem da fístula e, conseqüentemente dos abortamentos de repetição que lhe seguiram. O tratamento cirúrgico da mesma associou-se a gravidez espontânea com parto a termo sem complicações.

## P 115

### DIAGNÓSTICOS HISTEROSCÓPICOS MAIS PREVALENTES EM AMBULATÓRIO

Alberto Sarmento<sup>1</sup>; José Alberto Fonseca Moutinho<sup>2</sup>; Sara Nunes<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UCSP S. Miguel, ULS Castelo Branco; <sup>2</sup>Faculdade de Ciências da Saúde, UBI; <sup>3</sup>Escola Superior de Gestão, Instituto Politécnico de Castelo Branco

**Introdução:** A alteração menstrual (AM), o espessamento endometrial (EM) e as metrorragias pós-menopausa (MPM) podem, inicialmente, ser abordadas por ou constituir indicação para histeroscopia (HSC). Este é o exame de referência para o diagnóstico de anomalias da cavidade uterina e confere adicionalmente uma oportunidade de intervenção terapêutica.

**Objetivos:** Este trabalho teve por objetivo identificar e caracterizar as HSCs motivadas por alteração AM, espessamento EM e metrorragias MPM, realizadas em ambulatório no nosso Serviço entre 2013 e 2014.

**Material e métodos:** Estudo descritivo transversal prospetivo, de pacientes encaminhadas para HSC de ambulatório, selecionadas por amostragem de conveniência e motivadas por alterações AM, EM e MPM (n = 103), entre 2013 e 2014. Critério de exclusão: casos psiquiátricos graves; grávidas ou no puerpério e casos recentes de aborto; casos de infertilidade remoção do DIU e HSC de controlo; participação repetida; diagnóstico inconclusivo na HSC. Analisaram-se as seguintes variáveis: características das utentes (dados sociodemográficos e clínicos) e diagnósticos das HSCs.

**Resultados:** Relativamente aos principais motivos para o exame, 35% dos casos (n = 36) apresentava alteração menstrual, 37% (n = 38) espessamento EM e 28% (n = 29) metrorragias MPM. Relativamente ao diagnóstico, 35% dos exames foram normais, 33% revelou pólo(s) endometrial, 5% pólo(s) cervical, 2% pólo(s) cervico- e endometrial, 4% sinéquias uterinas, 11% mioma e em 9% outros diagnósticos – entre estes 2 adenomioses. Registou-se uma perda de seguimento. **Discussão:** A maioria das histeroscopias foi requisitada por espessamento EM ou por alteração da menstruação. As queixas de metrorragias MPM também foram significativas, o que se explica parcialmente pelo perfil demográfico da amostra (mé-

dia de idades = 55,8 anos, e grupos etários entre os 22 e 85 anos). Entre os diagnósticos mais frequentes encontra-se o “útero normal”, seguido de pólip(s) endometrial. Estes resultados corroboram os descritos por outros investigadores.

## P 116

### **GROWING TERATOME SYNDROME – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Catarina Peixinho; Alexandra Pregel; Almerinda Petiz  
*Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco  
Gentil (IPO)*

**Introdução:** O Teratoma é o tumor germinativo mais frequente do ovário, mas o teratoma imaturo representa apenas 1% dos tumores ováricos. O tratamento é baseado em cirurgia e quimioterapia dependendo do estadio e grau. *Growing Teratome Syndrome* ( GST) é uma entidade histológica rara definida por um tecido tumoral em crescimento contendo um componente maduro benigno durante ou após quimioterapia com níveis séricos de alfa-fetoproteína e gonadotrofina coriônica humana normais. Afeta sobretudo adolescentes e jovens adultas. O prognóstico é bom após a excisão completa contudo a ressecção cirúrgica de lesões volumosas da GTS pode ser tecnicamente desafiadora.

**Descrição de Caso Clínico:** Descreve-se um caso de uma mulher 35 anos. 1G1P, sem antecedentes pessoais de relevo referenciada à consulta de ginecologia oncológica por achado em RMN pélvica, realizada para estudo de dor pélvica, de formação nodular predominantemente sólida com cerca de 8,6 cm de maior dimensão terouterina, lateralizada à direita, sugestiva de teratoma maligno. Submetida a laparotomia exploradora com anexectomia esquerda com histológico de Teratoma imaturo grau 2 (FIGO IA) do ovário. Foi tratada com quimioterapia adjuvante com BEP. Seis meses após a cirurgia, aparecimento novo em RMN, de imagem nodular no FSD à direita bem delimitada, heterogénea, predominantemente sólida, captante de produto contraste, idêntica à da neoplasia primitiva, sugerindo recidiva/persistência tumoral. Proposta para nova laparotomia exploradora tendo sido realizada histerectomia total e anexectomia direita, peritonectomia e exérese de implante biliar da serosa do cólon sigmóide. O exame histológico demonstrou carcinomatose/gliomatose peritoneal

encaixando-se no diagnóstico de síndrome de teratoma em crescimento. Manteve-se em vigilância até à data com marcadores tumorais negativos (3 anos após diagnóstico de GST).

**Conclusão:** A síndrome do teratoma em crescimento foi relatada por Logothetis et al. em 1982 e corresponde a modificações histológicas de tumores malignos tratados por quimioterapia. Os bons resultados do tratamento dependem da suspeição deste diagnóstico, da vigilância adequada com reconhecimento precoce da resposta paradoxal da doença à quimioterapia e finalmente da ressecção cirúrgica imediata e completa das formações tumorais.

## P 117

### **TUBERCULOSE PÉLVICA, AS VÁRIAS FACES DE UMA DOENÇA**

Eliana Teixeira; Ricardo Sarmento;  
Maria de Lurdes Pinho; Ana Paula Lopes  
*Centro Hospitalar Barreiro Montijo - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia*

**Introdução:** Atualmente cerca de um terço da população mundial encontra-se infetada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, agente responsável por cerca de 95% dos casos de tuberculose. A tuberculose extrapulmonar pode envolver qualquer órgão, tal como os órgãos pélvicos femininos, e apesar de pouco comum, tem vindo a aumentar a sua incidência nos países desenvolvidos devido às tendências migratórias da população. A tuberculose pélvica apresenta-se maioritariamente de forma indolente e inespecífica, podendo mimetizar doenças malignas, como o cancro do ovário.

**Objetivos:** Descrição de um caso clínico de apresentação incomum de tuberculose pélvica

**Métodos:** Consulta de processo clínico e revisão de literatura.

**Resultados:** Mulher de 55 anos, raça negra, a residir em Portugal há 4 meses, referenciada à consulta de ginecologia por dor e aumento do volume abdominal com 1 ano de evolução e emagrecimento de 10 kg no último ano. Dos antecedentes familiares destaca-se a morte de uma das filhas há 2 anos com tuberculose pulmonar.

Clinicamente apresentava uma massa pélvica dolorosa e uma fístula inguinal esquerda, com drenagem purulenta. Dos exames complementares de diagnóstico realizados destaca-se a RMN abdo-

mino-pélvica, que mostrou uma volumosa massa cavitada com necrose central, adjacente ao útero e anexo esquerdo, e um abscesso multilocular do músculo iliopsoas. Analiticamente: marcadores tumorais e serologias virais, nomeadamente VIH, negativos.

Foram colocadas as hipóteses diagnósticas de tumor do ovário, sarcoma uterino ou tuberculose pélvica com envolvimento tubo-ovárico. Realizou-se biópsia cuja histologia revelou tecido granulomatoso, sem neoplasia.

Perante a suspeição de se tratar de um caso de tuberculose pélvica, mesmo com exame cultural e coloração Ziel-Nielsen para bacilo álcool-ácido resistente negativos, foi iniciada terapêutica anti-bacilar combinada. Aos 4 meses de *follow-up* constatou-se a ausência da massa pélvica e encerramento completo da fistula cutânea.

**Conclusões:** O espectro clínico da tuberculose pélvica é variável, sendo caracteristicamente pauci-bacilar, o que dificulta a identificação do agente infeccioso por métodos culturais ou coloração de Ziel-Nielsen, que têm baixa sensibilidade. O diagnóstico pode ser realizado com base na demonstração histológica de granulomas e resposta à terapêutica.

O elevado grau de suspeição clínica é o fator de diagnóstico mais importante, devendo a tuberculose pélvica ser considerada no diagnóstico diferencial de massas pélvicas.

## P 118

### **IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO ECOGRÁFICA DA CICATRIZ UTERINA PÓS CESARIANA: CASO CLÍNICO**

Mariana Cardoso<sup>1,2</sup>; Maria Inês Raposo<sup>1</sup>; Mariana Ormonde<sup>1</sup>; Joana Raposo<sup>1</sup>; Gonçalo Cardoso<sup>2</sup>; Abel Silva<sup>2</sup>; André Sampaio<sup>1</sup>; Pedro Cosme<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Lisboa Central – Maternidade Alfredo da Costa

**Introdução:** A prevalência de defeitos da cicatriz da cesariana (DCC) é de aproximadamente 61.0%–64.5% e trata-se de uma entidade subdiagnosticada. Estes achados são maioritariamente acidentais, sendo a maioria das mulheres assintomática. Os DCC associam-se a múltiplos sintomas e complicações, nomeadamente hemor-

ragia uterina anormal, dor pélvica, dispareunia, dismenorreia ou infertilidade secundária, bem como, gravidez ectópica, anomalias placentares, hemorragia pós-parto, deiscência e rotura uterina, podendo comprometer a vida materna.

**Objetivos:** Descrição de um caso clínico decorrido no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

**Material e métodos:** Revisão de DCC, seguido de contextualização da literatura.

**Resultados e conclusões:** Mulher de 36 anos, caucasiana, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 insulino-dependente, hipotiroidismo e hipertensão arterial, com história de cesariana anterior há 17 anos. A presente gravidez decorreu sem intercorrências até às 29 semanas de gestação, altura em que iniciou trabalho de parto espontâneo. Realizou-se um parto distócico com aplicação de fórceps para abreviação do período expulsivo, que culminou no nascimento de feto do sexo masculino com 1700g e índice de Apgar 2/7.

Recorreu ao serviço de urgência ao 12º dia de puerpério por lóquios aumentados. À observação, constatou-se presença de lóquios em moderada quantidade com odor fétido. A ecografia transvaginal apresentava útero com conteúdo hemático, visualizando-se na região ístmica, formação circular septada hipoecogénica, comunicante com o endométrio, medindo 50x42x57mm, sugestiva de DCC. Analiticamente com ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios, tendo sido medicada empiricamente com cefalosporina. Foi submetida a avaliação semanal, com evolução positiva da sintomatologia e do DCC. Em consulta de *follow-up*, três meses pós-parto, permanecia assintomática, amenorreica sob contraceção com desogestrel, com regressão ecográfica do DCC, medindo 28x23x20mm. Foi encaminhada para consulta de Ginecologia, para posterior orientação cirúrgica e planeamento familiar.

Este caso remete-nos para um achado ecográfico acidental de DCC numa mulher com cesariana anterior há 17 anos que engravidou e cujos desfechos obstétricos poderiam ter sido fatais. Dado o aumento crescente da taxa de cesarianas, pretende-se com este caso alertar para a importância do diagnóstico atempado de DCC, dadas as implicações na vida reprodutiva e ginecológica da mulher.

## P 119

### LINFANGIECTASIA VULVAR – UMA ABORDAGEM DESAFIANTE

Inês Alençó; Marta Morai; Ana Rocha;  
Cláudia Marques; Alexandre Morgado  
*Serviço de Ginecologia, Centro Materno Infantil do Norte  
– Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** A linfangiectasia cutânea é uma patologia rara resultante da destruição e obstrução da drenagem linfática. A sua forma vulvar está geralmente associada a cirurgia ou radioterapia pélvicas e caracteriza-se clinicamente pela presença de vesículas coalescentes exsudativas, causando morbidade importante.

**Objetivos:** Analisar os casos de linfangiectasia vulvar e as diferentes abordagens terapêuticas e evolução clínica.

**Material e métodos:** Análise descritiva retrospectiva dos casos de linfangiectasia vulvar da consulta de patologia da vulva do CMIN-CHUP. Foi feita revisão dos processos clínicos e analisados dados demográficos, antecedentes patológicos, apresentação clínica, tratamentos efetuados, complicações e evolução.

**Resultados:** Foram identificados três casos.

**Caso 1:** Doente de 62 anos com antecedentes de carcinoma epidermóide do canal anal tratado com quimioterapia e radioterapia (RT) dez anos antes, encaminhada à consulta por lesão vulvar pruriginosa com escorrência serosa. Apresentava lesões vesiculares dos grandes lábios com eritema e exsudação. Foi realizada exérese com ansa diatérmica das áreas mais afetadas com processo cicatricial moroso. Por recorrência das queixas e agravamento das áreas não abordadas, foi proposta vaporização LASER dois anos mais tarde. Registou-se nova recorrência um ano após com extensão das lesões, tendo-se realizado nova vaporização LASER com boa resposta.

**Caso 2:** Doente de 49 anos com antecedente de carcinoma epidermóide do canal anal diagnosticado oito anos antes e tratado com RT. Apresentava lesão bolhosa exsudativa extensa dos grandes lábios. Foi submetida a *shaving vulvar* com ansa diatérmica seguida de vaporização LASER. Houve regressão completa das lesões com bom resultado.

**Caso 3:** Doente de 76 anos com carcinoma adenóide cístico da glândula de Bartholin esquerda diagnosticado 26 anos antes, submetida a vulvec-tomia radical e RT. Por recidiva local, foi submetida

a exenteração pélvica e RT 16 anos após. A doente referia escorrência e prurido vulvar crónico, sendo evidentes vesículas coalescentes exsudativas na cicatriz genital. A doente optou por tratamento expectante. Houve recidiva da doença de base, não tendo sido realizado tratamento dirigido.

**Conclusões:** A linfangiectasia vulvar, sendo rara, associa-se frequentemente a RT pélvica e pode ser causadora de sintomatologia e morbidade significativas. A abordagem terapêutica não é consensual. A melhor técnica, ablativa ou excisional, assim como a extensão e profundidade da abordagem são desafios difíceis, dado tratar-se de tecido com capacidade cicatricial comprometida.

## P 120

Trabalho retirado.

## P 121

### EFEITO BIOMECÂNICO DO TRATAMENTO A LASER NA CAVIDADE PÉLVICA: IMPORTÂNCIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Elisabete Silva<sup>1</sup>; Liliana Vilaça<sup>2</sup>; Marco Parente<sup>1</sup>;  
Teresa Mascarenhas<sup>3</sup>; Renato Natal Jorge<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LAETA, INEGI, Faculty of Engineering, University of Porto, Portugal; <sup>2</sup>Faculty of Engineering, University of Porto, Portugal; <sup>3</sup>Dep. of Obstetrics and Gynecology, CHSJ-EPE / Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal

**Introdução:** Recentemente, o tratamento com laser tem sido usado para reduzir os sintomas da incontinência urinária de esforço (IUE) [1]. Este procedimento, baseado no efeito térmico, causa a regeneração de colagénio e elastina, podendo reduzir os sintomas desta disfunção pélvica [1].

No entanto, este tratamento ainda não está completamente compreendido e os efeitos induzidos aos tecidos pélvicos não são totalmente esclarecedores. Neste contexto e de forma não invasiva, os modelos computacionais 3D podem clarificar os efeitos deste procedimento, tornando-o no futuro num tratamento customizado.

**Objetivo:** Usar um modelo computacional 3D para simular e analisar a distribuição de temperaturas na cavidade pélvica induzida pelo laser.

**Material e métodos:** Neste estudo foi usado um modelo computacional da cavidade pélvica, anteriormente validado [2], ao qual foi aplicado uma temperatura de 49°C, temperatura máxima antes

de ocorrer dano irreversível das células, dependendo do tempo de exposição. Nas extremidades do modelo foi aplicada uma temperatura de 37°C, temperatura corporal. Durante a simulação computacional, analisou-se a distribuição de temperatura nas estruturas pélvicas, nomeadamente na vagina, colo vesical, ligamentos uterosacrais e nos músculos do pavimento pélvico (MPP).

**Resultados:** A simulação estima uma temperatura máxima de 49°C no canal vaginal e que diminui gradualmente à medida que se afasta do canal vaginal, sendo de aproximadamente 46°C na fásia endopélvica, 42°C no colo vesical, 41°C nos ligamentos uterosacrais (na proximidade do útero) e 40°C nos MPP.

**Conclusões:** O modelo computacional usado permitiu verificar quais os tecidos pélvicos expostos a maiores valores de temperatura, sendo que os MPP foram os menos expostos.

Em conclusão, os modelos computacionais podem ser essenciais para o estabelecimento de um ponto específico para a aplicação do laser para o tratamento da IUE, permitindo reduzir com mais precisão os sintomas dessa disfunção. Além disso, será muito interessante estimar as propriedades biomecânicas in vivo, de forma não invasiva, dos tecidos pélvicos após a aplicação do laser para perceber o efeito deste a longo prazo, com o intuito de melhorar a técnica clínica, evitando os efeitos adversos por tentativa-erro.

#### Referências

- 1 International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 2016.
- 2 Journal of Biomechanics, 2015.

## P 122

### **CORRELAÇÃO ENTRE ECOGRAFIA GINECOLÓGICA E HISTOLOGIA NO DIAGNÓSTICO DE MASSAS ANEXIAIS BENIGNAS**

Marta Brito<sup>1</sup>; Rita Torres<sup>2</sup>; Alexandra Coelho<sup>1</sup>; Raquel Condeço<sup>2</sup>; Abílio Lacerda<sup>3</sup>; Maria José Bernardo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Interno Ginecologia e Obstetria Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Lisboa Central,

<sup>2</sup>Assistente Ginecologia e Obstetria Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Lisboa Central,

<sup>3</sup>Assistente Graduado Ginecologia e Obstetria Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Lisboa Central

**Introdução:** A caracterização ecográfica das massas anexiais (MA) é essencial na predição do seu

potencial de malignidade, influenciando assim o tratamento a propor a uma mulher com patologia anexial.

**Objetivo:** Descrição dos achados ecográficos das MA benignas abordadas cirurgicamente e correlação com os achados histológicos.

**Materiais e métodos:** Estudo coorte retrospectivo dos casos de MA submetidas a cirurgia, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2017 (n=151) no Serviço de Ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Foram excluídos os casos cuja caracterização ecográfica não foi feita de acordo com a terminologia e modelos preditivos do grupo IOTA(n=12).

**Resultados e conclusões:** O estudo anátomo-patológico das 139 MA submetidas a cirurgia durante o período de estudo revelou 127 (91,4%) massas benignas, 2 tumores borderline (1,4%) e 10 tumores malignos (7,2%). Entre os tumores benignos encontraram-se: 35 cistadenomas serosos cujas características ecográficas foram as seguintes: 25 uniloculares, 7 multiloculares e 3 uniloculares sólidos, com dimensões 7-14 cm; 29 teratomas maduros: 26 uniloculares, 2 multiloculares e 1 multilocular sólido, todos com conteúdo ecogénico misto e dimensões 4-13 cm; 28 endometriomas: 22 massas uniloculares, 5 multiloculares e 1 unilocular sólido, todos com padrão de vidro fosco, com dimensões 6-14 cm; 16 cistadenomas mucinosos: 11 multiloculares, 2 uniloculares e 3 multiloculares sólidos com dimensões 6-19 cm; 11 fibromas/fibrotecomas: 10 formações sólidas e 1 formação multilocular quística em vidro fosco, 8 com sombras acústicas, 1 deles com ascite moderada e dimensões 6-18 cm; 4 cistadenofibromas, 1 quisto de inclusão mesotelial, 1 abscesso tuboovárico, 1 quisto hemorrágico e 1 tumor de Brenner. Todas as MA com diagnóstico histológico (DH) de malignidade foram descritas ecograficamente como malignas e abordadas pela Oncologia Ginecológica. 94,5% (120) das MA benignas foram descritas ecograficamente como não suspeitas e 94,2% (113) destas foram submetidas a cirurgia laparoscópica. 80,3% (102) das MA benignas foram classificadas pelas Simple Rules como benignas, 15,7% (20) como não classificadas e 3,1%(4) como malignas. O modelo Logistic Regression conferiu um risco inferior a 10% em 96% (122) destes casos. Houve uma concordância entre o DH e a ecografia em 88,3% dos casos. Esta apresentou uma sensibilidade de

100%, especificidade 94,8%, valor preditivo positivo 63,2% e valor preditivo negativo de 100% para o diagnóstico de patologia maligna anexial.

MA com o mesmo DH podem apresentar diversas características ecográficas, o que pode dificultar o seu diagnóstico. O nosso trabalho sublinha a importância da prática da ecografia ginecológica em conjunto com sistemas de uniformização na categorização das MA como a terminologia do grupo IOTA, no diagnóstico e abordagem da patologia anexial.

## P 123

### TERATOMAS DO OVÁRIO – CASUÍSTICA DE 5 ANOS

Ana Ribeiro; Sandra Lemos; Rosa Neto; Mario Oliveira  
*Centro Hospitalar do Baixo Vouga*

**Introdução:** Os teratomas do ovário são neoplasias de células germinativas e correspondem a um espectro de neoplasias derivadas de células germinativas primordiais. Representam cerca de 20-25% de todas as neoplasias do ovário.

**Objetivo:** Analisar os casos de teratomas ocorridos entre 2013 e 2017 no Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo que envolveu 79 doentes com teratomas do ovário entre 2013 e 2017

**Resultados:** A idade das doentes variou entre 14-73 anos (média 35 anos). Relativamente aos antecedentes pessoais, 3 doentes já tinham sido submetidas a cirurgia por teratoma no ovário contralateral. Todas as doentes efetuaram ecografia endovaginal, no entanto, o diagnóstico de teratoma do ovário só foi conclusivo em 80% dos casos. A TAC pélvica foi realizada em 44% das doentes, tendo sido conclusiva em todos estes casos. Relativamente à clínica apresentada: 72% das doentes estavam assintomáticas e 21,5% apresentavam dor abdominal. A forma de apresentação foi abdómen agudo causado por torção anexial em 4 casos. Oito doentes tinham teratomas bilaterais. As dimensões do teratoma variaram entre 2-21 cm. O resultado histológico foi teratoma maduro cístico em 96,2%. Houve 1 caso de teratoma imaturo, um teratoma maduro cístico com carcinoma indiferenciado, um teratoma calcificado com organização e outro com fibroma do ovário associado. As principais cirurgias efetuadas foram a quistectomia laparoscópica (65,8%) e anexectomia laparoscópica (12,7%).

**Conclusões:** Nesta série a sensibilidade ecográfica para o diagnóstico de teratoma do ovário foi de 80%, valor sobreponível ao encontrado na literatura. A TAC é um exame importante e com elevada acuidade diagnóstica em relação a este tipo de tumor. A maioria dos teratomas são benignos e ocorrem nas primeiras quatro décadas de vida. O subtipo mais comum é o teratoma quístico maduro e é geralmente unilocular. O seu tamanho é geralmente inferior a 15 cm e de crescimento lento. Podem ser bilaterais em 12% dos casos. Em regra, são assintomáticos e na presença de sintomas, estes traduzem-se por dor abdominal, tumefação abdominal ou hemorragias vaginais. O tratamento destes tumores é cirúrgico e, hoje em dia, a maioria das cirurgias é efetuada com recurso a laparoscopia. Os dados encontrados neste estudo estão de acordo com a literatura.

## P 124

### PERCEÇÃO DA DOR E SATISFAÇÃO DAS UTENTES NA HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO *VERSUS* AMBULATÓRIO

Bárbara Ribeiro<sup>1</sup>; Alexandra Miranda<sup>2</sup>; Sandra Ferreira<sup>3</sup>; Herminia Afonso<sup>1</sup>; Afonso Rocha<sup>1</sup>; Isabel Reis<sup>1</sup>; Cristina Nogueira-Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetria, Hospital de Braga;* <sup>2</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetria, Hospital de Braga; Escola de Medicina, Universidade do Minho;* <sup>3</sup>*ICVS/3B's – Laboratório Associado 3. Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Escola de Medicina, Universidade do Minho*

**Introdução:** A evolução tecnológica tem permitido a utilização crescente da histeroscopia de consultório (HC). Não obstante, a percepção da dor por parte das pacientes pode influenciar o grau de satisfação relativamente ao procedimento e condicionar a escolha desta modalidade comparativamente à histeroscopia de ambulatório (HA).

**Objetivos:** Avaliar a satisfação das utentes relativamente à HC e HA, quantificar a dor esperada e sentida em ambos os procedimentos, e determinar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas na satisfação e na dor sentida pelas utentes.

**Métodos:** Procedemos à realização de um estudo observacional e prospectivo que comparou pacientes submetidas a HA (n=119) e HC (n=113), entre setembro e dezembro de 2016 e janeiro e julho de



2017, respetivamente. Foram aplicados três questionários de auto-resposta às pacientes, antes, imediatamente após e decorrido um mês do procedimento; um quarto questionário foi preenchido pelo médico que realizou a histeroscopia.

**Resultados e conclusões:** Os grupos em estudo apresentaram características sócio-demográficas semelhantes. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a dor esperada e sentida pelas pacientes, tanto no grupo da HA ( $p < 0,001$ ) como no da HC ( $p = 0,001$ ), sendo a dor esperada superior à dor sentida em ambos. Apesar do grupo da HC reportar níveis mais elevados de dor na escala visual (4 *versus* 1,87 na HA), estas pacientes demonstraram satisfação superior relativamente à informação prestada antes ( $p = 0,04$ ) e após o procedimento ( $p < 0,001$ ) e quanto ao retorno às atividades da vida diária ( $p < 0,001$ ). Este grupo reportou ainda maior nível de satisfação global perante todo o processo da histeroscopia (20,45 *versus* 19,4 no grupo da HA,  $p = 0,001$ ). O tempo de espera foi também menor no grupo da HC ( $p < 0,007$ ). Não se observou associação entre as características das pacientes e o nível de satisfação ou dor sentida durante o procedimento.

A HC apresenta maior nível de satisfação global, que pode relacionar-se com a melhor comunicação médico-paciente, menor tempo de espera e retorno mais rápido às atividades diárias. Assim, dada a segurança e custo-efetividade deste procedimento, o receio pela dor experienciada durante o procedimento não deve precluir a aplicação desta técnica diagnóstica e terapêutica em âmbito de consultório.

## P 125

### LEIOMIOMATOSE DISSEMINADA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Carla Peixoto<sup>1,2</sup>; Raquel Mota<sup>1</sup>; Antónia Costa<sup>1,2,3</sup>; Vera Paiva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João, Porto; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>I3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde

**Introdução:** A leiomiomatose peritoneal disseminada é uma doença rara (200 casos descritos). Apesar de a maioria dos casos se apresentar com características histológicas benignas, não pode ser

descurado o potencial de malignização (<5%). Geralmente é uma doença assintomática, mais prevalente em idade reprodutiva.

**Objetivo:** Descrição de um caso de leiomiomatose disseminada, inicialmente interpretada como uma provável neoplasia ginecológica com disseminação peritoneal difusa.

**Caso Clínico:** MPDP, 47 anos, 1G1P, pós-menopáusicas, saudável, observada em consulta por algias pélvicas com vários meses de evolução. Ecograficamente, apresentava uma lesão nodular sólida com 120\*130\*110mm sugestiva de leiomioma tipo 5. Analiticamente apresentava Ca125 positivo (239U/mL – 7x superior ao normal). Perante uma lesão de novo, de crescimento rápido na pós-menopausa, associada a elevação do marcador tumoral Ca125, colocou-se a hipótese de leiomiossarcoma e realizou-se estadiamento imagiológico com TAC toraco-abdomino-pélvico, que revelou (além da referida lesão nodular heterogénea na parede uterina posterior com possível filiação miometrial/endometrial) nodularidades pulmonares (suspeitas de traduzirem provável metastização pulmonar) e dispersas pelo grande epiplon e mesentério (compatíveis com implantes peritoneais), estendendo-se até à região subdiafragmática direita. Foi submetida a laparotomia exploradora, constatando-se útero aumentado de tamanho (~18S) com múltiplas lesões nodulares avermelhadas, que também se encontravam disseminadas a nível peritoneal: tubário, retosigmoideu, segmento de ansa de delgado, peritoneu diafragmático direito, grande epiplon e peritoneu da parede abdominal anterior periumbilical. Foi realizada cirurgia de citorredução: histerectomia total com anexectomia bilateral, omentectomia inframesocólica e exérese de implantes peritoneais (doença residual <0,5cm). O exame extemporâneo excluiu malignidade. Foram realizadas múltiplas biópsias pulmonares para exclusão de malignidade e de linfangiomatose pulmonar, que apesar de ser uma entidade benigna, tem elevada capacidade de deterioração da função pulmonar. Atualmente, a doente está assintomática e mantém vigilância em consulta de Ginecologia e Pneumologia.

**Conclusões:** Apesar de ser geralmente histologicamente benigna, a leiomiomatose peritoneal disseminada pode implicar um prognóstico adverso quando

existe: 1-invasão de órgãos adjacentes; 2-invasão endovascular; 3-linfangioleiomiomatose pulmonar com evolução para insuficiência respiratória grave. O diagnóstico é histológico, sendo o diagnóstico um desafio, pelo seu potencial de mimetizar malignidade. O tratamento de eleição é cirúrgico e está indicado apenas nas doentes sintomáticas.

## P 126

### **DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA NO PERÍODO PÓS-MENOPAUSA: AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO WOMEN'S HEALTH QUESTIONNAIRE (WHQ) – RESULTADOS PRELIMINARES**

Ângela Rodrigues; Fernanda Geraldês; Francisco Ventura; Elsa Cruz; Carla Duarte; Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia B- Centro Hospitalar e Universitário Coimbra*

**Introdução:** A qualidade de vida das mulheres no climatério pode ser condicionada por diversos fatores psicossociais e culturais, para além dos sintomas consequentes ao hipoestrogenismo. O conhecimento desses fatores é fundamental no planeamento de medidas profiláticas e educativas para promoção de um envelhecimento mais saudável.

**Objetivo:** Determinar os fatores sociodemográficos e clínicos que afetam a qualidade de vida (QoL) na mulher menopáusica.

**Metodologia:** Estudo transversal de 108 mulheres pós-menopausadas com idades entre 45-65 anos vigiadas na consulta de climatério de um hospital terciário. A QoL foi avaliada através do Women's Health Questionnaire (WHQ). Este instrumento, validado para português, é composto por 36 itens agrupados em 9 domínios: humor depressivo, sintomas somáticos, memória/concentração, comportamento sexual, sintomas vasomotores, distúrbios sono, atratividade e sintomas menstruais (este último não avaliado por apenas estarem incluídas mulheres pós-menopausadas). O *score* obtido para cada domínio é quantificado de 0 a 1 (0: Má QoL e 1: Boa QoL). A análise de regressão linear múltipla foi aplicada para determinar as variáveis preditoras de cada domínio, adotando o valor  $p > 0,05$  como critério de exclusão.

**Resultados:** A idade média das inquiridas foi  $56,24 \pm 4,94$  anos. Cerca de 60% tinha escolaridade básica e 62% são profissionalmente ativas. A

maioria (83,3%) são casadas/união de facto, sendo 75% sexualmente ativas. Apenas 5,7% não têm filhos. A menopausa ocorreu aos  $49,32 \pm 3,69$  anos, 58,3% sob terapêutica hormonal e 22,2% com utilização no passado. O tabagismo foi relatado por 8,3% das mulheres e 63% tinham excesso peso/obesidade. Apenas 20,4% referiram atividade física regular. A maioria (68,5%) declarou ter comorbilidades.

Os *scores* médios de QoL dos domínios WHQ, em ordem decrescente de comprometimento, foram: Distúrbios do sono (0,67), Comportamento sexual (0,67), Memória/Concentração (0,67), Sintomas somáticos (0,57), Sintomas vasomotores (0,5), Atratividade (0,5), Humor depressivo (0,29) e Ansiedade/Medos (0,25).

A prática de exercício físico regular esteve associada a melhor QoL nos domínios dos sintomas somáticos ( $p=0,006$ ) e ansiedade/medos ( $p=0,04$ ). A não utilização de terapêutica hormonal associou-se a pior *score* na sintomatologia vasomotora ( $p=0,012$ ). O excesso de peso/obesidade esteve relacionado com mais sintomatologia somática ( $p=0,007$ ). Viver no meio rural traduziu pior *score* na atratividade ( $p=0,03$ ).

Na análise multivariada, apenas o  $IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$  ( $p=0,04$ ) e a prática ausente/não regular de exercício físico ( $p=0,002$ ) constituíram fatores preditivos de pior QoL.

**Conclusão:** A qualidade do sono, o comportamento sexual e a memória/concentração foram os domínios da QoL com *score* inferior na nossa amostra. O  $IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$  e a prática ausente/não regular de exercício físico constituíram os fatores sociodemográficos preditivos de pior QoL.

## P 127

### **VIAS DE ABORDAGEM DA HISTERECTOMIA – O QUE MUDOU NOS ÚLTIMOS 3 ANOS?**

Simone Subtil<sup>1,2</sup>; Ana Sofia Pais<sup>1,2</sup>; Ana Rita Rolha<sup>1</sup>; Catarina Silva<sup>1,2</sup>; Joana Oliveira<sup>1</sup>; Rita Medeiros<sup>1</sup>; Inês Coutinho<sup>1,2</sup>; Maria João Carvalho<sup>1,2</sup>; Francisco Falcão<sup>1</sup>, Fernanda Águas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A histerectomia é o procedimento cirúrgico mais frequente em ginecologia. A realização de técnicas minimamente invasivas tem bene-

fícios óbvios, levando a uma mudança nos últimos anos nas técnicas cirúrgicas.

**Objetivos:** Comparar a evolução das vias de abordagem das hysterectomias nas diversas indicações num intervalo de 3 anos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo e comparativo das vias de abordagem das hysterectomias realizadas no Serviço de Ginecologia A do CHUC em 2014 e 2017.

**Resultados:** Comparando os dois anos, foram realizadas 305 hysterectomias em 2014 e 279 em 2017; a patologia benigna (PB) foi motivo da cirurgia em 48,9% (n=149) dos casos em 2014 *versus* (vs.) 44,8% (n=125) em 2017; o prolapso de órgão pélvico (POP) em 31,5% (n=96) vs. 28,7% (n=80) e a patologia maligna (PM) em 19,7% (n=60) vs. 26,5% (n=74).

Quando às vias de abordagem de 2014 vs. 2017, a via laparoscópica foi utilizada em 4,3% (n=13) vs. 24,0% (n=67) (p<0,001); a via laparotómica foi utilizada em 52,1% (n=159) vs. 44,1% (n=123) (p=ns); a via vaginal foi utilizada em 43,6% (n=133) vs. 31,9% (n=89) (p=0,004).

As principais indicações na PB foram os miomas em 62,4% (n=93) em 2014 e 69,6% (n=87) em 2017 e a adenomiose em 7,4% (n=11) em 2014 e 7,2% (n=9) em 2017. No intervalo de 3 anos houve um aumento das cirurgias realizadas por via laparoscópica (8,1% [n=12] 36,8% [n=46], p<0,001), diminuição da via laparotómica (65,8% [n=98] vs. 55,2% [n=69], p=ns) e diminuição da via vaginal (26,2% [n=39] vs. 8% [n=10], p<0,001).

As principais indicações da cirurgia por PM foram o cancro do endométrio (55,0% [n=33] vs. 52,7% [n=39]) e o cancro do ovário (28,3% [n=17] vs. 28,4% [n=21]). No intervalo considerado, houve um aumento das cirurgias realizadas por laparoscopia (1,7% [n=1] vs. 25,7% [n=19], p<0,001) e diminuição da via laparotómica (98,3% [n=59] vs. 73,0% [n=54], p<0,001).

A via de eleição para o tratamento cirúrgico do POP foi a via vaginal, nos dois anos (p=ns).

A via laparotómica por PB em 2017 foi associada a um aumento do comprimento longitudinal do útero (p<0,001), do peso uterino (p=0,019) e do tempo operatório (p=0,012), em comparação com 2014. Nesta via de abordagem, por PM, apenas se verificou maior prevalência de antecedentes de cirurgia

abdominal (p=0,011), entre os dois anos.

Na via laparoscópica, tanto por PB como PM, não se verificou nenhuma das diferenças assinaladas previamente.

Relativamente às intervenções associadas à hysterectomia na PB, foi realizada mais frequentemente a salpingectomia bilateral (18,8% [n=28] vs. 48,0% [n=60], p<0,001); a realização concomitante de anexectomia bilateral foi semelhante (p=ns).

**Conclusão:** Nos últimos 3 anos verificou-se um aumento do número de intervenções realizadas por técnicas minimamente invasivas. Concomitantemente, ocorreu uma redução da via laparotómica, sendo esta associada a úteros de maiores dimensões e intervenções de maior complexidade. Na patologia benigna a salpingectomia bilateral tem sido um procedimento progressivamente assodiado.

## P 128

### ACUIDADE DO P16/KI67 NA DETEÇÃO DE LESÕES DE ALTO GRAU EM MULHERES COM CITOLOGIA ASC-US E LSIL NA PRESENÇA DE HPV DE ALTO RISCO

Rita Medeiros<sup>1</sup>; Teresa Rebelo<sup>1</sup>; Graça Fernandes<sup>2</sup>; Fernanda Águas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia A; <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

**Introdução:** A maioria das citologias alteradas revelam ASC-US ou LSIL. Nestas situações, a deteção qualitativa e simultânea das proteínas p16INK4a e Ki-67 tem-se revelado como uma abordagem eficiente para melhorar a acuidade do teste de HPV na deteção de lesões de alto grau.

**Objetivo:** Avaliação da acuidade da dupla imunomarcagem p16/ki67 como biomarcador no diagnóstico de lesões de alto grau (CIN2+) em mulheres com citologia ASC-US e LSIL na presença de HPV de alto risco.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos das 442 doentes com citologias com teste de HPV positivo para alto risco vigiadas no Serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra entre dezembro de 2014 e dezembro de 2017. Todas foram submetidas a colposcopia com ou sem biópsia cervical para o diagnóstico de lesões CIN2/CIN3.

**Resultados e conclusão:** As citologias ASC-US e LSIL representaram 21,5% e 37,8% do total da amostra, respetivamente. A idade média foi  $39,4 \pm 10,4$  [16-79] anos, sendo fumadoras 26,3%, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Nas mulheres com citologia ASC-US o teste de HPV foi positivo para 16 em 20,0%, 18 em 4,3% e outros tipos de alto risco em 88,4%, com p16/Ki67 positivo em 13,7%; enquanto que naquelas com LSIL foi positivo para 16 em 33,3%, 18 em 8,5% e outros tipos em 79,4%, com p16/Ki67 positivo em 36,5% dos casos ( $p < 0,05$ , exceto para HPV 18). A colposcopia apresentava achados major em 20% das ASC-US e 30,5% das LSIL ( $p < 0,05$ ). Foram submetidas a biopsia (dirigida ou excisional da zona de transformação) 42,1% das doentes com ASC-US e 53,3% com LSIL. Considerando o diagnóstico de lesão de alto grau e comparando as citologias ASC-US vs LSIL, o teste p16/Ki67 apresentou sensibilidade de 81,8% vs. 88%, especificidade de 73,1% vs. 49,2%, valor preditivo positivo (VPP) de 56,3% vs. 42,3% e valor preditivo negativo (VPN) de 90,5 vs. 90,6%, ou seja, uma acuidade de 75,7% vs 60,7%, respetivamente.

**Conclusão:** A dupla imunomarcagem p16/Ki67 apresenta uma boa *performance* na predição de lesão de alto grau em pacientes com citologias ASC-US e LSIL na presença de HPV positivo para alto risco, sendo esta superior no caso das ASC-US.

## P 129

### EXCISÃO INCOMPLETA VS. TESTE DE HPV-AR PÓS TRATAMENTO COMO PREDITORES DE LESÃO RESIDUAL/RECORRENTE PÓS CONIZAÇÃO

Rodrigo Pereira Mata; Fernanda Vilela; Vera Ribeiro; José Viana; Carmo Cruz; Amália Pacheco  
Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

**Introdução:** O tratamento das lesões pré-malignas do colo do útero compreende o desafiante equilíbrio entre a eficácia terapêutica e prejuízo iatrogénico. A evidência tem mostrado risco aumentado de falha do tratamento nas excisões incompletas, a que se contrapõe o risco de parto pré termo em correlação com o tamanho da excisão. Recentemente, propõe-se a utilização do teste de HPV de alto risco (AR) pós tratamento como preditor de

falha terapêutica, com aparente benefício face ao envolvimento de margens cirúrgicas.

**Objetivos:** Aferir a proporção de margens positivas e a ocorrência de falha do tratamento em relação com atingimento das margens, nas mulheres submetidas a conização; determinar a acuidade do envolvimento das margens *versus* teste de HPV-AR pós tratamento como preditores de lesão cervical recorrente ou residual.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, com base na recolha de dados do processo clínico, que inclui mulheres submetidas a tratamento excisional de lesão cervical, entre 2014-2016 na unidade de patologia do colo e trato genital inferior do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro. A amostra foi dividida em 2 grupos: com e sem lesão cervical pós tratamento (definida como resultado citologia  $>$ ASCUS, no *follow-up*, até 18 meses). Utilizou-se modelo de regressão logística para comparar a acuidade do teste de HPV-AR vs. atingimento das margens cirúrgicas como preditores de lesão residual/recorrente. Análise estatística com recurso a SPSS, versão 23; significância estatística para  $p < 0,05$ .

**Resultados e conclusões:** Obteve-se uma amostra de 407 mulheres, com média de idades de  $39,3 \pm 8,9$  anos. Verificou-se atingimento de margens cirúrgicas em 22,2% dos casos ( $n=83$ ) e positividade a HPV-AR em 22,5% dos casos ( $n=75$ ). O risco global de lesão cervical pós tratamento foi de 13,8%. Comparando o teste de HPV-AR com o atingimento das margens, o primeiro apresentou maior sensibilidade e especificidade – 89,7 e 88,0% vs. 48,5 e 84,5%, respetivamente – na predição existência de lesão residual/recorrente. A existência de um teste de HPV-AR positivo mostrou maior associação com a possibilidade de recorrência de lesão (OR=56,81, IC 95% 15,53-207,80), comparativamente à existência de margens atingidas (OR=3,22, IC 95% 0,99-10,366). Esta associação foi estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) no caso do teste de HPV-AR, apresentando significado estatístico borderline ( $p=0,05$ ) no caso do estado das margens.

Concluindo, na população estudada, objetivou-se a vantagem do teste de HPV-AR pós tratamento como preditor mais robusto da ocorrência de lesões cervicais recorrentes ou residuais, com sen-

sibilidade superior e especificidade semelhante. Estes dados, apesar de carecerem de confirmação com mais estudos, apontam o potencial deste método na estratificação mais precisa do *follow-up* de doentes submetidas a tratamento de lesões pré-malignas do colo do útero.

### P 130

#### GRAVIDEZ APÓS CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO: CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Mariana Rei<sup>1</sup>; Sofia Pedrosa<sup>2</sup>; Paulo Correia<sup>3</sup>; Rita Sousa<sup>3</sup>; Sofia Raposo<sup>3</sup>; Luís Sá<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro; <sup>3</sup>Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra

**Introdução:** Apesar de classicamente a neoplasia endometrial se apresentar na pós-menopausa, cerca de 4% dos casos ocorrem em mulheres jovens com desejo de preservação da fertilidade, impondo-se a necessidade de opções terapêuticas conservadoras.

**Objetivos:** Revisão de caso clínico de gravidez após tratamento conservador de neoplasia endometrial em mulher nuligesta.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de caso de gestação de termo sem intercorrências após tratamento conservador de carcinoma do endométrio em mulher com desejo de preservação de fertilidade. Revisão da literatura relativamente às opções terapêuticas conservadoras, desfechos obstétricos e oncológicos.

**Resultados e conclusões:** Nuligesta de 34 anos, com antecedentes de hipotireoidismo e obesidade, apresentando hemorragia uterina anómala com meses de evolução. Realizou ecografia transvaginal, que revelou endométrio heterogéneo e espessado (17mm); a histeroscopia diagnóstica mostrou volumosa formação polipóide vascularizada, pelo que foi submetida a polipectomia ressectoscópica. A histologia revelou adenocarcinoma endometrióide grau 2.

Após referenciação a centro oncológico, realizou exames de estadiamento, nomeadamente ressonância magnética, que classificou a doença no estágio IA.

Dado o forte desejo de preservação da fertilidade,

optou-se por abordagem conservadora com administração diária de 160 mg de acetato de megestrol durante 6 meses. A histeroscopia de controlo demonstrou múltiplas formações polipóides, cuja biópsia excluiu malignidade. Após confirmação de remissão oncológica, a doente suspendeu progestativo e teve gestação espontânea, com parto a termo, sem intercorrências obstétricas ou neonatais. A reavaliação ecográfica puerperal não revelou alterações, pelo que se optou pela inserção de sistema intrauterino de levonorgestrel. Dois anos após o diagnóstico a doente encontra-se em remissão oncológica e mantém o seu potencial reprodutivo. A preservação da fertilidade em mulheres jovens com o diagnóstico de neoplasia endometrial constitui um desafiante dilema terapêutico. A abordagem conservadora com progestativo parece uma opção segura perante carcinomas endometrióides bem diferenciados em estádios iniciais. Contudo, impõe-se o aconselhamento relativamente ao elevado risco de recorrência e de neoplasias síncronas do ovário.

### P 131

#### HISTERECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA IPO – PORTO

Vanda Patrício<sup>1</sup>; Mónica Pires<sup>1</sup>; Carla Bartosch<sup>1</sup>; Almerinda Petiz<sup>1</sup>; Carlos Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Português de Oncologia – Francisco Gentil, Porto

**Introdução:** O tratamento do carcinoma do colo em estádios iniciais é, na maioria dos casos, cirúrgico. Vários estudos demonstraram vantagens para a doente oncológica da abordagem por via laparoscópica nomeadamente menor perda hemática, menos dor pós-operatória, recuperação funcional mais rápida e início de tratamentos complementares mais precoce. Estão descritos igualmente vantagens para a Instituição, tais como, menor tempo de internamento.

**Objetivos:** Pretende-se avaliar os resultados cirúrgicos e a morbilidade associada à realização de Histerectomia radical por via laparoscópica.

**Material e métodos:** Durante o ano de 2017 teve início, no IPO do Porto, a implementação de Histerectomia radical por via laparoscópica (HRL) para tratamento cirúrgico do carcinoma do colo do útero em estádios iniciais.

As doentes propostas para HRL do tipo Piver 2 ou 3 (tipo B ou C) foram inseridas numa base de dados, com o objetivo de avaliar as dificuldades técnicas durante o acto cirúrgico e a morbilidade no pós-operatório.

Na avaliação ganglionar, algumas doentes efetuaram pesquisa de gânglio sentinela (GS), por estarem incluídas num estudo que estava a decorrer na Instituição (estudo SENTIX). As restantes efetuaram linfadenectomia pélvica bilateral.

Procedeu-se à revisão de todos os casos de Histerectomias radicais realizadas por via laparoscópica.

**Resultados:** De fevereiro de 2017 a março de 2018 foram realizadas 9 Histerectomias radicais Piver 2 ou 3 (tipo B ou C). Em 5 doentes foi realizada linfadenectomia pélvica bilateral e em 4 foi efetuada pesquisa de GS.

O tamanho médio do paramétrio foi de 34,7mm (20-55mm). O número médio de gânglios removido foi de 22 (17-27). A margem radial foi a mais curta em todos os casos, tendo sido inferior a 5mm em apenas 1 dos casos.

O tempo de internamento médio foi de 4,1 dias (mediana 3). As doentes poderiam ter alta com algaliação que seria removida no 7º dia pós-operatório.

Ocorreu uma laceração da bexiga, com correção imediata. A doente permaneceu algaliada 10 dias, ficando sem sequelas. Registou-se uma deiscência de cúpula no primeiro mês pós-operatório com resolução através de medidas conservadoras.

**Conclusões:** A via de abordagem laparoscópica em doentes oncológicas é uma abordagem possível desde que respeite os mesmos princípios oncológicos válidos para a via aberta. Os critérios de qualidade da cirurgia realizada, nomeadamente o número de gânglios excisados e margens obtidas foram adequados. A margem radial é a mais difícil de controlar cirurgicamente, dada a proximidade do colo aos órgãos vizinhos. As complicações ocorridas, estão descritas por outras Instituições, foram de resolução simples. As doentes permaneceram menos tempo internadas em relação à media da Instituição para a via aberta. Será necessário um maior número de casos e de tempo de observação suficiente para ser possível avaliar os resultados cirúrgicos e oncológicos a longo prazo.

## P 132

### HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO – ANÁLISE PROSPECTIVA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Pedro Pinto<sup>1,2</sup>; Vera Falcão<sup>1</sup>; João Cavaco-Gomes<sup>1</sup>; Ana Sofia Fernandes<sup>1</sup>; Margarida Martinho<sup>1</sup>; Jorge Beires<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João, Porto, <sup>2</sup>Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A histeroscopia de consultório é, atualmente, uma ferramenta fundamental, com um papel perfeitamente estabelecido no diagnóstico e tratamento da patologia uterina intracavitária.

**Objetivos:** Avaliar o papel da histeroscopia de consultório na prática clínica de um centro hospitalar terciário, analisando as indicações, procedimentos realizados, complicações e necessidade de recorrer a procedimentos histeroscópicos em bloco operatório.

**Material e métodos:** Estudo prospetivo das histeroscopias de consultório (histeroscópios Bettocchi, Karl Storz®) realizadas num hospital terciário de janeiro-março/2018 após introdução de alterações ao relatório/registo de histeroscopia. Avaliaram-se os procedimentos efetuados, medicação prévia e pós-procedimento, a tolerância, complicações e tempo de duração do procedimento.

**Resultados:** Foram realizados 178 procedimentos histeroscópicos. A idade média das utentes era de 52 anos (20-85); 45,5% (n=81) estavam na menopausa; 12,4% (n=22) eram nulíparas e 78% (n=139) tinham pelo menos um parto vaginal. O principal motivo para a realização do exame foi a suspeita ecográfica de pólipos endometriais (52,2%, n=93), seguido de espessamento endometrial (22,5%, n=40).

Foi realizada preparação cervical com misoprostol em 33,7% das doentes (n=60); 3,9% (n=7) fizeram anti-inflamatório não esteróide previamente ao exame. Na maioria dos procedimentos (94,9%, n=169) a entrada na cavidade foi realizada por vaginoscopia; houve necessidade de dilatação cervical em 1,7% dos casos (n=3). Foi usada a baihna diagnóstica de 3 mm em 48,0% dos casos (n=85), em 49,2% dos casos (n=87) usou-se uma baihna cirúrgica simples com 4,6 mm e em 1,7% dos casos (n=3) a baihna cirúrgica de fluxo contínuo com 5mm. A tolerância ao exame foi considerada boa ou

excelente em 70,7% dos casos (n=126). Em 2,2% dos casos (n=4) foi realizado bloqueio paracervical. Não foi possível realizar o exame em 5,6% dos casos (n=10). O tempo médio de cada procedimento foi de 12 minutos (3-40). Ocorreu reação vasovagal em 2,8% das doentes (n=5), com necessidade de administração de atropina em 1,1% dos casos (n=2). Não se registaram complicações graves. Realizaram-se procedimentos terapêuticos em 73,0% das doentes com patologia intra-cavitária visualizada (n=88), sendo a polipectomia com tesoura o mais frequente (32,5%, n=39). O elétrico bipolar foi usado em 5,8% dos procedimentos (n=7). As dimensões dos pólipos removidos variaram entre 3mm e 6,2cm.

Em 21,9% dos casos (n=39), foi necessário agendar uma histeroscopia para reavaliá-la e, se necessário, completar o procedimento efetuado.

**Conclusão:** Neste estudo, ainda que limitado pelo número de procedimentos analisados, os dados confirmam que a histeroscopia realizada em ambiente de consultório é bem tolerada, segura e permite o tratamento imediato num número significativo de situações de patologia intra-uterina, evitando-se desta forma o recurso ao bloco operatório.

### P 133

#### **HIPERPLASIA ENDOMETRIAL COM ATIPIA E GRAVIDEZ**

Ana Portela Carvalho; Catarina Estevinho; Anabela Melo; Fernanda Costa; Ana Morgado; Cristina Oliveira  
*Serviço de Ginecologia e Obstetria do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa*

**Introdução:** A hiperplasia endometrial com atipia (HEA) é a lesão precursora do carcinoma do endométrio com um risco estimado de progressão para lesão maligna de 29%. O carcinoma do endométrio é diagnosticado em mais de 90% dos casos após os 50 anos, sendo raro na mulher jovem. O diagnóstico de uma lesão endometrial pré-maligna constitui um desafio terapêutico sobretudo se existir o desejo de preservação da fertilidade.

**Objetivos:** Realçar o desafio terapêutico em mulheres com HEA e desejo de preservação da fertilidade.

**Material e métodos:** Descrição de um caso clínico de uma mulher com diagnóstico de HEA efetuado no decurso do estudo de infertilidade primária. É efetuada uma revisão das abordagens terapêuti-

cas disponíveis perante o desejo de preservação da fertilidade com vista à remissão da doença até à gestação espontânea subsequentemente obtida.

**Resultados e conclusões:** Descreve-se o caso de uma mulher de 28 anos, com história de infertilidade primária com 6 anos de evolução. Apresentava como antecedentes de relevo: obesidade grau II, síndrome do ovário poliquístico e hipotireoidismo. No estudo inicial, a avaliação ecográfica levantou a suspeita de formação intracavitária sugestiva de pólipos endometriais. A histeroscopia diagnóstica mostrou o endométrio muito proliferado de aspeto pseudopolipóide e as biopsias efetuadas revelaram HEA. Após exposição do significado dos achados, respetivo risco de malignização e perante o desejo de preservação da fertilidade, foram discutidas as diversas alternativas terapêuticas. A opção foi de tratamento médico com introdução de sistema intrauterino (SIU) de libertação prolongada de levonorgestrel. Realizaram-se histeroscopias de controlo aos 3 e 6 meses que foram negativas para hiperplasia ou atipia e, posteriormente, semestralmente durante 5 anos até novo desejo de conceção. Neste período, foi acompanhada por Endocrinologia e Nutrição com perda ponderal de 18kg. Após remoção do SIU, foi medicada com metformina e inositol, tendo engravidado espontaneamente 6 meses depois. A gravidez foi complicada por diabetes gestacional controlada com anti-diabético oral e dieta. O parto ocorreu a termo e sem intercorrências.

Este caso clínico ilustra a dificuldade na abordagem terapêutica da HEA em mulheres em idade reprodutiva e com desejo de preservação da fertilidade. Numa doente devidamente informada, o tratamento conservador com vigilância clínica rigorosa poderá permitir concretizar o desejo de gravidez.

### P 134

#### **GRAVIDEZ HETEROTÓPICA EM PRIMIGESTA TRATADA COM SALPINGECTOMIA LAPAROSCÓPICA: CASO CLÍNICO**

Célia Soares; Márcia Marinho; Evelin Pinto; Mariana Novais; Ana Maçães; Marta Osório  
*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho*

A gravidez heterotópica (GH) é definida como a coexistência de, pelo menos, duas gestações em diferentes locais de implantação sendo a inci-

dência estimada em gestações espontâneas de 1/30000. É mais frequente em gestações após técnicas de procriação medicamente assistida.

A apresentação clínica cursa com dor abdominal, metrorragia, presença de massa anexial e irritação peritoneal. O diagnóstico precoce é difícil pela presença de gravidez intra-uterina (GIU) sendo muitas vezes realizado após rotura da gravidez ectópica (GE). A salpingectomia é o tratamento goldstandard da gravidez tubária coexistente sendo a abordagem laparoscópica preferível em doentes hemodinamicamente estáveis

**Objetivo:** descrição de caso clínico de GH tratada com salpingectomia laparoscópica.

**Caso clínico:** Primigesta de 18 anos, saudável, com data de última menstruação desconhecida recorre ao SU por dor hipogástrica intensa associada a vômitos com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, tinha dor à palpação profunda da fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal (SIP). Ecograficamente observava-se GIU compatível com seis semanas de gestação, embriocárdio positivo, corpo amarelo à direita. No ovário esquerdo visualizava-se imagem quística sugestiva de corpo amarelo e, junto a este, massa heterogénea medindo 50x60mm, com líquido circundante em quantidade moderada, sugerindo GE.

Análiticamente sem anemia nem leucocitose.

A doente foi admitida e nas primeiras horas de internamento apresentou agravamento do quadro clínico. Apresentava-se com pele e mucosas descoradas, abdómen doloroso com sinais de irritação peritoneal. Mantinha-se hemodinamicamente estável. Analiticamente tinha anemia (10.2 g/dl). A reavaliação ecográfica revelou hemoperitoneu moderado, aumento dimensional da massa justa-ovárica esquerda, colocando-se a hipótese de gravidez heterotópica com gravidez tubária esquerda rota. Foi submetida a laparoscopia com salpingectomia, tendo-se objetivado hemoperitoneu de moderada quantidade, trompa esquerda aberta na sua porção distal com coágulo e tecido trofoblástico no fundo de saco de Douglas. O exame histológico confirmou o diagnóstico de GE tubária. Teve alta ao 2º dia com melhora clínica e gestação intra-uterina viável. A restante gestação decorreu sem intercorrências e teve parto eutócico às 39 semanas

de gestação. Recém-nascido vivo, sexo feminino, pesando 3050g, índice de Apgar 9/10/10 ao 1º, 5º e 10º minutos, respetivamente.

**Discussão:** A GH é uma entidade rara, de difícil diagnóstico e potencialmente fatal. O seu diagnóstico deve ser considerado em mulheres com GIU e dor abdominal, pelo que a avaliação anexial é sempre necessária.

## P 135

### **CÉLULAS ESTAMINAIS DO CANCRO DO ENDOMÉTRIO: RESULTADOS PRELIMINARES IN VITRO DE UMA TERAPÉUTICA DIRIGIDA**

Beatriz Serambeque<sup>1,2</sup>; Maria João Carvalho<sup>1,3,4</sup>; Mafalda Laranjo<sup>1,3</sup>; Joana Ferreira<sup>1,5</sup>; Ricardo Teixo<sup>1,3</sup>; Ana Margarida Abrantes<sup>1,3</sup>; Maria Filomena Botelho<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Biofísica; <sup>2</sup>Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR), área do Ambiente, Genética e Oncobiologia (CIMAGO); <sup>3</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; <sup>4</sup>Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; <sup>5</sup>CNC.IBILI, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; <sup>6</sup>Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal, <sup>7</sup>Departamento das Ciências da Vida, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

**Introdução:** O cancro do endométrio é habitualmente diagnosticado em estádios iniciais e com bom prognóstico. No entanto existe um grupo de doentes com doença recorrente e metastática cujo prognóstico é desfavorável e para as quais estão disponíveis opções terapêuticas com respostas modestas. As células estaminais do cancro (CSC) definem-se como uma subpopulação tumoral que assume um papel determinante na tumorigénese, resistência à terapêutica e fenótipo metastático. A resistência das CSC à terapêutica resulta de diversos mecanismos, incluindo o aumento da expressão da aldeído desidrogenase (ALDH), que consequentemente contribui para a sobrevivência celular. O aumento da atividade da ALDH1 em CSC do endométrio está associada à tumorigénese e resistência à quimioterapia. Em trabalho anterior, a expressão da ALDH foi relacionada com o fenótipo das CSC do endométrio in vitro.

**Objetivos:** Este trabalho de investigação fundamental tem como objetivo o estudo da influência



da inibição da ALDH nas CSC do endométrio.

**Material e métodos:** RL95-2 e ECC-1, linhas celulares de cancro do endométrio do tipo endometrióide, foram submetidas ao protocolo de formação de esferas para isolamento de CSC in vitro. Neste ensaio, as populações celulares foram cultivadas em condições não aderentes em placas ou frascos revestidos com poli(2-hidroxietil-metacrilato), em DMEM F12 com e sem 100µM de Dietilaminobenzaldeído (DEAB), um inibidor da ALDH, durante 5 dias. A cada dois dias, as esferas foram suplementadas com 10 ng/mL de fatores de crescimento (EGF e bFGF). A capacidade de formação e a área de projeção de esferas, bem como a autorrenovação foram avaliadas. A expressão da ALDH e P53 em CSC do endométrio foi avaliada por Western Blot.

**Resultados e conclusões:** Os resultados obtidos com a área de projeção de esferas, revelam que as esferas submetidas ao DEAB apresentam menores dimensões do que as esferas controlo. Na capacidade de formação de esferas e autorrenovação, há uma tendência para a diminuição do número de esferas, quando submetidas ao inibidor da ALDH. A expressão da ALDH das CSC do endométrio submetidas ao DEAB, revelam uma diminuição de cerca de 58% e 20% nas esferas de RL95-2 e ECC-1, respetivamente. Não se verificaram alterações na expressão de P53. O DEAB revelou ser um inibidor da ALDH promissor nas CSC do endométrio e parece influenciar o seu perfil de expressão. No futuro, tenciona-se avaliar a influência do DEAB na resposta à quimioterapia.

**Financiamento:** FCT (PEst-UID/NEU/04539/2013), FEDER-COMPETE (FCOMP-01-0124-FEDER-028417 e POCI-01-0145-FEDER-007440), Bolsa Liga Portuguesa Contra o Cancro/CIMAGO, CIMAGO projeto nº 02/2017 e Sociedade Portuguesa de Ginecologia/Bayer.



Patrocínios Sponsors



Organização *Organization*



**SPG**

SOCIEDADE  
PORTUGUESA DE  
GINECOLOGIA

Patrocínio Científico *Scientific Sponsor*



Major Sponsor



GEDEON RICHTER

*Since 1904*

Secretariado *Secretariat*

**admedic<sup>+</sup>**

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa  
+351 21 842 97 10  
paula.cordeiro@admedic.pt  
[www.admedic.pt](http://www.admedic.pt)

Agência de Viagens Oficial *Official Travel Agency*

**admedic<sup>+</sup>**  
**Tours**

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa  
+351 21 841 89 50  
paula.cordeiro@admedictours.pt  
[www.admedictours.pt](http://www.admedictours.pt)  
RNAVT 2526