

SIMPÓSIO 2016

AS FACES DA

GINECOLOGIA

185ª REUNIÃO DA SOCIEDADE
PORTUGUESA DE GINECOLOGIA

3 E 4 JUNHO
AUDITÓRIO DO
HOSPITAL DE BRAGA

PROGRAMA
Científico



Consultar
Versão Digital

CURSO PRÉ-SIMPÓSIO: ECOGRAFIA GINECOLÓGICA

COORDENADORAS

Fernanda Águas e Maria Geraldina Castro

OBJETIVOS GERAIS

- Adquirir os conhecimentos básicos e essenciais para a utilização da ecografia na doente ginecológica, interpretar a informação e integrá-la com os restantes dados clínicos para estabelecer o diagnóstico mais correto;
- Distinguir entre normalidade e patologia;
- Conhecer a eficácia, assumir as limitações e entender as expectativas da ecografia;
- Aquisição de competências técnicas através de treino em simuladores.

Patrocínio do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos

09.00-09.10h	Apresentação do curso Fernanda Águas
09.10-09.40h	CONCEITOS BÁSICOS E TRUQUES DE UTILIZAÇÃO Maria Geraldina Castro <ul style="list-style-type: none">• Ecografia 2D• Ecografia Doppler• Ecografia 3D e 4D
09.40-10.00h	ANATOMIA DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS Ana Mações
10.00-10.20h	ANOMALIAS UTERINAS CONGÉNITAS Fernanda Águas
10.20-10.40h	PATOLOGIA UTERINA BENIGNA E MALIGNA Maria Geraldina Castro
10.40-11.00h	Discussão
11.00-11.30h	<i>Coffee-break</i>
11.30-13.00h	Simuladores / Casos clínicos
13.00-14.00h	Almoço
14.00-14.20h	PATOLOGIA ENDOMETRIAL BENIGNA E MALIGNA Maria Geraldina Castro
14.20-14.40h	PATOLOGIA DAS REGIÕES ANEXIAIS BENIGNA E MALIGNA Pedro Condeço
14.40-15.00h	PATOLOGIA DO OVÁRIO BENIGNA E MALIGNA Afonso Rocha
15.00-15.20h	GRAVIDEZ PRECOCE E GRAVIDEZ ECTÓPICA Pedro Condeço
15.20-15.40h	Discussão
15.40-18.00h	Simuladores / Casos clínicos

08.00h	Abertura do Secretariado
09.00-10.30h	REFLEXÕES EM ENDOSCOPIA Moderadores: Paulo Aldinhas e Fátima Faustino <ul style="list-style-type: none">• Anestesia em cirurgia laparoscópica Cláudia Pimenta• Prevenção de aderências em cirurgia endoscópica Margarida Martinho• Laparoscopia em oncologia: O estado da arte Audrey Tsunoda
10.30-11.00h	Conferência HISTERECTOMIA EM PORTUGAL, O QUE MUDOU? Presidente: Domingos Jardim da Pena Palestrante: Fernanda Águas
11.00-11.30h	Intervalo
11.30-13.00h	COMO SE TRATA HOJE O CANCRO DO OVÁRIO? Moderadores: Cristina Frutuoso e Paulo Aldinhas <ul style="list-style-type: none">• A quem pedir o estudo genético? Sofia Broco• Como avaliar a ressecabilidade? Teresa Margarida Cunha e Henrique Nabais• A importância da cirurgia de máximo esforço Mónica Pires
13.00-14.00h	Almoço
14.00-15.00h	COMUNICAÇÕES ORAIS Moderadores: Teresa Mascarenhas e Nuno Nogueira Martins
15.00-16.00h	Simpósio GENÉTICA E TUMORES HEREDITÁRIOS GINECOLÓGICOS Presidente: Fernanda Águas <ul style="list-style-type: none">• Que testes genéticos pedir, que estratégias? Margarida Reis Lima• Novas perspectivas no aconselhamento genético Miguel Rocha• A biópsia líquida em tumores ginecológicos Luis Isquierdo
16.00-16.30h	Intervalo
16.30-18.30h	MASTOLOGIA NO HOSPITAL DE BRAGA Moderadora: Isabel Reis <ul style="list-style-type: none">• A unidade de Senologia do Hospital de Braga Luís Castro• Bases de dados de patologia mamária Inês Sousa• Ecografia mamária per-operatória Arlindo Ferreira

4 JUNHO - Sábado

08.00h	Abertura do Secretariado
09.00-10.30h	GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA Moderadoras: Fernanda Gerales e Helena Solheiro <ul style="list-style-type: none">• Hemorragias uterinas disfuncionais na adolescência Neuza Mendes• Amenorreia primária e sua orientação Filomena Sousa• Preservação da fertilidade em adolescentes em risco de insuficiência ovárica Pedro Xavier
10.30-11.00h	Conferência ANTI-MULLERIAN HORMONE: APPLICATIONS OF AN AUTOMATED ASSAY Presidente: Eunice Capela Palestrante: Scott Nelson
11.00-11.30h	Intervalo
11.30-12.30h	Simpósio CONTRACEÇÃO TRANSDÉRMICA: MENOS PREOCUPAÇÕES PARA A MULHER!  GEDEON RICHTER <i>Since 1901</i> Presidente: Fernanda Águas <ul style="list-style-type: none">• Práticas contraceptivas em Portugal 2015 Ana Rosa• Inovação em contraceção transdérmica, baixa dosagem e <i>compliance</i> Christian Egarter
12.30-13.00h	Conferência HÁ LIMITES PARA A CIRURGIA LAPAROSCÓPICA EM MULHERES PÓS-MENOPAUSA? Presidente: João Luís Silva Carvalho Palestrante: Audrey Tsunoda
13.00-14.00h	Almoço
14.00-14.30h	Conferência A "MEMÓRIA ÁLGICA" NA SENSIBILIZAÇÃO À DOR Presidente: José Martinez de Oliveira Palestrante: Tereza Paula Gomes e Maria Del Mar Cervantes
14.30-15.00h	Conferência INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO POR HIPERMOBILIDADE URETRAL / DEFICIÊNCIA INTRÍNSECA DO ESFÍNCTER Presidente: Amália Martins Palestrante: Bercina Candoso
15.00-16.30h	AS OUTRAS FACES DAS LESÕES POR HPV Moderadoras: Virgínia Monteiro e Amélia Pedro <ul style="list-style-type: none">• Classificação LAST e tratamento das lesões intraepiteliais Pedro Oliveira• Cancro oral e infeção por HPV Paulo Palmela• A doença anogenital relacionada com o HPV Andreia Albuquerque
16.30h	Encerramento

RESUMOS

Comunicações Orais e Posters



Comunicações Orais

CO 01

PREDIÇÃO DIAGNÓSTICA DOS DADOS CLÍNICOS

E DA ECOGRAFIA NA ENDOMETRIOSE

Subtil SC, Tavares MV, Carvalho MJ, Almeida L, Falcão F, Águas F

Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A endometriose é uma patologia que afeta cerca de 10% das mulheres em idade fértil, que influencia a qualidade de vida e que pode ter implicações na fertilidade. O diagnóstico requer a visualização macroscópica das lesões e/ou confirmação histológica, o que se torna inacessível na maioria dos casos, levando à instituição de terapêuticas empíricas baseadas nos dados clínicos e imagiológicos.

Objetivo: Avaliar a predição diagnóstica dos dados clínicos e da ecografia endovaginal no diagnóstico de endometriose.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 385 mulheres com o diagnóstico de endometriose, seguidas no Serviço de Ginecologia dos CHUC entre 2006 e 2015. O diagnóstico foi realizado através de achados macroscópicos e/ou histológicos compatíveis com endometriose, em mulheres submetidas a laparoscopia/laparotomia por suspeita clínica ou achado incidental desta doença. Os dados clínicos sugestivos ao exame ginecológico foram a retroflexão fixa/diminuição da mobilidade uterina, a presença de massas anexiais, a palpação de nódulos retovaginais, a fibrose dolorosa dos ligamentos uterossagrados e a visualização de lesões. Os dados ecográficos considerados foram a retroflexão uterina, os *kissing ovaries*, a presença de endometriomas ou outras alterações sugestivas de endometriose peritoneal. A análise estatística foi realizada através do SPSS 22.0 ($P < 0,05$).

Resultados: A idade média de diagnóstico foi $36,8 \pm 8,0$ anos. Relativamente à sintomatologia, 64,1% das mulheres apresentavam dismenorria, 31,2% dispareunia e 56,2% algias pélvicas. O exame objetivo foi sugestivo de endometriose em 74,6% das doentes. A ecografia apresentou uma sensibilidade de 76,9% para o diagnóstico de endometriose. Dentro do grupo de mulheres que apresentavam dados clínicos sugestivos, 84,3% apresentavam

também alterações ecográficas, em comparação com 52,1% no grupo sem dados clínicos sugestivos ($P < 0,001$).

No grupo com diagnóstico de endometriomas (73,9%), isoladamente ou em associação com endometriose peritoneal, e no grupo com endometriose exclusivamente peritoneal (26,1%), os dados clínicos foram sugestivos em 77,6% vs 62,5% e as ecografias alteradas em 86,7% vs 50%, respectivamente ($P < 0,05$).

Considerando a presença de endometriomas e de endometriose peritoneal exclusiva, a ecografia e a avaliação clínica apresentaram reprodutibilidade marginal, com Kappa de 0,353 e 0,386, respetivamente.

Conclusão: O exame ginecológico e a ecografia parecerem estabelecer uma predição razoável na suspeição desta patologia e representam uma abordagem que se complementa na orientação clínica. No entanto, apesar de toda a evolução técnica que tem permitido melhorar a acuidade diagnóstica dos exames imagiológicos, a laparoscopia e o estudo histológico das lesões continuam a ser fundamentais para o diagnóstico definitivo da endometriose.

CO 02

CARACTERIZAÇÃO E SIGNIFICADO CLÍNICO

DE MASSAS ANEXIAIS ASSINTOMÁTICAS

Isabel Barros Pereira, Catarina Carvalho, Joaquim Neves
Centro Hospitalar Lisboa Norte Hospital Universitário de Santa Maria Faculdade de Medicina de Lisboa Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: As massas anexiais assintomáticas tornaram-se achados comuns com o advento da ecografia endovaginal. A maioria é benigna, mas é obrigatório excluir malignidade.

O objetivo deste estudo consiste em avaliar as características ecográficas, positividade dos marcadores tumorais e resultado histológico numa população de mulheres com massas anexiais assintomáticas.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional de mulheres com massas anexiais assintomáticas, seguidas em Consulta de Ginecologia entre 2011 e 2016. Foram avaliadas as características ecográfi-

cas da massa, marcadores tumorais (CEA, CA19.9 e CA125) e resultado do exame histológico nas mulheres submetidas a excisão da massa anexial.

Resultados: Foram incluídas 141 mulheres com uma idade média de $49,7 \pm 14,7$ anos e um índice de massa corporal médio de $26,9 \pm 6,2$. A menarca ocorreu em média aos $12,9 \pm 1,9$ anos e 46 mulheres (32,6%) encontravam-se na pós-menopausa.

As massas apresentavam um volume médio de $932,25 \text{ cc}^3$ e em 64,1% dos casos as massas eram unilaterais. Ecograficamente 11,9 % das massas foram caracterizadas como complexas, 14,1 % apresentavam septos e 2,1 % apresentavam contornos irregulares. O CEA foi negativo em todos os casos, o CA 19.9 foi positivo em 2 casos (1 caso de carcinosarcoma e 1 caso de teratoma quístico) e CA 125 foi positivo em 3 casos (1 caso de carcinosarcoma, 1 caso de quisto folicular e um caso em que não foi excisada a massa). 23 mulheres (16,2%) foram submetidas a excisão cirúrgica da massa, 6 (26,1%) das quais se encontravam na pós-menopausa. Em apenas 1 caso foi detetada malignidade (71 anos, massa complexa irregular, com septos, 520 cc^3 - carcinosarcoma). Os resultados histológicos mais frequentemente encontrados foram quisto folicular (4 casos) e teratoma quístico (4 casos).

Conclusões: Apesar da elevada incidência de benignidade nos achados ecográficos de massas anexiais é necessária uma avaliação cuidadosa com o objetivo de excluir malignidade, especialmente após a menopausa.

CO 03

PREVALÊNCIA E CONDIÇÕES ASSOCIADAS À VAGINOSE CITOLÍTICA NAS MULHERES PORTUGUESAS

Pedro Vieira Baptista¹, Joana Xavier¹, Sara Tavares¹, Joana Lima-Silva¹, Jorge Beires¹, Gilbert Donders^{2,3}

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar de São João, Portugal*, ²*Femicare, Clinical Research for Women, Tienen, Bélgica*, ³*Department of Obstetrics and Gynecology, Antwerp University Hospital, Bélgica*

Introdução: A vaginose citolítica (VC) é uma condição caracterizada por citólise e, geralmente, aumento da população lactobacilar. Clinicamente, é comumente confundida com a candidose. O diagnóstico é realizado através do exame microscópico, a fresco, do corrimento vaginal.

Objetivos: Avaliar a prevalência e potenciais condições associadas à vaginose citolítica em mulheres

portuguesas.

Material e métodos: Estudo transversal, realizado entre Junho de 2014 e Fevereiro de 2016, consistindo na colheita de corrimento vaginal para uma lâmina de vidro, em mulheres consecutivas, com indicação para citologia cervical. As lâminas foram lidas cegamente, de acordo com os critérios de Donders. Resultados e conclusões: Foram avaliadas 1000 mulheres, com idade média de $41,4 \pm 10,99$ anos (21-75 anos). A prevalência global de VC foi de 2,8%. As mulheres com VC tinham uma idade média inferior às restantes ($36,4 \pm 9,80$ vs. $41,5 \pm 10,99$ anos, $p=0,015$). Verificou-se uma forte correlação negativa entre a prevalência de VC e a idade ($r= -0,8372$, $p=0,005$). Não se encontraram, contudo, diferenças estatisticamente significativas para o status de menopausa (2,0% [4/200] nas pós menopáusicas vs. 3,0% [24/800] nas pré-menopáusicas, $p=0,632$). Não se verificaram diferenças entre fumadoras e não fumadoras (3,8% [8/211] vs. 2,5% [20/789], $p=0,347$).

Não se encontraram associações com alterações citológicas ou presença de papiloma vírus humano. Das mulheres em idade fértil, a prevalência de VC entre as que não faziam contraceção foi de 3,7% (7/191). De acordo com os métodos contraceptivos: contraceptivos orais 3,7% (12/323, $p=0,975$), dispositivo/sistema intrauterino 0% (0/89, $p=0,068$), laqueação tubária 0% (0/66, $p=0,115$), preservativo 3,9% (2/51, $p=0,933$), progestativos orais 5,4% (3/37, $p=0,618$), implante subcutâneo 0% (0/36, $p=0,243$) e anel vaginal 0% (0/6, $p=0,633$).

Em conclusão, a VC tem uma prevalência de 2,8% e tende a ocorrer em mulheres mais novas. Contudo, não parece que a VC se explique apenas por factores hormonais. Estudos futuros deverão contemplar, entre outros factores, as práticas sexuais.

CO 04

COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS COM ESSURE: MITO OU REALIDADE? – REVISÃO DE 7 ANOS

Ana Rocha, Sofia Rodrigues, Susana Carvalho, Raquel Reis, Márcia Barreiro, Rosa Zulmira Macedo
Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: A laqueação tubária por via histeroscópica (Essure[®]) é um método contraceptivo definitivo, que surge como alternativa à via laparoscópica/laparotómica em doentes seleccionadas. A sua colocação

é realizada maioritariamente em ambulatório e sem recurso a anestésicos, sendo necessário controlo imagiológico após 3 meses, de forma a validar o método. É apresentado como um método altamente eficaz e com complicações mínimas. No entanto, surgem estudos recentes que questionam a sua verdadeira eficácia e complicações posteriores, tornando-se essencial uma revisão dos dispositivos colocados.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo dos Essure® colocados no Serviço de Ginecologia do CHP (Centro Hospitalar do Porto) desde a sua disponibilização no Serviço (2009) até Dezembro de 2015.

Resultados: Nestes 7 anos foram colocados 172 implantes em mulheres entre os 23 e 47 anos (média 37,3). A maioria foi colocada por planeamento familiar (PF) (93,6%), bilateralmente (89,5%) e sem necessidade de anestesia (81,4%). Em 6,4% foi colocado previamente a ciclos de FIV/ICSI em mulheres com hidrossalpinge. Durante o procedimento não se registaram intercorrências em 84,9% e foi referido espasmo unilateral ou bilateral em 4,7%, dificuldade na visualização de um dos óstios em 4,7% e problema mecânico inerente ao dispositivo em 2,3%. Em 4,1% a colocação foi mesmo diferida e em 1,2% não foi possível efectuar a oclusão bilateral, tornando-se necessário outro método contraceptivo. Após o procedimento não houve registo de complicações em 93,0%; em 1,7% houve registo de hemorragia uterina anómala (HUA); 1,7% mantiveram seguimento por dor pélvica; 1,2% das mulheres foram submetidas a histerectomia (até 24 meses depois) por dor pélvica/HUA e em 0,6% complicou com abscesso tubo-ovárico (aos 15 dias), sendo necessário realizar anexectomia. Houve expulsão espontânea em 0,6%. Foi realizado estudo imagiológico em 86,0% aos 3-4 meses após colocação. Perderam-se no *follow-up* 9,3% das doentes. daquelas que colocaram Essure® por PF e que cumpriram o *follow-up*, foi necessária contracepção adicional em 5,5% (2% por falha na oclusão identificada nos exames descritos), mas não houve registo de qualquer gravidez.

Conclusão: A utilização deste método no Serviço como PF foi eficaz na maioria dos casos, sem necessidade de outra intervenção em 94,5% e com complicações posteriores numa minoria. Foi ainda eficaz na resolução de hidrossalpinge previamente a ciclos de FIV/ICSI. A maioria dos dispositivos foi colocado sem intercorrências, sem anestesia, em regime

de ambulatório e com boa tolerância por parte das doentes. São necessários estudos adicionais, assim como um *follow-up* mais prolongado de todas as doentes, para uma avaliação mais pormenorizada sobre interferência na qualidade de vida.

CO 05

FATORES DE RISCO DO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO TIPO II: UM ESTUDO CASO-CONTROLO

Catarina Pardal, Nuno Barros, Carla Monteiro, Paula Serrano
Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital de Braga

Introdução: O carcinoma do endométrio (CE) classifica-se de acordo com o seu comportamento biológico em dois grupos (tipo I e II), que diferem na incidência, na resposta aos estrogénios e no prognóstico, sugerindo diferentes vias patogénicas. O CE tipo I associa-se à estimulação estrogénica isolada e prolongada que precede a hiperplasia endometrial, enquanto que o CE tipo II (CEII) é caracteristicamente independente da estimulação hormonal, coexistindo num endométrio atrófico. Alguns autores concluíram que ambos os tipos partilham os mesmos fatores de risco hormonais. No entanto, a baixa prevalência do CEII faz com que haja poucos dados epidemiológicos que permitam concluir se os fatores de risco são os mesmos nos dois tipos de tumores, e se são de facto duas entidades distintas.

Objetivos: Avaliar se os fatores de risco hormonais se associam com o CEII.

Material e métodos: Estudo caso-controlo que incluiu todas as mulheres com CEII (sub-tipo endometrióide G3, seroso, células claras, mucinoso, misto) submetidas a estadiamento cirúrgico no Hospital de Braga no período de 2000-2012. Foram englobadas um total de 36 mulheres com CEII e 77 controlos (mulheres seguidas em consulta de Ginecologia sem CE) emparelhados pela idade.

Os parâmetros demográficos, histológicos e a identificação de fatores de risco de CE foram obtidos através da consulta do processo clínico e avaliados através da aplicação do teste de Fisher, de Mann-Whitney e de um modelo de regressão logística (SPSS®).

Resultados e conclusões: A mediana de idades foi de 63 anos para ambos os grupos. Verificou-se não haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação a idade de menarca, idade de menopausa, paridade, obesidade, tabagismo e comorbilidades (HTA e DM2), mas antecedentes de

toma de contraceptivos orais (CO) ou de terapêutica hormonal de substituição associaram-se positivamente com CEII ($p=0.041$ e $p=0.003$, respetivamente). As mulheres nulíparas ou com antecedentes de toma de CO tiveram o dobro do risco de CEII (odds ratio, 2.53; 95% intervalo de confiança, 0.75-8.53; e odds ratio, 2.46; 95% intervalo de confiança, 1.04-5.83, respetivamente), enquanto que o tabagismo comprovou ser um fator protetor (odds ratio, 0.30; 95% intervalo de confiança, 0.04-2.56). As restantes variáveis não demonstraram ser fatores de risco independentes neste estudo.

No presente estudo foram identificadas algumas associações entre fatores de risco estrogénicos e anti-estrogénicos e risco de CEII, sugerindo que a estimulação estrogénica também será um fator importante neste tipo de tumores.

CO 06

A INFEÇÃO POR PAPILOMAVÍRUS HUMANO: QUAL A MELHOR ESTRATÉGIA PARA O DIAGNÓSTICO MOLECULAR?

Luís Nobre¹, Luís Seabra¹, Marina Ribeiro¹, Valéria Garcia¹, Rui Nobre², Hugo Prazeres³

¹Infogene, Instituto Pedro Nunes, Coimbra; ²Centro de Neurociências e Biologia Celular, Coimbra; ³Instituto Português de Oncologia, Coimbra

O Papilomavírus humano (HPV) é o agente etiológico do cancro do colo do útero (CCU) e o risco da mulher desenvolver CCU aumenta significativamente pela persistência da infeção por este vírus. Os HPV's mucosatrópicos são vulgarmente divididos em HPV's de alto risco (HPV-AR) e baixo risco (HPV-BR) de acordo com o seu potencial oncogénico. Os HPV's de maior risco, 16 e 18, estão presentes em 70% dos casos de CCU. Estudos recentes recomendam o teste de HPV-AR como método primário para rastreio de CCU, uma vez que oferece uma sensibilidade superior à citologia e um valor preditivo negativo próximo de 100%. Esta perspetiva é por isso aconselhada nas novas orientações para a prática clínica. No entanto, muitas técnicas de diagnóstico molecular não têm a capacidade de avaliar a persistência da infeção, pois não identificam individualmente os tipos HPV-AR.

O presente estudo teve por objetivo identificar os génotipos de HPV presentes num grupo de 1252 mulheres, com recurso a três técnicas diferenciadas de PCR. Para o efeito, as amostras citológicas foram testadas com uma técnica de sondas específicas (SE)

que permitem a identificação individual dos HPV-AR e com dois sistemas independentes de PCR, vulgarmente utilizados em kits comerciais, que recorrem a sondas gerais (SG) ou sondas de consenso (SC) para deteção de HPV.

A presença de ADN do HPV foi detetada em 49% das amostras e foram identificados 34 génotipos distintos. Aproximadamente 83% das amostras positivas continham pelo menos um HPV-AR e os tipos 16, 31 e 39 foram os mais prevalentes, representando 44% das infeções. Por análise comparativa estimase que, relativamente aos casos positivos para HPV-V-AR, a concordância das três técnicas é de 56%. Contudo, 29% e 12% dos casos HPV-AR positivos não são detetados, respetivamente, pelos sistemas de SG e SC. Somente 3% das infeções por HPV-AR não foram identificadas pelo sistema SE.

Em suma, estes resultados reforçam a necessidade e importância de uma escolha assertiva das técnicas de diagnóstico molecular do HPV. Sob o ponto de vista clínico, os dados demonstram que a técnica SE é a melhor escolha. Esta permite uma deteção mais sensível e a identificação individualizada de todos os HPV-AR, o que possibilita a avaliação da persistência da infeção. No entanto, quando o objetivo é identificar todos os génotipos de HPV, inclusive tipos de alto risco provável ou baixo risco, o uso combinado da técnica SE com um sistema baseado em sondas gerais/consenso é a opção indicada.

CO 07

RASTREIO OPORTUNISTA DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO NA POPULAÇÃO COM VIH: UMA POPULAÇÃO COM RISCO REALMENTE AUMENTADO?

Sara Vargas, Rita Silva, Margarida Mendes de Almeida, Ana Candeias, Joaquim Neves, Carlos Calhaz-Jorge
Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Introdução: Em Portugal, o rastreio do cancro do colo do útero está preconizado na população feminina infetada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Dado que esta população tem um risco quatro vezes superior de apresentar um resultado alterado na citologia cervical confirmado por colposcopia, considera-se adequada a solicitação anual do exame. No entanto, prevalecem dúvidas quanto ao tipo e frequência de lesões cervicais nesta população.

Objetivos: Avaliar a prevalência de alterações na citologia e biópsia cervicais compatíveis com lesões

precursoras de cancro do colo do útero, em mulheres com infeção pelo VIH.

Metodologia: Estudo retrospectivo com recolha de dados clínicos e demográficos de mulheres com infeção pelo VIH, entre 2008 e 2015. Foram avaliadas variáveis demográficas e clínicas. Resultados: No período considerado, foram acompanhadas em regime de ambulatório 253 mulheres infetadas pelo VIH. A mediana da idade foi de 35 anos (extremos: 18-71). Setenta e sete (30,4%) mulheres apresentaram pelo menos uma alteração na citologia cervical: 13 (5,1%) ASC-US; 50 (19,8%) LSIL; 14 (5,5%) HSIL. Das que apresentaram ASC-US, 8 foram submetidas a biópsia cervical (4 sem lesão e 4 com LSIL). Das que apresentaram LSIL, 34 foram submetidas a biópsia cervical (18 sem lesão, 11 com LSIL e 5 com HSIL). Das que apresentaram HSIL, 13 foram submetidas a biópsia cervical (1 sem lesão, 1 com LSIL, 10 com HSIL e 1 com carcinoma pavimento celular invasivo). No total, foram realizadas 55 biópsias. A prevalência histológica de LSIL foi de 6,3% e a de HSIL foi de 5,9%.

Conclusões: Nesta população, e corroborando resultados apresentados em estudos anteriores, a prevalência de alterações na citologia cervical compatíveis com lesões precursoras de cancro do colo do útero foi elevada (30,4%). Das biópsias cervicais realizadas apenas 32 (58,1%) confirmaram a presença de lesões. A prevalência de LSIL e de HSIL foi superior ao estimado para a população em geral.

Posters

P 01

MASSA ANEXIAL VOLUMOSA DIAGNOSTICADA NO 3º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ: UM CASO RARO

Daniela Reis Gonçalves, Ana Galvão, Marta Moreira, António Braga, Ana Cunha, Joaquim Gonçalves, Alexandre Morgado, Jorge Braga

Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: As massas anexiais afetam 0,5-8% das gestações. A maioria são quistos simples benignos com <5cm, correspondendo a quistos foliculares ou do corpo lúteo, quistos dermoides, cistoadenomas serosos ou endometriomas. Cerca de 70% das massas anexiais detetadas no 1º trimestre resolvem espontaneamente. Até 10% das massas anexiais persistentes são malignas. Os principais riscos na gravidez são: torsão (5%), malignidade e rotura (rara).

Caso clínico: Primigesta, 26 anos, proveniente do Bangladesh, saudável. Iniciou vigilância obstétrica às 20 semanas, com ecografia morfológica às 22 semanas sem alterações.

Às 31 semanas foi orientada para o serviço de urgência por suspeita de tumefação anexial volumosa em ecografia de rotina, sem alterações fetais. Apresentava-se assintomática e hemodinamicamente estável. A ecografia abdominal excluiu líquido livre intra-abdominal e detetou formação quística com 24 cm. CA 125 negativo.

Três dias depois a grávida mantinha-se assintomática e, ecograficamente, apresentava crescimento da formação quística (31x16cm). Procedeu-se a internamento para maturação pulmonar fetal e vigilância. Às 32 semanas realizada ressonância magnética abdominal que identificou formação expansiva com cerca de 28x20cm, unilocular, de paredes finas, sem septos ou projeções endoluminais, sugerindo lesão anexial esquerda.

Por desenvolvimento de dor moderada no hipocôndrio esquerdo e ortopneia, foi realizada drenagem transabdominal ecoguiada do conteúdo quístico (2100mL), cujo resultado citológico foi acelular.

Quarenta e oito horas depois realizou-se cesariana urgente por dor abdominal súbita e intensa sugestiva de rotura do quisto. Extraído feto com 1835g e índice de

Apgar 7/9 e confirmada formação quística volumosa sem tensão e líquido livre intra-peritoneal. Realizada quistectomia. O estudo anátomo-patológico revelou corpo lúteo quístico e o estudo citológico foi negativo para malignidade.

Boa evolução clínica no pós-operatório.

Discussão: A maioria das massas anexiais na gravidez são assintomáticas, benignas e descobertas acidentalmente em ecografias de rotina. Os critérios ecográficos de malignidade não diferem da mulher não grávida, destacando-se a presença de áreas sólidas e a vascularização central. Os marcadores tumorais clássicos têm utilidade limitada na gravidez uma vez que os falsos positivos são frequentes, sobretudo no 1º trimestre. A orientação deve ser adaptada a cada caso uma vez que depende da idade gestacional, presença de critérios de malignidade ou complicações agudas.

P 02

BIÓPSIA COM HIPERPLASIA ATÍPICA EM METRORRAGIAS PÓS-MENOPAUSA – O QUE REVELA A PEÇA OPERATÓRIA?

Rita Medeiros, Filipa Coutinho, Maria João Carvalho, Teresa Rebelo, Luís Almeida e Sousa, Francisco Falcão, Fernanda Águas

Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O hiperestrogenismo determina uma estimulação contínua do endométrio que pode conduzir à hiperplasia endometrial se o estímulo for persistente. A hiperplasia atípica é considerada uma lesão pré-maligna do carcinoma do endométrio sendo uma indicação para histerectomia.

Objetivo: Avaliação do estudo histológico da peça de histerectomia em mulheres com metrorragia pós-menopausa cuja biópsia prévia revelou hiperplasia com atipia.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos das 1631 doentes submetidas a histeroscopia (HSC) diagnóstica por MPM no Serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre Junho de 2004 e Dezembro de 2015. Para efeitos deste estudo foram considerados dois

grupos de acordo com o resultado da biópsia: grupo A – hiperplasia com atipia e grupo B – hiperplasia com atipia não se podendo excluir carcinoma do endométrio.

Resultados: Foram incluídas no estudo 77 doentes com biópsia revelando hiperplasia com atipia, sendo que em 29 casos (37,7%) não se podia excluir carcinoma do endométrio. Em todos os casos a ecografia estava alterada e a histeroscopia revelou espessamento endometrial em 4,2% vs 3,4%, pólipos em 35,4% vs 10,3% e achados suspeitos de carcinoma em 60,4% vs 86,2% dos casos, respetivamente nos grupos A e B ($p < 0,05$). O material de biópsia foi obtido por biópsia histeroscópica dirigida em 66,7% vs 65,5%, biópsia com sonda de Novak em 22,9% vs 27,6% e histeroscopia cirúrgica em 10,3 vs 6,9% dos casos, respetivamente nos grupos A e B. Foram submetidas a histerectomia total 77,1% das doentes do grupo A e 89,7% do grupo B, as restantes apresentaram contraindicação cirúrgica e 2 recusaram, tendo ficado em controlo clínico. A peça de histerectomia revelou carcinoma do endométrio em 68,6% no grupo A e 96,2% no grupo B; os demais estudos histológicos no grupo A revelaram restante endométrio sem patologia (2,9%), hiperplasia atípica (11,4%), pólipo endometrial (14,3%) e mioma (1,6%) e no grupo B os restantes 3,8% apresentaram restante endométrio sem patologia.

Conclusões: A peça de histerectomia revelou carcinoma do endométrio na maioria das doentes cuja biópsia apresentava hiperplasia com atipia, sendo que atingiu quase 100% nos casos em que a biópsia não permitiu excluir a neoplasia. A cirurgia deve ser a abordagem preferencial pela elevada incidência de carcinoma na peça operatória. Em doentes com elevado risco cirúrgico, o tratamento médico com vigilância clínica apertada pode ser uma opção terapêutica a considerar.

P 03

TUMORES DO ESTROMA ENDOMETRIAL – UMA ENTIDADE RARA

Ana Sofia Pais, Cristina Frutuoso, Fernanda Águas
Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Os Tumores do Estroma Endometrial (TEE) são o 2º tumor mesenquimatoso uterino mais frequente, contudo correspondem a menos de 2% de todos os tumores uterinos. De acordo com a OMS,

são classificados em nódulos do estroma endometrial (NEE), sarcomas do estroma endometrial de baixo grau (SEE) e sarcomas endometriais indiferenciados (SEI).

Objetivo: Descrever a abordagem e orientação das mulheres com TEE, procurando conhecer o seu diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Material e métodos: Foi efetuado um estudo retrospectivo após recolha e análise dos dados clínicos das doentes com TEE ($n=22$), diagnosticadas e tratadas no nosso Serviço, entre 2000 e 2015. A análise estatística foi realizada em SPSS 22.0 ($p=0,05$).

Resultados: Foram estudadas 22 doentes com TEE: 5 NEE, 9 SEE e 8 SEI. A idade média ao diagnóstico foi: NEE 51 ± 10 [25-75] anos, SEE 57 ± 6 [25-78] anos e SEI 72 ± 3 [53-80] anos. Todas as doentes com SEI eram pós-menopáusicas, 62,5% ($n=5$) SEE e 40% ($n=2$) NEE ($p=0,02$). O sintoma mais frequente foi metrorragias (cerca de 60% por grupo), porém 40% ($n=2$) NEE, 22% ($n=2$) SEE e 12% ($n=1$) SEI eram assintomáticas. O exame ginecológico foi normal em 40% ($n=2$) NEE, 33% ($n=3$) SEE e 25% ($n=2$) SEI. Todas realizaram ecografia endovaginal, complementado por TC em 20% ($n=1$) NEE e 25% ($n=2$) SEE e RMN em 12% ($n=1$) SEE e 62% ($n=5$) SEI.

O diagnóstico foi predominantemente pós-operatório, exceto em 11,1% ($n=1$) SEE e 62,5% ($n=5$) SEI. No estudo histológico verificou-se carcinoma do endométrio em 25% ($n=2$) dos SEI e carcinoma do ovário em 20% ($n=1$) dos NEE e 11% ($n=1$) dos SEE. O tumor apresentava dimensão média de 50 ± 8 [30-70] mm NEE, 55 ± 16 [14-120] mm SEE e 89 ± 12 [50-120] mm SEI, invasão linfovascular em 22% ($n=2$) SEE e 50% ($n=4$) SEI e invasão ganglionar em 12% ($n=1$) SEI. Quanto ao estadiamento, 100% SEE eram do estágio I; 62% ($n=5$) SEI do estágio I, 12,5% ($n=1$) II, 12,5% ($n=1$) III e 12,5% ($n=1$) IV.

O tratamento cirúrgico realizado foi: NEE histerectomia total (HT) 40% ($n=2$), HT com anexectomia bilateral (AB) 40% ($n=2$) e exérese por ressectoscopia (RSC) 20% ($n=1$); SEE HT 11% ($n=1$), HT + AB 44% ($n=4$), HT + AB + linfadenectomia 22% ($n=2$), laparotomia exploradora + biópsias 12% ($n=1$) e miomectomia 11% ($n=1$); SEI HT 12% ($n=1$), HT + AB 50% ($n=4$), HT + AB + linfadenectomia 12% ($n=1$), laparotomia exploradora + biópsias 12% ($n=1$) e exérese por RSC 12% ($n=1$). Foi realizada

radioterapia em 22% (n=2) SEE e 37% (n=3) SEI, quimioterapia em 25% (n=2) SEI e hormonoterapia em 11% (n=1) SEE.

Ocorreu recorrência local em 22% (n=2) SEE e à distância em 12% (n=1) SEI. A taxa de mortalidade foi superior no SEI versus SEE (87% vs 33%, $p=0,01$), com tempo livre de sobrevivência inferior ($p=0,02$).

Conclusões: Os TEE manifestam-se por metrorragias, embora possam ser assintomáticos, o diagnóstico é frequentemente pós-operatório e o prognóstico significativamente diferente consoante o seu tipo histológico.

P 04

GRAVIDEZ ECTÓPICA: NECESSIDADE DE PROTOCOLOS DE ATUAÇÃO? CASUÍSTICA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO
Bruna Abreu, Ana Paula Pereira, José Reis, Carlos Veríssimo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A gravidez ectópica (GE) tem uma incidência compreendida entre 1-2%. O recurso à ecografia transvaginal e o doseamento sérico de beta-HCG são cruciais para definir condutas de atuação. O diagnóstico precoce traduz-se num decréscimo da morbi-mortalidade ao permitir a adopção de medidas conservadoras.

Objetivo: Casuística do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Beatriz Ângelo.

Material e métodos:

- Estudo retrospectivo que decorreu de Fevereiro de 2012 a Março de 2016 no Hospital Beatriz Ângelo.
- População alvo: Mulheres com diagnóstico de Gravidez ectópica (ICD-9).

Resultados: No período de estudo foram diagnosticados e tratados 91 casos de GE, 96% dos quais com localização tubar. A idade média das utentes foi de 31 anos e como factores de risco destacaram-se a história pregressa de GE (13%) e o tabagismo (17%). Amenorreia associada a dor (54%) ou a hemorragia uterina anómala (37%) foram, conforme esperado, as formas de apresentação mais frequentes. Foi constatada instabilidade hemodinâmica em 8%. O valor médio de beta-HCG sérica foi de 7527 UI/L. Foi observada ecograficamente embrião com batimentos cardíacos em 26% dos casos. O tratamento cirúrgico foi realizado em 81% dos casos (69% via laparoscópica), com metotrexato em 15% e em 3% dos casos

optou-se por uma atitude expectante. Em 41% dos casos em que a abordagem foi conservadora (medicamentosa ou expectante) houve necessidade de alterar a conduta terapêutica inicialmente proposta, verificando-se, no entanto, uma diminuição ao longo dos 4 anos.

Conclusão: A existência de protocolos de atuação baseados em critérios seleccionados poderá permitir a utilização de tratamentos mais conservadores sem aumento significativo da taxa de insucesso terapêutico.

P 05

ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DAS MASSAS ANEXIAIS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Ana Raquel Neves Rafaela Pires Tânia Ascensão Joana Belo Helena Leite Fernanda Geraldes
Serviço de Ginecologia B - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A patologia anexial na infância e adolescência constitui um motivo frequente de referência aos Serviços de Ginecologia e Pediatria. Apesar de 80% das lesões serem benignas, a sua abordagem constitui um desafio diagnóstico e terapêutico. O recurso universal à ecografia tem permitido um diagnóstico mais precoce, possibilitando uma atitude terapêutica mais conservadora no sentido de preservar o futuro reprodutivo. A abordagem laparoscópica, associada a reduzida taxa de complicações, rápida recuperação e melhor resultado estético, constitui o *gold standard* na abordagem das lesões benignas.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das doentes com idade ≤ 20 anos submetidas a cirurgia laparoscópica por patologia anexial num período de 15 anos, num centro terciário. Avaliação dos dados clínicos, imagiológicos e anatomopatológicos. Análise estatística efectuada com o *software IBM SPSS Statistics v21*.

Resultados: Foram analisadas 77 doentes (81 lesões anexiais) com uma idade média de diagnóstico de 16,68 anos (10-20) e à data da cirurgia de 17,72 anos (10-20). Os sintomas mais comuns foram dor abdominal (26%, n=20) e dismenorreia (22,1%, n=17). Em 26% (n=20) as lesões constituíram um achado ecográfico incidental. Todas as doentes realizaram ecografia e em 28,5% (n=22) foram solicitados outros exames de imagem. Foi realizada cirurgia de urgência em 3,9% dos casos (n=3) por suspeita de torção anexial. A intervenção cirúrgica preferencial

foi a quistectomia unilateral, em 88,3% (n=68) dos casos, tendo sido realizada anexectomia em 1,3% dos casos (n=1). A duração média do internamento foi de 1,5 dias (0-8). Verificou-se uma taxa de complicações de 2,6% (n=2). O estudo histológico revelou: lesões anaxiais não neoplásicas em 23,4% (n=18), neoplásicas benignas em 74,1% (n=57), neoplásicas malignas em 1,3% (n=1) e não anaxiais em 1,3% (n=1). Verificou-se concordância entre os achados imagiológicos e o estudo histológico em 72% (n=54). Não se verificou nenhum caso de recorrência após um tempo médio de follow up de 17,73 meses (1-72).

Conclusão: A incidência de lesões benignas na nossa amostra foi de cerca de 99%, sendo que todas foram elegíveis para quistectomia e/ou salpingectomia. Estes resultados ilustram a tendência no sentido da cirurgia conservadora e preservação da fertilidade das jovens com patologia anexial. Demonstram também as vantagens da abordagem laparoscópica, com uma reduzida taxa de complicações e internamento de curta duração.

P 06

COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS GINECOLÓGICAS

– ANÁLISE DE UM ANO

Joana Xavier, Carla Peixoto, Mariana Rei, Sara Tavares, Joana Lima-Silva, Pedro Vieira-Baptista, Jorge Beires
Centro Hospitalar de São João

Introdução: Qualquer procedimento cirúrgico possui um risco inerente de complicações, estas podem ser classificadas consoante a sua relação temporal com a cirurgia e natureza. Cada serviço deve conhecer a sua morbidade cirúrgica, com vista a minorá-la.

Objetivos: Avaliar a taxa e tipo de complicações em cirurgia ginecológica num hospital terciário.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, das complicações associadas a cirurgia ginecológica programada, com internamento, por patologia benigna, num hospital terciário. Dividiram-se as complicações de acordo com tempo em que ocorreram (intra-operatórias [CIO], pós-operatórias imediatas [CPOI] [durante o período expectável de internamento] e tardias [CT] e a sua natureza (hemorrágicas, trombóticas, infecciosas e lesões de órgãos).

Resultados e conclusões: A idade média das 661 mulheres que cumpriam os critérios de inclusão foi de 51,4±13,17 anos (16-84 anos). Destas 44,5%

(294/661) eram pós-menopáusicas.

A abordagem foi vaginal em 33,7% (223/661), laparoscópica em 28,0% (185/661) e laparotómica em 23,6% (156/661); 10,6% (70/661) foram histeroscopias/ressectoscopias, 2,0% (13/661) cirurgias vulvares e 2,1% (14/661) corresponderam a outros procedimentos.

A taxa de CIO, CPOI e CT foi de 4,2% (28/661), 6,5% (43/661) e 8,9% (59/661), respectivamente. A taxa global de doentes com complicações foi de 14,7% (97/661). Não se encontraram diferenças nestas taxas quando se estratificou para o tipo de abordagem, excepto para as CPOI, que foram mais comuns nas abordagens vaginais (10,8% [24/223], p=0,017).

As complicações mais comuns foram as infecciosas (22,3% [29/130] e as lesões de órgãos (20,8% [27/130]), seguindo-se as hemorrágicas (10,8% [14/130]) e as trombóticas (3,9% [5/130]). Dentro das complicações hemorrágicas, 21,4% (3/14) necessitaram de transfusão (um terço intra-operatoriamente). A maioria das CIO deveu-se a lesão de vísceras (82%, [23/28]), enquanto que nas CPOI e nas CT predominaram complicações infecciosas (20,9% [9/43], 37,3% [22/59]), das quais as infeções da ferida operatória foram as mais frequentes.

A taxa de reintervenções foi de 1,7% (11/661), sendo a maioria decorrente de CPOI (45,5%). Não se verificaram casos de morte atribuíveis aos procedimentos cirúrgicos.

Em conclusão, ainda que não tenham existido casos de mortalidade, verificou-se uma taxa de morbidade cirúrgica de 14,7%, da qual médicos e doentes devem estar cientes aquando da tomada de decisões.

P 07

PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA – FATORES PREDITIVOS DE MÁ RESPOSTA OVÁRICA

JP Coutinho-Borges¹, R Santos², R Miguelote², F Brás², S Dantas²

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetria da ULSAM, Hospital de Viana do Castelo;* ²*Centro de Procriação Medicamente Assistida - Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, Guimarães*

Introdução: A infertilidade, definida pela incapacidade de atingir gravidez clínica após 12 meses de relações sexuais desprotegidas, é uma problemática em crescimento. De entre as mulheres submetidas a técnicas de PMA, verifica-se que um subgrupo apresenta pior resposta aos tratamentos, sendo importante conhecer os fatores de risco para tal resposta e

respetivos indicadores analíticos.

Objetivos: Caracterizar e comparar mulheres submetidas a ciclo de PMA (FIV/ICSI) com punção folicular e colheita de 3 ou menos vs 4 ou mais ovócitos no Centro de PMA do Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães (HSO). Avaliar possíveis fatores de risco para obtenção de menor número de ovócitos na punção folicular (PF). Avaliar e comparar taxa de sucesso da técnica de Procriação Medicamente Assistida (PMA) nos 2 grupos em estudo.

Material e métodos: Estudo retrospectivo com colheita de dados relativos ao período de janeiro a dezembro de 2015, de mulheres submetidas a ciclos de PMA no CHAA. Grupos em estudo: A) Totalidade das mulheres em PMA com < 4 ovócitos na PF; B) Grupo de mulheres em PMA, selecionadas aleatoriamente, com ≥ 4 ovócitos na PF. Critério de exclusão: PMA em ciclos naturais. Realizou-se a análise descritiva e comparativa das mulheres com PF < 4 ovócitos vs ≥ 4 ovócitos, avaliaram-se possíveis fatores de risco para obtenção de menos ovócitos na PF e determinou-se a taxa de sucesso de PMA nos grupos A e B. Considerou-se significância estatística para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Não se verificaram diferenças entre os grupos A e B no que concerne à idade, IMC, anos de infertilidade ou duração média do ciclo menstrual. Não se verificaram diferenças entre grupos relativamente ao volume ovárico médio, nem entre os valores pré-ciclo de LH e prolactina. O valor de Hormona Anti-Mulleriana (HAM) foi significativamente menor no grupo de má resposta ovárica. Em ambos os grupos, a maioria das infertilidades era primária e o fator feminino predominante. Não se verificaram diferenças entre os grupos relativamente a fatores de risco descritos na literatura (tabaco, hidrossalpinge, cirurgia ovárica prévia, endometriose e antecedentes de má resposta ovárica). O valor de FSH basal foi significativamente maior no grupo com má resposta à estimulação ovárica, tal como descrito na literatura. O número de embriões obtidos no grupo A foi significativamente inferior, contudo não se verificaram diferenças significativas na qualidade dos embriões transferidos, nem entre a taxa de gravidez por ciclo entre os grupos.

Assim, neste estudo não se verificaram diferenças significativas entre os grupos para os fatores de risco descritos na literatura, com exceção da FSH basal e HAM.

Os valores de FSH basal elevado e de HAM diminuído parecem estar associados a pior resposta à estimulação ovárica, podendo constituir importantes fatores a avaliar antes de iniciar um ciclo de PMA, como decisores de início do tratamento e preditores de resposta.

P 08

ANGIOSSARCOMA DA MAMA APÓS RADIOTERAPIA PARA TRATAMENTO CONSERVADOR DE CANCRO DA MAMA PRIMÁRIO – CASO CLÍNICO

JP Coutinho-Borges¹, MJ Rocha², L Castro², F Pardal³, A Ferreira²

¹Serviço de Ginecologia e Obstetria da ULSAM, Hospital de Viana do Castelo; ²Unidade de Senologia - Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital de Braga ³Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Braga

Introdução: O angiossarcoma da mama é uma doença rara e potencialmente crítica. Pode apresentar-se, ora por uma massa palpável, ora o por alterações cutâneas subtis, dependendo dos fatores predisponentes. O tratamento do cancro da mama, em estadios iniciais, consiste em cirurgia conservadora da mama seguida de radioterapia, sendo esta fator de risco para neoplasias secundárias da mama, nomeadamente, angiossarcoma, em mulheres com predisposição genética.

Objetivo: Apresentação e discussão de caso clínico de angiossarcoma da mama em mulher com antecedentes de radioterapia e recidiva local, após mastectomia.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 67 anos, V gesta V para, com antecedentes de tumorectomia da mama esquerda, operada em França, em abril de 2010, por adenocarcinoma ductal, G2, pT1N1mi, Ki 67 10%. Fez tratamento adjuvante com radioterapia e hormonoterapia. Referenciada à consulta de Senologia do Hospital de Braga, após cerca de 4 anos, por 2 nódulos cutâneos com crescimento recente nos quadrantes internos da mama esquerda com cerca de 1-2cm. Realizou-se exérese biótica das lesões, cuja histologia revelou angiossarcoma com neoplasia adjacente às margens cirúrgicas. Após avaliação em Consulta de Grupo (CG) decidiu-se pela realização de mastectomia total esquerda, cujo resultado histológico revelou múltiplas lesões com características de proliferação vascular atípica ao longo da derme, com características de angiossarcoma, sem lesões neoplásicas

nas margens de exérese cirúrgica. Discutido o caso em CG decidiu manter-se vigilância. Um ano após a mastectomia, a doente apresentou lesões cutâneas associadas a eritema pericriatrical na região torácica esquerda, com cerca de 20cm de extensão, compatíveis com recidiva cutânea do angiossarcoma. Referia, também, dorsalgia sem irradiação ou posição antálgica. Realizou cintilograma ósseo, TC e RMN torácica que revelaram lesões compatíveis com metástases ósseas a nível da coluna dorsal e articulação sacroilíaca esquerda. Discutido caso em CG foi proposta para radioterapia lombar e da loca cirúrgica, por não apresentar condições para tratamento cirúrgico. Por motivos familiares a doente prosseguiu o tratamento em França.

Conclusão: A abordagem do angiossarcoma mamário é difícil, sendo a exérese cirúrgica radical do tumor, com margens livres, o tratamento de eleição. Apesar do tratamento efetuado, o prognóstico da doença é mau, com uma taxa de sobrevida a 5 anos de 20-30%.

P 09

VULVECTOMIA: CASUÍSTICA DE 2 ANOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Ângela Santos¹, Almerinda Petiz², Carlos Lopes²
¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho; ²Instituto Português de Oncologia, Porto

Introdução: O cancro da vulva é uma neoplasia rara, representando 4% de todos os cancros ginecológicos. É mais frequente nas mulheres pós-menopáusicas, sendo o prurido vulvar crónico ou o aparecimento de uma lesão vulvar os principais motivos de consulta.

O carcinoma da vulva pode ser curável quando diagnosticado num estágio precoce (I e II da FIGO), com taxas de sobrevida aos 5 anos superiores a 90%.

Objetivos: Pretende-se apresentar uma casuística sobre o tratamento cirúrgico do carcinoma da vulva, realizado durante 2 anos num centro oncológico de referência.

Material e métodos: Os autores apresentam um estudo retrospectivo de todas as vulvectomias realizadas entre 01 de Janeiro de 2014 e 31 de Dezembro de 2015 no Instituto Português de Oncologia do Porto.

As doentes com cirurgias vulvares prévias ou com recidiva de carcinoma vulvar foram excluídas do estudo.

Foram alvo de análise as manifestações clínicas do tumor, a extensão local e regional, o tipo histológico, o tipo de cirurgia efectuada, as principais complicações

pós-operatórias precoces e tardias e a necessidade de tratamento adjuvante.

Resultados e conclusão: No período em estudo foram realizadas 52 vulvectomias.

A idade média à data de diagnóstico foi de 72 anos, sendo a principal manifestação clínica a presença de uma lesão vulvar (75%).

Foi efectuada vulvectomia radical em 44 casos, pesquisa de gânglio sentinela em 18 casos e esvaziamento inguino-femoral em 28 casos.

O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma epidermóide (77%).

56% dos casos foram diagnosticados em estádios precoces.

As complicações pós-operatórias mais frequentes foram a infecção da ferida operatória e a deiscência vulvar (n=29).

Apresentam-se taxas de doença recidivante e mortalidade de 25% e 13%, respectivamente

Os autores concluem que o estudo efectuada encontra-se de acordo com a literatura existente. Apresenta como principal limitação o curto intervalo de tempo estudado para conclusões relativas à sobrevida a longo prazo.

P 10

PAPILOMA VIRUS HUMANO (HPV) E CARCINOMA DA MAMA – UM NOVO FATOR DE RISCO?

Vera Veiga, Fernanda Santos, Carlota Cavazza, Ana Rodrigues, Isabel Duarte, António Santiago
Centro Hospitalar de Leiria, EPE

Introdução: A carcinogénese consiste num processo complexo que envolve fatores hormonais, genéticos e ambientais (dieta, ingestão de álcool, tabaco, radiação, vírus), levando a um crescimento celular descontrolado com a consequente formação de uma massa tumoral.

O HPV tem um papel reconhecido no desenvolvimento de muitos carcinomas epiteliais, como o carcinoma do colo do útero, vulvar, anal, pénis, cavidade oral, laringe e do esófago.

Em 1992, Di Lonardo et al. encontraram DNA de HPV em células cancerígenas da mama, utilizando a técnica de polimerase chain reaction (PCR). Até à data, nos diversos estudos apresentados, a percentagem de DNA de HPV detetado em células de carcinoma da mama varia entre zero e 86%, resultando em controvérsia quando se fala no HPV como fator de risco

para o cancro da mama.

A heterogeneidade dos primers nos diferentes estudos e a variação geográfica das populações estudadas podem ser a causa de tamanha inconsistência.

Objetivo: Verificar na literatura recente a controvérsia sobre este tema.

Material e métodos: Pesquisa de revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos randomizados na *Pubmed*, usando como palavras-chave: *HPV*, *risk factor* e *breast cancer*.

Discussão de resultados e conclusão: Diferentes estudos mostram diferentes mecanismos de carcinogénese do HPV. No carcinoma do colo do útero, a infecção persistente pelo vírus leva à integração do DNA HPV- AR (alto risco) no genoma do hospedeiro, aumentando a expressão dos oncogenes E6 e E7 com a consequente inativação da p53 e pRb e inibição da apoptose celular. No carcinoma da mama, o efeito do HPV ocorre em fases mais precoces da carcinogénese, causando a sobreexpressão da APOBEC3 (AB3) e culminando assim na instabilidade genómica.

Alguns estudos conseguem identificar uma associação positiva entre o vírus e o cancro da mama, sobretudo em países Asiáticos (onde há uma maior prevalência de infecção por HPV).

Confirmado o papel etiológico do HPV no cancro da mama, torna-se essencial dar mais relevância às estratégias de prevenção do cancro, como a vacinação.

P 11

FACTORES DE RISCO PARA DISPLASIA ANAL EM MULHERES COM NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE ALTO GRAU

Sofia Saramago, Maria Inês Reis, Vera Cunha, Filipa Ribeiro, Helena Santos e Pereira, Filomena Nunes
Hospital de Cascais Dr José de Almeida

Introdução: O cancro anal apresenta baixa prevalência, mas incidência crescente e elevada morbimortalidade. Partilha diversos aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos e clínicos com o cancro do colo do útero. Ambos se associam ao HPV (vírus do papiloma humano) e parecem ser precedidos de um padrão previsível de progressão de baixo para alto grau de displasia e cancro invasivo. A baixa prevalência do cancro anal limita a aplicabilidade de estratégias de rastreio na população geral e os esforços têm-se concentrado nos infectados pelo VIH (vírus da imunodeficiência humana), sobretudo nos homens com

práticas homossexuais.

Objetivos: Identificar factores de risco associados a displasia anal numa população de mulheres com neoplasia intraepitelial cervical de alto grau.

Material e métodos: Estudo envolvendo as mulheres com diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau (CIN 2+) submetidas a excisão da zona de transformação, na nossa Unidade de Colposcopia, durante 4 anos (2012-2015), às quais foram colhidos dados anamnésicos e efectuada colheita de citologia anal em meio líquido. Consideram-se 2 grupos: com ou sem atipia na citologia anal. Entre estes compararam-se as variáveis seguintes: idade, hábitos tabágicos, número de parceiros sexuais ao longo da vida, história de relações sexuais anais e infecção a VIH. Utilizou-se o teste *t-Student* para as variáveis quantitativas e o teste do Qui-quadrado para as nominais. Um valor $P < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados e conclusões: Houve 259 doentes submetidas a excisão da zona de transformação por lesão intraepitelial cervical de alto grau que realizaram citologia anal. De 234 resultados com representação da zona de transformação anal, verificou-se atipia citológica em 24 (10,3%). Destes, 18 (75%) foram ASC-US (atypical squamous cells of undetermined significance), 4 foram *LSIL* (low-grade squamous intraepithelial lesion), 1 foi *ASC-H* (atypical squamous cells, cannot exclude HSIL) e 1 foi *HSIL* (high-grade squamous intraepithelial lesion). De entre as variáveis estudadas, apenas os hábitos tabágicos apresentaram associação estatisticamente significativa com citologia anal atípica ($P < 0.01$; OR 3.84, IC 95% 1.47-10.08).

Importa referir que, entre as 15 doentes com atipia citológica anal que compareceram a consulta de Proctologia e foram submetidas a anoscopia, não se diagnosticou nenhum caso de neoplasia intraepitelial anal; condilomatose anal foi o diagnóstico mais frequente (5 casos).

Sendo a neoplasia intraepitelial anal precursor de cancro anal, a sua adequada identificação e tratamento poderá prevenir o desenvolvimento do cancro anal. As mulheres com neoplasia intraepitelial cervical poderão constituir um grupo de risco a ser alvo de estratégias de rastreio. É necessário prosseguir a investigação nesta área de modo a desenvolver programas de rastreio eficazes e custo-efectivos.

P 12

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A SINTOMAS SUGESTIVOS DE BEXIGA HIPERATIVA EM MULHERES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 ANOS

Rita Silva, Sara Vargas, Catarina Policiano, Ana Candeias, Joaquim Neves, Carlos Calhaz-Jorge
Departamento de Ginecologia, Obstetria e Medicina da Reprodução Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Introdução: A prevalência de sintomatologia associada à bexiga hiperativa (BH) na população feminina com 50 anos ou mais é variável e estima-se em 17 a 87%. A BH associa-se a múltiplos fatores de risco (paridade, obesidade, tabagismo, partos vaginais prévios, etnia, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença do sistema nervoso central, doença renal crónica, obstipação, cirurgia abdominal/vaginal prévia, infeções urinárias de repetição).

Objetivo: Identificação de fatores de risco significativos para a presença de sintomas sugestivos de BH numa amostra de mulheres com 50 anos ou mais.

Material e métodos: Efetuou-se um estudo prospetivo observacional que incluiu todas as mulheres avaliadas entre janeiro de 2014 e março de 2016. Foram distribuídos questionários para avaliação de sintomas de bexiga hiperativa (versão portuguesa validada de OAB-V8) e a suspeita desta condição baseou-se numa pontuação igual ou superior a 8. Foram analisadas as características demográficas, os parâmetros biométricos (peso, altura, perímetro abdominal) e a presença dos diferentes fatores de risco. A validação dos dados foi realizada pela análise de regressão logística binária, considerando-se como nível de significância os 5%.

Resultados: Incluímos 324 mulheres, maioritariamente (91,7%) caucasianas, com mediana da idade de 64 (50-84) anos e da duração da pós-menopausa de 14 (1-42) anos. O índice de massa corporal (IMC) médio foi de 28,9 kg/m²; 76,9% das mulheres apresentavam critérios de excesso de peso ou obesidade. A pontuação média obtida nos questionários foi 10,31 (0-35), sendo identificadas 173 mulheres (53,6%) com diagnóstico de BH. Através de uma análise de regressão logística para múltiplos fatores, o IMC superior a 25 kg/m² foi o único que apresentou significância estatística ($p=0,023$) para a presença de sintomas associados à BH.

Conclusão: Estes resultados corroboram e consolidam os dados preliminares apresentados por este grupo de estudo que demonstravam o valor de IMC

elevado como fator de risco independente e mais significativo para a presença de sintomas associados à BH.

P 13

LEIOMIOMA UTERINO – UMA APRESENTAÇÃO INVULGAR

Filipa Caeiro, Ana Rita Codorniz, Joaquim Carvalho
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: Os leiomiomas uterinos são uma patologia ginecológica benigna muito frequente na mulher em idade fértil. São na sua maioria assintomáticos, mas quando dão sintomas manifestam-se habitualmente com hemorragia uterina anómala, dor pélvica ou sintomas obstrutivos.

Objectivos: Os autores apresentam um caso de uma apresentação muito rara de leiomiomas, sob a forma de hemoperitoneu por rotura espontânea de veia superficial de drenagem de um leiomioma uterino.

Caso clínico: Mulher de 43 anos, gesta 1 para 1, sob contraceção oral combinada, com antecedentes de leiomioma uterino subseroso fúndico assintomático, seguida em consulta de ginecologia sem necessidade de terapêutica. Recorre ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal com instalação progressiva de 8 horas de evolução, sendo observada à entrada pela equipa de cirurgia. Clinicamente apresentava um abdómen doloroso difusamente, com reacção peritoneal e irradiação para a região lombar, encontrando-se hemodinamicamente estável. Realizou tomografia computadorizada que revelou massa pélvica sólida, com 15cm de maior eixo, sem plano de clivagem com o útero, com provável origem anexial direita e líquido livre na cavidade em moderada quantidade sugestivo de hemoperitoneu. Analiticamente, apresentava uma hemoglobina 11,9g/dL sem outras alterações. Foi referenciada à ginecologia onde foi identificado, ao exame objectivo, um útero aumentado de volume, com massa pélvica a fazer corpo com o útero com desvio direito, com mobilização uterina e palpação dos fundos de saco dolorosos. Na ecografia supra-púbica identificava-se massa pélvica volumosa, com consistência de miométrio, bem circunscrita, com calcificações, a fazer corpo com o fundo do útero, compatível com mioma e líquido em quantidade moderada na cavidade pélvica. No ecografia endovaginal identificava-se abundante líquido no fundo-de-

saco, não se identificando ovários. Foi realizado um teste de gravidez que foi negativo.

Por agravamento do quadro doloroso e suspeita de hemoperitонеu decidiu-se realizar uma laparotomia exploradora, constatando-se um hemoperitонеu abundante e um útero de dimensões aumentadas, com formações subserosas fúndicas distorcidas e calcificadas, com cerca de 8-10cm, bilateralmente, com grande vascularização. Um vaso superficial desses miomas encontrava-se roto. Ambos os anexos foram inspeccionados, não se identificando alterações. Foi ainda pedido o apoio da cirurgia para inspeccionar o abdómen superior e excluir outras fontes possíveis de hemorragia abdominal. Procedeu-se a histerectomia total com salpingectomia bilateral com imediato controlo do quadro hemorrágico.

A doente teve alta ao 4º dia de internamento, sem intercorrências, sendo posteriormente reavaliada um mês pós cirurgia. O resultado da anatomia patológica foi de leiomioma padrão comum.

Discussão: A apresentação de hemoperitонеu por rotura de vasculatura superficial que nutre os leiomiomas uterinos é uma situação rara, descrita em escassos artigos tipo casos-clínicos na literatura. O hemoperitонеu na ginecologia/obstetrícia é frequentemente visto nos casos de rotura de gravidez ectópica ou de quisto ovárico. Este caso vem ilustrar uma complicação dos leiomiomas que apesar de rara, deve ser equacionada nos casos de hemoperitонеu após serem descartadas outras fontes hemorrágicas mais frequentes.

P 14

VALOR DA HISTEROSCOPIA AMBULATORIA NO DIAGNÓSTICO DE CANCRO DO ENDOMÉTRIO

Juliana Rocha, Ana Sofia Carvalho, Cristina Oliveira, Isabel Meireles, Conceição Nunes
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: Na Europa, o cancro do endométrio é a neoplasia mais frequente do trato genital feminino, afetando principalmente mulheres pós-menopáusicas dos 55-60 anos. A histeroscopia (HTC) tem assumido um papel importante no seu diagnóstico precoce, uma vez que é um procedimento ambulatorio, rápido e bem tolerado pela maioria das doentes.

Objetivo: avaliar a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo da histeroscopia em comparação com a histologia no diagnóstico de

cancro do endométrio em mulheres pós-menopausa.

Material e métodos: Análise retrospectiva das histeroscopias realizadas em ambulatório, em mulheres pós-menopausa, entre janeiro 2015 e dezembro 2015 na Unidade de Histeroscopia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa. Foi efetuada a comparação entre o diagnóstico histeroscópico e histológico.

Resultados: Neste período foram realizadas 380 HTC em mulheres pós-menopausa e o cancro do endométrio foi diagnosticado por histologia em 2,89% dos casos. A idade mediana da população foi 61 anos e a idade mediana da menopausa foi os 51. A sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo da histeroscopia para deteção de doença maligna foi de 90,9%, 98,3%, 62,5% e 99,7%, respetivamente. Na população estudada, a nuliparidade e a presença de hemorragia uterina anómala (HUA), têm uma associação estatisticamente significativa com o cancro do endométrio ($p=0.021$ e <0.001 , respetivamente). A espessura do endométrio é significativamente maior nas mulheres com patologia maligna (19,78mm versus 10,09mm; $p=0.08$).

Conclusões: Os resultados estão de acordo com os referidos na literatura, que atribuem a este procedimento uma alta sensibilidade, especificidade e VPN para o diagnóstico de patologia maligna do endométrio. Assim, a histeroscopia é considerada atualmente o “gold-standard” para o diagnóstico das referidas lesões. A nuliparidade, presença de HUA e a espessura do endométrio avaliada por ecografia, são importantes preditores de neoplasia endometrial maligna, permitindo a identificação das mulheres pós-menopausa em maior risco e que podem beneficiar da realização de histeroscopia.

P 15

O IMPACTO DA ADENOMIOSE NA FERTILIDADE E GRAVIDEZ

Beatriz Ferreira, Margarida Martinho
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de S. João Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina a Universidade do Porto

Introdução: A adenomiose é uma patologia uterina benigna caracterizada pela presença de tecido endometrial no miométrio mas a relação entre a adenomiose e infertilidade não está ainda esclarecida.

Objetivos: Rever na literatura, os mecanismos que podem explicar a infertilidade na adenomiose, a re-

lação deste diagnóstico com os resultados das técnicas de procriação medicamente assistida (TPMA) e o seu efeito no desfecho da gravidez.

Material e métodos: A pesquisa foi efetuada na Pubmed, limitada aos últimos 10 anos e restringida aos idiomas de Inglês e Português, usando os termos *MeSH Adenomyosis AND (Infertility OR Reproductive Techniques, Assisted OR Pregnancy Outcome)*. Obtiveram-se 136 artigos e após leitura dos títulos e resumos seleccionaram-se os artigos que abordassem o impacto da adenomiose na fertilidade. Foram seleccionados 40 artigos para análise integral, escolhidos 27 artigos e mais 2 estudos após revisão manual da bibliografia.

Os resultados são apresentados analisando o impacto da adenomiose nos resultados da fertilidade natural, das TPMA e a gravidez.

Resultados: Não há estudos epidemiológicos relevantes sobre o efeito da adenomiose na concepção natural mas os estudos existentes apontam vários mecanismos patogénicos para explicar a infertilidade no contexto da adenomiose. Alterações ao nível da camada interna do miométrio com possível impacto na peristalse uterina e conseqüentemente no transporte de esperma, assim como alterações nos níveis endometriais de alguns fatores de crescimento, citocinas e populações celulares ligadas ao stress oxidativo que podem condicionar uma diminuição da recetividade uterina. Discrepâncias nos critérios de diagnóstico da adenomiose e a sua associação com a endometriose afetam a consistência dos resultados.

Evidências recentes apontam para uma associação negativa entre a adenomiose e o sucesso das TPMA parecendo diminuir a taxa de gravidez clínica e aumentar a taxa de abortamento, embora a grande heterogeneidade dos estudos não permita comparações válidas entre os resultados. Os estudos avaliados sugerem que a utilização de um protocolo de estimulação longo com um análogo GnRH parece melhorar a taxa de gravidez.

Quanto ao impacto da adenomiose com o desfecho da gravidez, os estudos existentes parece revelar uma tendência para o aumento das complicações obstétricas associadas à adenomiose, sobretudo na taxa de abortamento precoce, de parto pré-termo e de rotura prematura de membranas pré-termo, mas também na taxa de levas para idade gestacional e

apresentações fetais anómalas.

Evidências recentes apontam para uma associação negativa entre a adenomiose e o sucesso das TPMA parecendo diminuir a taxa de gravidez clínica e aumentar a taxa de abortamento, embora a grande heterogeneidade dos estudos não permita comparações válidas entre os resultados. Os estudos avaliados sugerem que a utilização de um protocolo de estimulação longo com um análogo GnRH parece melhorar a taxa de gravidez.

Quanto ao impacto da adenomiose com o desfecho da gravidez, os estudos existentes parece revelar uma tendência para o aumento das complicações obstétricas associadas à adenomiose, sobretudo na taxa de abortamento precoce, de parto pré-termo e de rotura prematura de membranas pré-termo, mas também na taxa de levas para idade gestacional e apresentações fetais anómalas.

Conclusão: A adenomiose parece ter um impacto negativo na saúde reprodutiva da mulher quer quando consideramos a fertilidade natural quer no contexto de tratamentos de fertilidade e também no desfecho da gravidez. No entanto, a heterogeneidade dos estudos e mesmo da população estudada impede a obtenção de uma evidência científica consistente.

P 16

SARCOMAS UTERINOS: REVISÃO DA CASUÍSTICA DE UM CENTRO SECUNDÁRIO

Ana Catarina Massa, Andreia Relva, Paula Ambrósio, Jowett Bocarro, Rui Costa

Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: Os sarcomas uterinos são tumores raros que representam 3% das neoplasias uterinas com prognóstico reservado. Os tipos histológicos mais frequentes são o leiomiossarcoma (LMS), sarcoma do estroma endometrial, sarcoma do estroma indiferenciado e adenossarcoma.

Objetivos: Revisão dos casos de sarcomas uterinos diagnosticados no Hospital Vila Franca de Xira entre 2012 e 2016.

Material e métodos: Estudo retrospectivo baseado na consulta de processos clínicos. Foram avaliados dados demográficos, antecedentes ginecológicos/obstétricos, antecedentes pessoais, sintomas, marcha diagnóstica e seguimento.

Resultados e conclusões: Obtiveram-se 8 casos de sarcoma uterino. A idade média no diagnóstico foi de

59 anos (mínimo 45, máximo 75); 7 eram leucodérmicas e 1 melanodérmica; 7 eram multiparas e 1 era primípara; 6 estavam na pós-menopausa e nenhuma apresentava antecedentes pessoais relevantes.

A hemorragia uterina anómala (HUA) isolada (n=3) ou associada a dor pélvica (n=2) foi o sintoma mais frequente, com início inferior a 6 semanas em 3 casos e entre 6 a 9 meses em 2 casos. À observação, o útero aumentado de volume foi a alteração mais frequente (n=3).

Os achados ecográficos foram: espessamento endometrial (n=3), nódulos miometriais múltiplos (n=2, um deles associado a espessamento endometrial) e nódulo miometrial único (n=1).

A histeroscopia com biópsia foi realizada em 5 casos, sendo que o diagnóstico foi LMS em 3 casos e nos restantes não se identificou patologia (1 polipo endometrial e 1 amostra insuficiente para diagnóstico). O diagnóstico de sarcoma uterino foi pré-operatório em 4 casos (histeroscopia com biópsia endometrial em 3 casos e biópsia endometrial aberta num caso) e achado incidental em peça operatória nos restantes. O estadiamento cirúrgico foi realizado apenas num caso (3 casos em estadio IV clínico de FIGO e 1 faleceu antes da cirurgia). Três doentes encontram-se em remissão completa à data deste estudo, sendo que as restantes 5 já faleceram.

O estudo, apesar da amostra reduzida, está de acordo com a literatura, nomeadamente quanto às manifestações da doença e à dificuldade no diagnóstico pré-operatório. Os estádios iniciais associaram-se a melhor prognóstico.

P 17

CORRELAÇÃO DOS ACHADOS DA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL E HISTEROSCOPIA NO ESTUDO DA CAVIDADE ENDOMETRIAL — REALIDADE DO HSO

Sílvia Torres, Cátia Ferreira, Dânia Ferreira,
Maria José Pires, Luís Gonzaga
Hospital da Senhora da Oliveira (HSO), Guimarães

Introdução: A patologia da cavidade uterina constitui um dos motivos mais frequentes da consulta de Ginecologia. Perante a suspeita de patologia da cavidade endometrial torna-se mandatório a avaliação da mesma, podendo esta ser realizada, com recurso a diversos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente através da ecografia transvaginal e a histeroscopia. A ecografia transvaginal é um exame

não invasivo, económico e bem tolerado que permite uma avaliação ampla da cavidade pélvica. Por sua vez, a histeroscopia é um exame único que permite a visualização directa das estruturas intracavitárias com possibilidade de realização simultânea de biópsias e procedimentos cirúrgicos.

Objetivos: Caracterizar a população sujeita a ecografia transvaginal e histeroscopia no HSO - Guimarães no ano de 2015 por suspeita de patologia intracavitária e correlação dos achados entre ambos.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo através da consulta de processos clínicos, contendo relatório completo de ambos os exames e sem terapêutica da menopausa (n=268). Este estudo investigou os resultados em dois grupos: grupo pré-menopausa (n=154) e grupo pós-menopausa (n=114). Foram avaliados as seguintes parâmetros: idade, paridade, sintomas, resultado de ecografia transvaginal e da histeroscopia.

Resultados: No grupo pré-menopausa (57.46% do total dos casos) a idade média foi de 43.3 anos, sendo que 85.9% das mulheres eram multiparas. Neste grupo a sintomatologia mais frequente foi hemorragia uterina anómala (50.7%), seguida de dor pélvica (5.5%), no entanto 41.1% das mulheres encontravam-se assintomáticas. A concordância entre achados ecográficos e histeroscópicos foi de 75.3% e as patologias mais frequentes foram os pólipos endometriais (50.4%), miomas com componente submucoso (17.7%) e septos uterinos (10.6%).

No grupo pós-menopausa a idade média foi de 62.2 anos e 94.7% eram multiparas. A maioria das mulheres deste grupo encontrava-se assintomática (56.8%) e a hemorragia uterina foi o sintoma mais frequente neste grupo (41.2%) Os achados ecográficos e da histeroscopia foram concordantes em 77.2% dos casos e as alterações mais frequentemente constatadas foram as seguintes: pólipo endometrial (72.5%), septo uterino (13.2%), miomas com componente submucoso (7.7%).

Conclusões: A correlação entre os dois exames complementares de diagnóstico foi elevada, pelo que a ecografia transvaginal deve continuar a ser o exame de primeira linha na avaliação da cavidade uterina, contudo a histeroscopia é considerada o exame Gold-Standard nestas situações clínicas.

Tal como descrito na literatura, este estudo revelou que o pólipo endometrial constitui uma das patolo-

gias da cavidade uterina mais frequentes, sendo que o tratamento na pós-menopausa passa pela polipectomia, no entanto na pré-menopausa a abordagem terapêutica é menos consensual.

P 18

MASSAS ANEXIAIS NA ADOLESCÊNCIA

Ana Helena Fachada, Ângela Melo, Helena Soltheiro
Departamento de Obstetria e Ginecologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: Os tumores anexiais são um grupo de patologias ginecológicas muito comuns na adolescência. A sua presença é motivo de preocupação por parte não só dos pais, mas também dos seus médicos assistentes, dadas as possíveis consequências reprodutivas ou mesmo o risco de vida. Localizam-se mais frequentemente no ovário, podendo a patologia ovárica ser de carácter funcional ou tumoral e sendo as lesões benignas as mais comuns. O sintoma mais frequente é a dor pélvica, que muitas vezes motiva avaliação clínica no serviço de urgência. Também podem estar presentes as irregularidades menstruais e sintomas urinários ou intestinais, se presentes massas de grande volume.

A abordagem clínica tem algumas limitações, pois a integridade himenial presente em muitas adolescentes influencia não só a avaliação clínica como também a abordagem imagiológica e terapêutica.

Objetivos: Revisão temática com base na avaliação das adolescentes referenciadas à consulta de Ginecologia, Medicina do Adolescente do CHTV por patologia anexial.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e analítico das adolescentes avaliadas em primeira consulta, de Janeiro de 2009 a Dezembro de 2015, com base nos registos clínicos existentes. Estudo estatístico efectuado com o programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences®* versão 21.

Resultados e conclusões: No período estudado foram avaliadas 116 adolescentes com patologia anexial, com média de idades de $15,16 \pm 1,64$ anos. Os motivos de referenciação à consulta foram: quistos simples em 58 adolescentes, quistos hemorrágicos em 19 casos, quistos complexos em 22 casos, 8 casos com suspeita de teratoma e 9 adolescentes já operadas por patologia anexial: rutura de quisto em 4 casos e torção anexial em 5 casos. Para avaliação complementar foram solicitadas 114 ecografias e 7

estudos de marcadores tumorais. Foi necessária a realização de ressonância magnética num caso.

Quanto à abordagem terapêutica, adotou-se atitude expectante em 27 casos, realizou-se tratamento médico com estroprogestativos orais em 69 casos, foram prescritos anti-inflamatórios em 8 casos e submetidas a intervenção cirúrgica 11 adolescentes. Registou-se um diagnóstico anatomopatológico de tumor borderline do ovário e não se verificou nenhum caso de tumor maligno. As patologias identificadas no estudo referiam-se na sua maioria a patologia do ovário, sendo a patologia de carácter funcional a mais frequente.

P 19

SEPTOPLASTIA UTERINA – VISÃO 3D

Sofia Rodrigues Marcilia Teixeira Susana Carvalho
Serviço de Ginecologia, Centro Materno Infantil do Norte - Centro Hospitalar do Porto

Introdução: As malformações uterinas constituem um verdadeiro desafio para os ginecologistas, uma vez que elas geralmente são assintomáticas, sendo detetadas acidentalmente ou quando causam sintomas ginecológicos, infertilidade ou complicações obstétricas.

Os úteros septados constituem 36% das malformações uterinas e devem-se à reabsorção incompleta do septo intermuleriano.

Os autores descrevem um caso de manejo de um útero septado.

Caso clínico: Mulher de 29 anos, saudável e nulípara, referenciada ao nosso hospital por uma suspeita de malformação uterina numa consulta pré concepção.

A ecografia transvaginal revelou um útero septado e foi proposta uma histeroscopia para melhor avaliação da cavidade uterina e provável septoplastia.

Durante o procedimento foi confirmado um septo uterino completo até ao terço inferior do útero, separando duas cavidades uterinas revestidas de endométrio proliferativo.

Procedeu-se a uma septoplastia com VERSAPOINT®, visualizando-se uma única cavidade uterina no final da intervenção.

Três meses após a histeroscopia, a ecografia ginecológica revelou apenas uma cavidade uterina de aspeto normal e a mulher foi aconselhada a tentar engravidar.

Conclusão: Trata-se de um caso de sucesso de detecção e correção de um septo uterino assintomático, acompanhado de imagens 3D do órgão antes, durante e após o procedimento.

P 20

ESSURE RESULTADOS MÉDICOS VS PERSPETIVA DA UTENTE

Sofia Rodrigues, Ana Rocha, Raquel Reis, Márcia Barreiro, Susana Carvalho, Rosa Zulmira Macedo
Serviço de Ginecologia do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A esterilização feminina através da colocação de dispositivos oclusivos nos óstios tubares (Essure®) é um método não cirúrgico, realizado por via histeroscópica em ambulatório, com tempo de intervenção curto e boa aceitação das pacientes. Está entre os métodos contraceptivos com mais baixo índice de Pearl (0,05). A sua aplicação contraceptiva não se limita a casos selecionados com contra-indicação cirúrgica e pode também ser utilizado no tratamento de infertilidade de fator tubar.

O objetivo deste trabalho é avaliar o sucesso da intervenção do ponto de vista médico-cirúrgico e o parecer das utilizadoras deste método contraceptivo.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo através da consulta do processo clínico eletrónico e realização de inquérito telefónico às utentes submetidas a oclusão tubária histeroscópica, no Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar do Porto entre 2012 e 2015.

Resultados: Nos quatro anos de estudo, 68 utentes colocaram dispositivo Essure®. A idade média foi de 37 anos, variando entre 23 e 47. A maioria (62) foi com intenção de esterilização e as restantes no contexto de infertilidade por fator tubário. 80,9% dos procedimentos foram realizados sem anestesia. Em 5 casos a oclusão bilateral foi diferida por espasmo tubário no procedimento inicial e em 1 caso não foi possível a oclusão bilateral.

Aos 3 meses, a maioria realizou estudo imagiológico (ecografia, rx abdominal, histerossalpingografia ou combinação destes), diagnosticando-se 1 caso de permeabilidade tubar; a perda de seguimento ou ausência de dados no processo clínico eletrónico foi de 16,2%. Até à data não há registo de gravidezes nas pacientes do estudo.

Registaram-se 3 complicações pós-operatórias com necessidade cirúrgica (1 anexectomia unilateral por abscesso tubo-ovárico e 2 suspeitas de perfuração,

uma não confirmada e outra aguarda cirurgia).

Foi efetuado um inquérito telefónico de avaliação dos sintomas e satisfação às utentes com intenção de esterilização, obtendo-se 40 (64,5%) questionários completos. Inquiriu-se sobre a dor pélvica nos primeiros três meses após a introdução do dispositivo (67,5% responderam entre 0 e 3 numa escala de 0 a 10) e dor após os três meses (90% responderam entre 0 e 3 numa escala de 0 a 10). 4 referiram metrorragias de novo ou intensificada, 5 referiram dispareunia de novo ou intensificada e 3 referiram menorragias de novo. A satisfação global foi em média 8,8 (numa escala de 0 a 10), tendo 3 pacientes respondido 0 (2 foram os casos com suspeita de perfuração e 1 por dor intensa aquando da introdução do dispositivo).

Conclusão: Baseado na informação dos estudos de investigação disponíveis e na informação clínica recolhida, podemos considerar que o Essure® é um avanço no âmbito da contraceção definitiva, tendo em conta que é um procedimento não cirúrgico realizado em ambulatório, bem tolerado, com poucos efeitos adversos, baixa taxa de falha e alto grau de satisfação.

P 21

GRAVIDEZ BEM SUCEDIDA APÓS TRATAMENTO PRÉ-CIRÚRGICO DE MIOMAS COM ACETATO DE ULIPRISTAL

Joana Igreja, Emídio Vale Fernandes, Cátia Abreu, Teresa Ramos, Isabel Reis
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Braga

Introdução: O acetato de ulipristal é um modulador seletivo dos receptores de progesterona aprovado para o tratamento pré-cirúrgico de miomas uterinos sintomáticos. No entanto, o seu efeito na fertilidade e no desfecho obstétrico de gestações futuras ainda não foi claramente estabelecido.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma paciente nulípara de 29 anos de idade, previamente saudável, com quadro de hemorragia menstrual intensa e prolongada, anemia e dismenorreia grave. Ecograficamente, apresentava múltiplas formações nodulares sugestivas de miomas submucosos (classificação FIGO tipo 2), tendo os maiores um diâmetro máximo de 27 e 16mm. Manifestou desejo de planear gravidez. Foi submetida a histeroscopia diagnóstica na qual foi constatada cavidade uterina completamen-

te deformada por inúmeros miomas de diferentes tamanhos. Foi instituído ciclo de tratamento de 3 meses com acetato de ulipristal (5mg/dia). Durante este período, manifestou bom controlo sintomático, correção da anemia e redução da dimensão máxima dos miomas acima referidos em 40,7% e 43,8%, respetivamente. Após suspensão, foi submetida a miomectomias múltiplas por histeroscopia e medicada com progestativo contínuo, o qual manteve por 8 semanas. Cerca de 6 semanas após hemorragia de privação, foi diagnosticada gestação evolutiva intra-uterina espontânea, a qual decorreu sem intercorrências significativas, com um parto vaginal a termo com recém-nascido aparentemente saudável com peso ao nascimento de 3440g.

Conclusões: O tratamento com acetato de ulipristal, além de ter garantido um controlo sintomático eficaz, permitiu reduzir a complexidade do procedimento cirúrgico e melhorar o seu resultado, possibilitando uma tentativa imediata de concepção.

P 22

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO E DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS, EM MULHERES VIH POSITIVAS: UM ESTUDO PROSPETIVO

Gomes da Costa A¹, Goulão-Barros J¹, Mendes de Almeida M², Neves J¹, Candeias A¹, Calhaz-Jorge C¹

¹Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução; ²Serviço de Anatomia Patológica CHLN – Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, CAM - Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: A persistência do papilomavírus humano (HPV) é a principal causa da progressão das lesões precursoras para cancro cervical. As mulheres com genotipagem HPV de alto risco (HPV-AR) negativa têm risco reduzido para neoplasia cervical, comparativamente às mulheres com genotipagem positiva. A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) contribui para a maior prevalência de infeção HPV-AR, e risco aumentado de evolução para neoplasia intraepitelial e carcinoma invasivo do colo do útero. O mutacionismo para cancro pode ocorrer 6 a 15 anos mais cedo, comparativamente com mulheres VIH negativas.

Objetivos: determinação da prevalência do HPV-AR e dos principais fatores de risco numa amostra de conveniência da população portuguesa, com infec-

ção pelo VIH.

Materiais e métodos: estudo prospetivo (dezembro 2012 a dezembro 2015) que incluiu mulheres com infeção VIH que efetuaram rastreio do cancro do colo do útero. Realizou-se citologia e deteção do HPV para 14 tipos de HPV-AR, considerando em separado o HPV16 e 18 e outros HPV-AR (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68). Analisaram-se os seguintes parâmetros: idade, paridade, idade da menarca, idade de início de vida sexual (ivs), número de parceiros sexuais, utilização de contraceptivos hormonais combinados (CHC) e tabagismo.

Resultados e conclusões: foram incluídas no rastreio 123 mulheres VIH positivas, das quais 27 (22%; o valor estimado nas referências científicas é de 12%) apresentaram genotipagem HPV-AR positiva (HPV16: 2, outros HPV-AR: 21, HPV 16+outros HPV-AR: 3, HPV16+HPV18+outros HPV-AR: 1). No grupo de mulheres com genotipagem HPV-AR positiva, o número de citologias alteradas foi superior (40,7% vs. 4,2%, p <0,001). Apesar de neste grupo o número de parceiros sexuais estar aumentado (4 vs. 3, p=0,04), após ajuste para fatores confundentes através de um modelo de regressão logística, verificou-se que não corresponde a um fator de risco independente para a prevalência de infeção por HPV-AR [OR 1,1 (95% IC 0,9-1,3)]. Os restantes parâmetros avaliados não revelaram significância estatística. Na amostra estudada, a prevalência da infeção HPV é superior ao valor estimado a nível mundial. Nas mulheres afetadas, os resultados revelam citologia alterada numa proporção aumentada e significativa. Verificou-se maior prevalência da infeção por outros tipos de HPV-AR, para além do 16 e do 18. O fator de risco a destacar é o número de parceiros sexuais, apesar de não ter índole de independente. Estes resultados reforçam a importância do rastreio com genotipagem HPV em mulheres com infeção VIH, e o espectro dos tipos do HPV poderá ser motivo de reflexão sobre a imunoprofilaxia primária.

P 23

IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA EM IDADE PEDIÁTRICA NA FERTILIDADE FUTURA – REALIDADE DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA B DO CHUC

Rafaela Pires; Ana Raquel Neves; Helena Leite; Joana Belo
Serviço de Ginecologia B - CHUC

Introdução: As taxas de sobrevivência das neoplas-

sias malignas em idade pediátrica têm vindo a aumentar à custa dos avanços terapêuticos, rondando atualmente os 75%. Assistimos ao confronto com os efeitos tardios dos regimes instituídos, nomeadamente depleção da reserva ovárica, dependente de dose, agente quimioterápico. A evidência comprova que a quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) podem condicionar amenorreia primária, insuficiência ovárica precoce e infertilidade, com impacto imensurável na qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar a toxicidade ovárica nas doentes, com neoplasias malignas diagnosticadas em idade pediátrica, e submetidas a QT e/ou RT, através dos testes de avaliação da função ovárica.

Materiais e métodos: Estudo observacional, retrospectivo, descritivo e longitudinal de 21 mulheres com antecedentes oncológicos com idade inferior a 18 anos, submetidas a QT e/ou RT, seguidas na consulta entre os anos 2001 e 2016.

Foi estudado: diagnóstico oncológico, idade ao diagnóstico, terapêutica efectuada, motivo de consulta, ecografia ginecológica, doseamentos hormonais, ocorrência de gravidez.

Resultados: A idade atual média da amostra é de 22 anos. O diagnóstico oncológico foi feito na idade média de 9,5 anos [4m - 16a], 14 delas em estadió pré-menarca. Os diagnósticos mais frequentes foram: Leucemia Linfoblástica Aguda (7), Linfoma (5) e Sarcoma de Ewing (4). Os esquemas terapêuticos foram QT + RT (11), QT (9) e RT (1). Os motivos de consulta mais comuns foram: irregularidades menstruais 29% e metrorragias 14%. Ecograficamente apenas 1 dos casos não tinha evidência de atividade folicular. Analiticamente 2 casos exibiam valores de FSH >60 mUI/mL e os restantes 12 valores normais. O doseamento da hormona anti-mülleriana (HAM) foi feito em 8 casos, sendo que 50% apresentavam valores <0,1ng/mL [0,01-3,31]. Em 2 dos casos foi atingida gestação de termo, um deles por gravidez espontânea.

Conclusões: Foi possível verificar o efeito deletério na reserva ovárica, pós RT e/ou QT, com alguns casos apresentando valores de HAM abaixo do expectável para a faixa etária, ausência de sinais ecográficos de atividade folicular e aumento excessivo dos valores de FSH. A restituição dos ciclos ováricos não foi sinónimo de fertilidade inalterada. É prioritário o trabalho cooperativo multidisciplinar, com o objectivo

de definir grupos de risco e adequar estratégias. A investigação e aconselhamento em métodos de preservação de fertilidade, entre as quais a criopreservação de tecido ovárico, assume um papel promissor de extrema relevância.

P 24

ENDOMETRIOSE URETERAL GRAVE COM PERDA DE FUNÇÃO RENAL – 6 CASOS DE NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Rato, I; Castro, C; Carvalho C; Barata, S; Leitão, T;

Osório, F; Calhaz-Jorge, C

Departamento/Clinica Universitária de Obstetria e Ginecologia, CHLN - Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, CAML – Centro Académico de Medicina de Lisboa

Objetivo: Apresentar a experiência do nosso Departamento na abordagem da endometriose ureteral com rim não funcionante, cujo tratamento incluiu nefrectomia laparoscópica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo observacional incluindo todos os casos de endometriose ureteral com perda de função renal, submetidas a uma intervenção cirúrgica laparoscópica envolvendo nefrectomia, entre Janeiro de 2011 e Janeiro de 2016. Foram avaliados dados relativos à forma de apresentação clínica, achados imagiológicos, procedimento cirúrgico e desfecho pós-operatório a curto prazo.

Resultados: Identificaram-se 6 casos de doentes referenciadas por dispareunia, dismenorreia e disquesia incapacitantes. Duas doentes apresentavam queixas de lombalgia cíclica. O exame físico em todos os casos era sugestivo de endometriose profunda do compartimento posterior (com presença de nódulos do septo retovaginal > 3cm).

Os exames imagiológicos documentaram endometriose nodular do septo retovaginal, ureterohidronefrose grave unilateral e atrofia significativa do córtex renal homolateral, com função renal ausente ou não significativa (inferior a 15%).

Os procedimentos cirúrgicos, por via laparoscópica, dependendo dos casos, envolveram adesiólise extensa, ureterólise, quistectomia do ovário, ressecção de nódulos de endometriose intestinal e nefrectomia unilateral e excisão de nódulo do septo retovaginal. Não se identificaram recorrências sintomáticas (menor período de *follow-up* de 6 meses). Registou-se um caso de pielonefrite no pós-operatório imediato e outro caso de perda de sensibilidade vesical com

necessidade de autocateterizações e colocação de neuroestimulador ao fim de 2 anos.

Conclusões: A endometriose profunda com envolvimento ureteral e perda de função renal, pode apresentar-se sem sintomas urológicos. Saliencia-se assim a necessidade de avaliação do envolvimento do tracto urinário nas doentes com endometriose infiltrativa do compartimento posterior com nódulos superiores a 2 cm.

A nefrectomia deve ser considerada nos casos de perda de função renal por ureterohidronefrose significativa e persistente, pelo risco associado de hipertensão, pielonefrite e nefrolitíase.

P 25

HYPERREACTIO LUTEINALIS – UMA ENTIDADE RARA

Ana Rocha, Catarina Paiva, Inês Alencão, Susana Carvalho, Vitor Costa, Ana Cunha

Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: *Hyperreactio Luteinalis* é uma entidade rara que ocorre predominantemente no terceiro trimestre de gravidez e é caracterizada pela hipertrofia e luteinização das camadas internas da teca e granulosa. Ocorre maioritariamente em condições com BhCG aumentada, tal como a gestação múltipla, doença trofoblástica gestacional, coriocarcinoma e hidròpsia fetal. Apresenta-se como tumefacção anexial volumosa e bilateral, de forma assintomática. A regressão espontânea ocorre na maioria dos casos no pós-parto. O diagnóstico diferencial realiza-se com o síndrome de hiperestimulação espontânea, o luteoma da gravidez e malignidade. Pretende este trabalho apresentar um caso clínico e efectuar revisão sobre o tema.

Caso clínico: NNDF, 30 anos, natural e residente em Angola, nulípara, saudável, sem medicação habitual. Gestação espontânea, vigiada sem intercorrências em Angola até às 30 semanas. Nesta altura inicia vigilância em Portugal. Às 35 semanas detectada ecograficamente a presença de volumosas tumefacções quísticas complexas, pouco vascularizadas, para-uterinas e bilaterais, sem ascite ou vegetações, sendo interpretadas como anexiais. Sem qualquer sintomatologia associada, sem sinais de virilização. Às 35 Semanas e 6 dias é internada por rotura prematura de membranas (RPM). Ocorreu parto por cesariana por trabalho de parto estacionário e RPM prolongada. Na cirurgia, descrevem-se ovários volumosos (cerca de

25cm) com múltiplos quistos e pequena quantidade de líquido ascítico. Efectuada ooforectomia esquerda devido a hemostase difícil por rotura iatrogénica de alguns dos quistos. Recém nascido do sexo masculino, saudável, 2840g, IA 9/10. O exame anatomo-patológico revela ovário com 594g e 17x11x5cm, sugerindo o diagnóstico de *Hyperreactio luteinalis*, e placenta sem alterações aparentes. Às 3 semanas pós parto ovário direito com 13x70mm, mantendo algumas imagens quísticas de reduzidas dimensões, sem líquido livre.

Conclusão: O achado de tumefacções anexiais volumosas na gravidez deve sempre motivar investigação adicional. Neste caso, o diagnóstico é proposto pelo surgimento tardio, de forma bilateral, sem sintomatologia associada, sem história familiar e pela histologia.

P 26

INFEÇÃO GENITAL ASSINTOMÁTICA POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO OBSERVACIONAL

Catarina Reis Carvalho, Joaquim Neves, Carlos Calhaz-Jorge
Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da reprodução - Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria

Introdução: A infeção genital por *Chlamydia trachomatis* (CT) é uma das doenças sexualmente transmissíveis mais comuns entre adolescentes do sexo feminino. Cerca de 75% das mulheres são assintomáticas. Entre as possíveis complicações estão a doença inflamatória pélvica e a infertilidade. O rastreio desta infeção realiza-se na América do Norte e em alguns países da Europa mas as prevalências encontradas na literatura variam de 4,7% a 8%. Em Portugal, existem poucos dados relativamente à epidemiologia desta infeção.

Objetivo: Conhecer a prevalência da presença da *Chlamydia trachomatis* e possíveis fatores de risco associados à infeção nas adolescentes portuguesas

Métodos: Estudo prospectivo observacional realizado entre janeiro de 2015 e março de 2016. Foram incluídas todas as mulheres com 19 anos ou menos, vida sexual ativa, não-grávidas e sem queixas urogenitais. Após recolha de dados demográficos e clínicos, foi-lhes proposta a realização do teste de PCR para CT na urina. Foram definidos sub-grupos para a idade de início de vida sexual (menor ou igual a 16 e

superior 17 anos) e número de parceiros sexuais (1,2 ou mais 3 parceiros). Realizamos além da estatística descritiva, a comparação entre grupos através do teste de qui-quadrado.

Resultados: 93 adolescentes foram incluídas. Dessas obteve-se resultado de teste de urina em apenas 57, na maior parte dos casos por recusa ou esquecimento das participantes. A idade média foi de 17,5 anos (1,3). A moda do início de vida sexual foi de 16 anos com uma média de 2 parceiros sexuais (1,5). Em 15 casos realizaram pelo menos uma interrupção médica de gravidez (IVG) e 9 têm pelo menos um filho. No que concerne à contracepção, apenas 7 usa métodos de barreira. O teste para a *CT* foi positivo em 8 casos (8/57; o estimado, com base em estudos publicados, seria 3 em 57 casos). Dada a dimensão da amostra não foi considerado valorizável o resultado de avaliações de associações com idade, idade de início de vida sexual e número de parceiros.

Conclusão: Apesar de se tratar de uma população pouco numerosa, este estudo demonstra uma prevalência importante de infecção a *CT* nas mulheres adolescentes da nossa consulta.

P 27

TUMOR DE CÉLULAS ESTERÓIDES: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Alves, Inês Sá, Miguel Brito, Cátia Carnide, Osvaldo Moutinho
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: Os tumores de células esteróides do ovário definem-se como neoplasias do ovário compostas por células esteróides secretoras de hormonas e de acordo com a célula de origem estão divididos em: luteoma do estroma, tumores de células de Leydig e tumores de células esteróides não especificado (tipo NOS). Correspondem a menos de 0,1% de todos os tumores do ovário.

Apresenta-se um caso de uma mulher jovem com um diagnóstico precoce de tumor de células esteróides.

Caso clínico: Mulher de 30 anos, nuligesta recorreu a uma consulta na nossa instituição por uma história de infertilidade. Sem antecedentes de relevo, a menarca ocorreu aos 14 anos, usou anticoncepcionais orais durante 9 anos que parou há 4 anos. Desde então, referiu interlúnios regulares e catamênios de 4 a 5 dias. Sem história familiar de infertilidade ou

qualquer tipo de cancro ginecológico.

Na consulta, ao exame clínico estava hemodinamicamente estável e tinha um índice de massa corporal de 20 Kg/m² e sem alterações ao exame físico. Realizou hemograma e doseamentos hormonais (FSH, LH, TSH, T4 livre, testosterona e DHEA) que foram normais e uma ecografia transvaginal que registou uma massa ecogénica com cerca de 15 mm no ovário direito, sem fluxo vascular. Posteriormente foi submetida a uma histerossalpingografia que revelou um útero com cavidade uterina de conformação normal com patência bilateral das trompas de Falópio. O companheiro era saudável, sem antecedentes pessoais de relevo, exame clínico normal e espermograma dentro dos parâmetros normais.

Foi proposta para laparoscopia diagnóstica, na qual o útero pareceu ligeiramente aumentado com cerca de 10cm, com mioma subseroso (tipo 6) com cerca de 2 cm. Também foi observado uma formação nodular amarelada no ovário direito com 2 cm, aparentemente vascular e friável ao toque, que foi removida na totalidade. O ovário esquerdo não tinha anomalias. A histopatologia revelou formação nodular compatível com tumor de células esteróides tipo NOS.

Aos 6 meses de pós-operatório tinha doseamentos hormonais e marcadores tumorais e ecografia transvaginal normais. Mantém o seguimento na consulta de ginecologia da instituição.

Discussão: Os tumores de células esteróides tipo NOS são responsáveis por sintomas de virilização, de acordo com a atividade hormonal, e têm características de malignidade em 25 a 45% dos casos. Habitualmente, são tumores que são diagnosticados com grandes proporções (cerca de 6cm). O tratamento assenta na cirurgia, que no caso de necessidade de preservação da fertilidade e tumor unilateral, passa por ooforectomia ou salpingo-ooforectomia unilateral.

Conclusão: O diagnóstico de tumores de células esteróides no presente caso foi aparentemente um achado, mas que permitiu provavelmente evitar uma situação grave. Se este tumor seria a causa de infertilidade é difícil esclarecer uma vez que não se registavam ainda alterações hormonais e só o *follow-up* irá esclarecer.

P 28

EXTRUSÃO TUBAR ASSINTOMÁTICA DE ESSURE®

Nuno Barros, Catarina Pardal, Joana Igreja, Cátia Abreu, Pedro Cabrita, Isabel Reis
Hospital de Braga

Introdução: O sistema Essure® é um sistema de esterilização feminina definitivo, aprovado em novembro de 2001 pela *European Health Office* e em novembro de 2002 pela *US Food Administration*. Consiste em micro-implantes de níquel e titânio, com 4cm de comprimento, que ocluem o lúmen das trompas de Falópio ao desencadarem uma reação fibrótica. É colocado na porção proximal das mesmas por via histeroscópica. De acordo com o fabricante foram introduzidos aproximadamente 750.000 dispositivos até final de 2014. Diversos estudos confirmaram a sua eficácia, segurança e tolerabilidade. No entanto, pela sua crescente utilização, ficou evidente que não é um método desprovido de complicações, estando descritos casos de mau posicionamento, perfuração uterina e migração abdominal.

O objetivo do presente trabalho consiste em descrever uma complicação rara e tardia da aplicação desde método contraceptivo.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 40 anos, com antecedentes pessoais de obesidade, que foi submetida a colocação de Essure® em janeiro de 2011. O procedimento decorreu sem intercorrências tendo sido realizada uma histerossalpingografia para confirmação da correta colocação do mesmo 3 meses após o procedimento.

Em março de 2016 a paciente deu entrada no serviço de urgência com um quadro clínico compatível com apendicite aguda. Foi submetida a apendicectomia laparoscópica, tendo sido constatado, no ato operatório a extrusão quase total de ambos os micro-implantes Essure® pela região ístmica das trompas de Falópio, aderentes ao útero. Precedeu-se à disseção e remoção de ambos os micro-implantes. O procedimento decorreu sem intercorrências. A paciente teve alta 2 dias após a intervenção cirúrgica, tendo sido orientada para a consulta de Planeamento Familiar.

Conclusões: A esterilização definitiva pelo método Essure® não é isenta de riscos. O presente caso demonstra uma rara complicação do procedimento que ocorreu após a correta colocação do mesmo, como foi comprovado pela histerossalpingografia. Assim, na consulta de planeamento familiar a paciente deve

ser corretamente informada relativamente a todas as possíveis complicações deste procedimento, incluindo eventos mais raros como migração abdominal ou extrusão tubar, tal como os procedimentos cirúrgicos necessários para a sua resolução. A frequência e severidade de complicações de outros métodos contraceptivos devem ser tidas em consideração e comparadas com as do método Essure® para que a paciente possa tomar uma decisão livre e informada.

P 29

PROLAPSO DE TROMPA DE FALÓPIO APÓS HISTERECTOMIA – CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Alexandra Miranda^{1,2,3}, Diogo Cunha⁴, Maria Manuel Torráo⁴, Amélia Almeida⁴, Angelina Pinheiro⁴

¹*Serviço de Ginecologia Obstetrícia, Hospital de Braga;* ²*Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga;* ³*ICVs/3B's - Laboratório Associado, Braga/Guimarães;* ⁴*Serviço de Ginecologia Obstetrícia, Centro Hospitalar do Médio Ave, Vila Nova de Famalicão*

Contextualização: O prolapso da trompa de falópio na cúpula vaginal é uma complicação da histerectomia total com conservação anexial, estimando-se uma incidência de 0,06% após histerectomia abdominal. Apenas o exame anatomo-patológico permite fazer o diagnóstico definitivo. Diferentes orientações terapêuticas têm sido descritas na literatura, incluindo as abordagens vaginal, abdominal (laparotómica ou laparoscópica) ou técnicas combinadas.

Objetivo: Relatar o caso clínico de um prolapso da trompa de falópio após histerectomia com conservação anexial e realizar uma revisão dos casos descritos na literatura.

Métodos: Observação e orientação diagnóstica e terapêutica de uma paciente com coitorragias após histerectomia abdominal com conservação anexial, auxiliados por consulta do respetivo processo clínico e revisão bibliográfica.

Caso clínico: Secundípara de 43 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, é submetida a histerectomia abdominal total com conservação anexial por hemorragia uterina anómala refratária à terapêutica médica. No pós-operatório, a paciente refere coitorragias e dispareunia com o reinício da atividade sexual. Ao exame ginecológico, é observada uma leucorreia sugestiva de vaginose e uma protuberância, com cerca de 1,5 cm na cúpula vaginal esquerda, com aparente tecido de granulação. Após terapêutica com cloreto de dequalíneo, policresuleno e aplicação local de nitrato

de prata, mantem-se protuberância na cúpula vaginal, aderente à restante mucosa, friável e com hiperalgisia ao toque. Opta-se por biopsar a referida lesão, cujo resultado histológico demonstra retalhos de trompa de falópio. É decidida a realização de uma laparoscopia diagnóstica na qual se observam aderências extensas do cólon sigmóide à área anexial esquerda e cúpula vaginal. Procede-se à lise de aderências e libertação de estruturas pélvicas da cúpula vaginal porém, por dificuldade técnica, opta-se por conversão em laparotomia na qual se realiza salpingectomia parcial bilateral e encerramento da cúpula vaginal. Na reavaliação pós operatória, a paciente encontra-se assintomática e, ao exame ginecológico, não são encontrados achados dignos de registo.

Conclusão: O prolapso da trompa de falópio após histerectomia é, provavelmente, mais comum do que o descrito na literatura e pode cursar com metrorragias, leucorreia, dispareunia e dor pélvica crónica. O tipo de cirurgia, a infeção pélvica e hemorragia pós-operatórias são os fatores predisponentes mais importantes. Deve suspeitar-se do diagnóstico na presença de uma lesão ou formação polipóide vermelha e granular na cúpula vaginal após cirurgia. Devido à inflamação subjacente e presença de atipias celulares, uma lesão maligna é um dos diagnósticos diferenciais. A abordagem cirúrgica deve ser decidida de acordo com as características individuais do paciente e competências técnicas do cirurgião.

P 30

RECORRÊNCIA DE CARCINOMA DO COLO UTERINO 39 ANOS DEPOIS?

Marques, AF; Pires, R; Castro, MG; Belo, J; Henriques, I; Águas F.

Serviço de Ginecologia B - Maternidade Bissaya Barreto (MBB), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A taxa de recidiva do Cancro do Colo Uterino depende do estágio do tumor, estimando-se ser de 20 a 40% nos estádios avançados (IIb a IV). As recorrências são habitualmente precoces, 80 a 90% surgem nos primeiros 2 anos.

Objetivo: Descrição de um caso clínico a propósito de uma recorrência tardia de carcinoma do colo do útero.

Caso clínico: Doente de 80 anos enviada à consulta por sensação de peso pélvico. À ecografia apresentava útero aumentado de volume, cavidade endometrial preenchida por líquido com focos ecogénicos e

imagens pseudonodulares pericentimétricas. Trata-se de uma doente com antecedentes de Carcinoma do colo uterino estágio IIIB, submetida a radioterapia (RT) externa e braquiterapia em 1976, vigiada noutra instituição, com alta em 2011. À observação apresentava vagina com sinais de atrofia e fibrose, encurtada e encerrada em pseudocúpula. Ao toque vaginal e rectal palpava-se útero aumentado de volume, amolecido e pouco móvel. Foi realizada citologia da pseudocúpula, que foi negativa para lesão intraepitelial, e ressonância magnética pélvica que revelou útero aumentado de volume, cavidade endometrial preenchida por líquido e pequenas imagens ovaladas periféricas, que poderiam traduzir espessamento focal endometrial; colo atrófico e canal cervical ocupado por líquido; aparente densificação da região adjacente dos paramétrios, a enquadrar com os antecedentes de RT. Foi realizada uma Laparotomia exploradora que revelou um útero globoso, mole, com 10 cm; colo uterino aderente ao peritoneu vesical, sequela de RT; sem outras alterações. Foram efectuados lavados peritoneais, histerectomia subtotal e anexectomia bilateral. O estudo citológico mostrou ausência de células neoplásicas. O estudo anatomopatológico revelou um Carcinoma epidermóide queratinizante que infiltrava o corpo uterino estendendo-se ao corno bilateralmente, sem embolização linfocelular; infiltrava a metade interna do miométrio e focalmente a metade externa, com distância mínima à serosa de 3mm. Margem de ressecção do istmo sem infiltração tumoral. Os antecedentes, a morfologia e perfil imunohistoquímico favorecem o diagnóstico de recidiva/metastização do carcinoma com origem primária do colo uterino. Dada a idade e as comorbilidades da doente, foi decidida vigilância clínica.

Conclusões: O tratamento da doença recorrente deve ser individualizado e depende da terapêutica primária, do local e extensão da recorrência, bem como do estado geral e comorbilidades da doente.

P 31

CORRELAÇÃO ENTRE A HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA E O EXAME HISTOLÓGICO NOS PÓLIPOS DO ENDOMÉTRIO

Cátia Ferreira, Sílvia Torres, Dânia Ferreira, Pedro Oliveira, Luís Gonzaga

Hospital Senhora Oliveira, Guimarães

Introdução: Os pólipos endometriais são uma pa-

tologia ginecológica muito frequente. Podem cursar com hemorragia uterina anômala (na pré e na pós menopausa) ou ser um achado incidental em exames de rotina de pacientes assintomáticas. A histeroscopia é uma pedra basilar no seu diagnóstico, assumindo-se como um método com boa sensibilidade e especificidade.

Métodos: Estudo retrospectivo das histeroscopias realizadas em 2015, no Hospital Senhora Oliveira (N=378). Com o objetivo de avaliar a capacidade diagnóstica da histeroscopia, nos casos em que o exame revelou pólipos endometriais, foi avaliado o resultado anatomopatológico da lesão. Nas pacientes com pólipos confirmados histologicamente, foram avaliados os seguintes parâmetros: idade média, paridade, sintomatologia, estadiamento reprodutivo e comorbilidades associadas.

Resultados: Em 2015, 140 histeroscopias sugeriram o diagnóstico de pólipos endometriais. Dos 105 casos nos quais o exame histológico estava disponível à data da consulta do processo, foi confirmado o diagnóstico histeroscópico em 98 pacientes.

A idade média deste grupo foi de 55,8 anos e 57,7% encontrava-se em pós menopausa. Em cerca de 50% dos casos os pólipos endometriais foram assintomáticos, e nos casos em que se documentou sintomatologia, a hemorragia uterina anômala foi a queixa mais frequente. A frequência de um ou mais fatores de risco para carcinoma do endométrio rondou os 45%.

Conclusão: Em 2015, 37,8% das histeroscopias diagnósticas revelaram pólipos endometriais. O exame anatomopatológico confirmou a lesão polipóide em 74,3% das pacientes, confirmando a histeroscopia como um bom exame de diagnóstico para esta patologia.

P 32

SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Inês Raposo, Andrea Pereira, Laura Sampaio, Carlos Ponte

Hospital do Divino Espírito Santo, EPE, Ponta Delgada, Açores

Introdução: A peri-hepatite ou Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHC) ocorre como complicação aguda de cerca de 10% dos casos de Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Trata-se da infecção da cápsula hepática e da serosa peritoneal do hipocôndrio direito, com

envolvimento mínimo do parênquima hepático. O uso de procedimentos de diagnóstico não invasivos é desejável, considerando a Síndrome FHC uma condição benigna e com resolução completa após instituição terapêutica.

Objetivos e métodos: Revisão de caso clínico de Síndrome FHC, do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Açores, seguido de contextualização na literatura.

Caso clínico: G.M.S., sexo feminino, com 44 anos de idade, Gesta 2 Para 2. Seguida na Consulta de Patologia do Colo por LSIL, mantida em vigilância colposcópica. Tem como antecedentes Doença Bipolar, Vírus Hepatite C, hábitos tabágicos e toxicológicos e utilização de Sistema Intra-Uterino com Levonorgestrel (SIU-LNG) como método de planeamento familiar. Ao décimo dia após colocação do SIU-LNG, recorreu ao Serviço de Urgência por leucorreia e dor abdominal nos quadrantes inferiores do abdómen, com irradiação para o ombro direito. No exame objetivo da entrada apresentava-se apirética, com abdómen distendido, doloroso à palpação e com defesa. Ao exame ginecológico salienta-se leucorreia amarelado-esverdeada com odor fétido e dor à palpação uterina bimanual. O estudo analítico revelou leucocitose com neutrofilia, elevação da PCR e função hepática normal. Efetuou ecografia pélvica endovaginal que não evidenciou alterações. Retirou-se o SIU e decidiu-se internamento para pausa alimentar, soroterapia e antibioterapia tripla com Doxiciclina, Cefoxitina e Metronidazol.

Em D3 de internamento, por ausência de melhoria clínica, realizou TAC-AP que sugeriu o diagnóstico de Síndrome FHC. Efetuou exames de exclusão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Teve alta em D7 de internamento, medicada com vibramicina durante 14 dias. O parceiro sexual realizou terapêutica profilática e foi recomendada abstinência sexual até término do tratamento.

Resultados e conclusões: Os estudos defendem que o risco de surgir DIP associada aos SIU existe nos primeiros 20 dias após introdução dos mesmos, associando-se ao procedimento de colocação e aos antecedentes de risco para adquirir uma IST.

É necessário um elevado índice de suspeição para considerar o Síndrome FHC no diagnóstico diferencial de mulheres em idade reprodutiva com dor no hipocôndrio direito. O diagnóstico definitivo requer

laparoscopia ou laparotomia para detecção de aderências entre a superfície hepática e o peritônio tipo “corda de violino” ou para identificação do patógeno causador na amostra do exsudado peri-hepático. No entanto, o recurso à TAC permite o diagnóstico atempado, evitando procedimentos invasivos e garantindo o início da terapêutica da DIP que, por sua vez, ocasiona resolução do Síndrome FHC.

P 33

CONDUTA NAS DISCORDÂNCIAS CITO-COLPO-HISTOLÓGICAS – CASUÍSTICA DA UNIDADE DE COLPOSCOPIA DO HDES, AÇORES

Maria Inês Raposo, Bruna Melo, Mariana Cardoso, Joana Fortuna, Andrea Pereira, Carlos Ponte
Hospital do Divino Espírito Santo, EPE, Ponta Delgada, Açores

Introdução: A infeção por HPV é uma condição necessária para a génese do cancro do colo do útero. A introdução da citologia de rastreio, complementada com o teste de HPV e com biópsias orientadas por colposcopia, tem o objetivo de diagnosticar lesões precursoras do cancro, diminuindo a sua incidência.

Objetivos: Quantificação da proporção de concordância e discordância entre as citologias e as biópsias do colo, realizadas durante 3 anos, na Unidade de Colposcopia do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, 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 em 2013, 2014 e 2015 e dos respetivos resultados citológicos precursores. Análise da conduta nos casos de discordância cito-colpo-histológica.

Resultados e conclusões: Realizaram-se 239 biópsias do colo orientadas por colposcopia, cujos resultados revelaram: 2 carcinomas invasivos, 1 adenocarcinoma in situ, 82 CIN2/3, 110 CIN1, 28 negativas e 16 inconclusivas.

Os resultados citológicos precursores dos carcinomas invasivos revelaram células de carcinoma do colo.

A biópsia com adenocarcinoma in situ foi precedida por citologia com ASCUS. Realizou-se conização que confirmou o resultado da biópsia.

Nas biópsias com CIN2/3 verificou-se 65,9% de concordância com as citologias prévias. Relativamente aos resultados anatomo-patológicos das peças de conização das situações discordantes, precedidas

por anomalias citológicas minor (ASCUS e HPV positivo; LSIL), 89,3% revelaram CIN2/3. Detetou-se adenocarcinoma in situ em 3,5% dos casos, carcinoma invasivo em 3,5% e CIN1 em 3,5%.

Nas biópsias com CIN1 houve concordância com os resultados citológicos precursores em 90% dos casos. Nos casos discordantes, em que a biópsia CIN1 foi precedida de anomalias major na citologia (ASC-H; ACG; HSIL), foi realizada conização diagnóstica. Estas peças de conização revelaram CIN2/3 em 90,9%, favorecendo o resultado citológico, e CIN1 em apenas 9,1% dos casos.

As biópsias negativas precedidas por anomalias minor (85,7%) permaneceram em vigilância colpo-citológica, com pesquisa de HPV quando indicado. Nas biópsias negativas precedidas por anomalias citológicas major, realizou-se conização diagnóstica, que revelou CIN 2/3 em 100% dos casos.

As biópsias inconclusivas precedidas por anomalias minor na citologia (93,75%) foram mantidas em vigilância colpo-citológica, enquanto que a precedida por anomalia major foi submetida a conização diagnóstica que confirmou carcinoma epidermóide micro-invasivo.

Em suma, foi decidido tratamento excisional nos CIN2/3 precedidos de anomalias citológicas minor, bem como nos CIN1 e biópsias negativas ou inconclusivas precedidas por anomalias citológicas major. As peças de conização favoreceram, maioritariamente, o resultado de maior grau da citologia ou da biópsia.

P 34

FATORES DE RISCO DO CANCRO DA MAMA

Rita Rosado, Inês Martins, Joaquim Neves, Paulo Santos, Dora Simões, Ana Candeias, Carlos Calhaz-Jorge
Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital Universitário de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte

Introdução: O carcinoma da mama (CM) é o tumor com maior incidência na mulher, atingindo, em Portugal o valor de 73/100.000 e a mortalidade de 24,9/100.000 (dados de 2000). São múltiplos os fatores apontados como de risco: sexo feminino, idade avançada, obesidade, tabagismo, alcoolismo, história prévia ou familiar de cancro da mama, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeiro filho em idade tardia, nulo ou reduzido período de amamentação, utilização de contraceptivos orais combina-

dos (ACO) ou de terapêutica hormonal (TH).

Objetivo: determinar a prevalência de fatores apontados como de risco numa população com CM.

Métodos: Estudo retrospectivo; dados obtidos nos processos clínicos. Foram selecionadas as doentes com diagnóstico de CM (invasivo e não invasivo) operadas entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Março de 2016. Procedeu-se a análise estatística descritiva dos dados nos programas SPSS e Excel.

Resultados: População composta por 330 mulheres, com idades compreendidas entre os 20 e os 102 anos. As doentes com idade igual ou superior 50 anos correspondem a 68% dos casos. Relação com fatores de risco: antecedentes: 19% tinham antecedentes pessoais de patologia benigna da mama e 5% (n=15) de carcinoma da mama prévio (destas, 12 foram reoperadas no período selecionado); 25% tinham história familiar em 1º grau; hábitos: tabágicos em 15% dos casos e etanólicos marcados em 4%; história ginecológica: menarca precoce (inferior 9 anos) em 2%; das doentes que se encontravam em pós-menopausa (67%), 10% teve menopausa tardia (superior a 54 anos) e 21% realizou TH. Da população total, 36% fez ACO; história obstétrica: 13% nuligestas e 17% nulíparas, sendo que 35% nunca amamentou e 31% amamentou menos de 6 meses. Das mulheres com filhos (83%), 24% tiveram o 1º filho após os 28 anos.

Numa avaliação global, 57% das doentes apresentam 2 ou 3 dos fatores de risco avaliados, sendo que 10% das mulheres apresentam 5 fatores.

Conclusão: Nesta população quatro fatores de risco surgem com maior frequência: idade avançada, menopausa tardia, toma de ACO e não ter amamentado.

P 35

TERAPÊUTICA COM RALOXIFENO NA PÓS-MENOPAUSA: EXPERIÊNCIA, IMPLICAÇÕES MAMÁRIAS E TROMBOEMBOLISMO

Rita Rosado, Joaquim Neves, Paulo Santos, Dora Simões, Ana Candeias, Carlos Calhaz-Jorge

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital Universitário de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte

Introdução: O raloxifeno constitui uma alternativa na prevenção e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. Adicionalmente está descrito um efeito protetor do desenvolvimento de carcinoma invasivo da mama. No entanto, parece comportar aumento

do risco de tromboembolismo venoso (TEV).

Objetivo: Avaliação da taxa de continuidade da terapêutica com raloxifeno, da evolução da mamografia após 60 meses de terapêutica, bem como da prevalência de eventos tromboembólicos em mulheres na pós-menopausa.

Método: Estudo retrospectivo; colheita de dados nos processos clínicos de mulheres com diagnóstico de baixa densidade mineral óssea, sob terapêutica com raloxifeno. Elementos registados: idade, menarca, menopausa, IMC, perímetro da cintura, duração da terapêutica com raloxifeno, motivo de suspensão da terapêutica, mamografia basal e após 60 meses, ocorrência de carcinoma invasivo da mama e de fenómenos tromboembólicos. Procedeu-se a análise estatística descritiva dos dados obtidos, nos programas SPSS e Excel.

Resultados: população constituída por 295 mulheres. A média da idade foi 62 anos (mínima 42; máxima 88) e a menopausa em média, aos 49 anos (32-60 anos). Nesta população o IMC médio foi 29 (IMC 19-53). Os dados revelam que 64,7% (n=191) cumpriram pelo menos 60 meses de terapêutica e 35% cumpriram 96 meses ou mais. A duração média foi de 72 meses. A causa da descontinuação do fármaco é desconhecida em 36%. Os motivos de suspensão da terapêutica mais frequentes foram: abandono por iniciativa própria (15%), intolerância gástrica (11%) e abandono da consulta (6%). Em 5 casos (3%) a ocorrência de TVP/TEP condicionou a suspensão. O diagnóstico de carcinoma invasivo da mama condicionou a descontinuação num caso. A prevalência de TEV foi 2% (n=6; 4 TVP, 1 TEP e 1 AVC) e a de cancro da mama, de 2,4% (n=7). Nestes 7 casos, a duração média da terapêutica foi de 48 meses, sendo em 3 casos, superior ou igual a 60 meses. Na avaliação das mamografias basais, 35% apresentavam BIRAD1, 63% BIRAD2 e 2% BIRAD3. Nas 191 mulheres com 60 ou mais meses de tratamento, os valores na mamografia final foram: BIRAD1 27%, BIRAD2 69% e BIRAD3 4%, sem casos de BIRAD acima de 3. 70% (n=133) das doentes apresentaram o mesmo BIRAD em ambas.

Conclusão: na população estudada verificou-se uma elevada taxa de continuidade aos 60 meses. A prevalência de cancro da mama nesta amostra é inferior ao valor expectável para o grupo etário. Na maioria das mulheres que cumpriram pelo menos 60

meses de raloxifeno, não se verificou alteração da mamografia após os 60 meses. A ocorrência de TEV foi inferior ao valor estimado.

P 36

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE UMA AMOSTRA DE MULHERES COM HEMORRAGIAS UTERINAS ANÓMALAS

A. Fonseca, C. Carvalho, J. Neves, A. P. Candeias, C. Calhaz-Jorge

Departamento de Obstetria e Ginecologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: As hemorragias uterinas anómalas (HUA) são motivo frequente de avaliação em ambulatório e condicionam diminuição da qualidade de vida da mulher.

Objetivos: Analisar as características demográficas e clínicas de mulheres referenciadas por HUA.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, descritivo, das doentes avaliadas na consulta de Ginecologia Médica de um hospital terciário entre 2008 e 2015. Analisaram-se características demográficas, dados antropométricos, comorbilidades, possíveis causas e repercussões hematológicas. As causas de HUA foram classificadas de acordo com a classificação *PALM-COEN* proposta pela *FIGO* em 2011. Foram incluídos todos os diagnósticos (por vezes ≥ 1) registados em cada doente, excluindo-se os casos de lesões hiperplásicas ou malignas, enviados para consulta específica. Enumera-se ainda a terapêutica médica instituída.

Resultados e conclusões: Foram identificados 248 casos. A média de idades foi de 45 anos [desvio-padrão (DP) 8,5], com variação entre 16 e 56 anos e 50% das mulheres na faixa etária 40-50 anos. A média da idade da menarca foi de 13 anos (DP 1,9). A maioria era múltipara (77,8%). Cerca de um terço era obesa (31,9%) e 43,6% apresentava o perímetro abdominal ≥ 88 cm. As comorbilidades mais frequentes foram endocrinopatias (15,3%), nomeadamente alterações da função tiroideia e diabetes mellitus. A maioria (81,0%) realizou avaliação analítica, destacando-se uma Hb média de 11,6g/dL. Mais de um terço (39,5%) das doentes com avaliação analítica tinha anemia (Hb < 25 µg/dL) e, destas, 84,2% apresentava depleção das reservas de ferro (ferritina < 18 µg/dL). Em cerca de um terço (33,5%)

das situações não foi possível estabelecer a causa da hemorragia, admitindo-se que provavelmente seriam casos de disfunção ovulatória (HUA-O) ou diagnósticos de exclusão (causa endometrial: HUA-E). Das mulheres com HUA com causa estabelecida (n=165), 75,2% apresentava leiomiomas (HUA-L). As outras causas foram menos frequentes: 23,6% com polipos (HUA-P), 11,5% com adenomiose (HUA-A), 6,7% com coagulopatia (HUA-C) e 9,1% por iatrogenia (HUA-I). A maioria (43,5%) das mulheres colocou dispositivo de libertação intrauterino de levonorgestrel e em 32,3% foi instituída contraceção hormonal oral. A prevalência das diferentes causas de HUA identificada na nossa amostra está de acordo com a descrita na literatura.

P 37

AS PARTICULARIDADES DA CONTRAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Joana Moreira-Barros, Joana Félix, Cláudio Rebelo, Pedro-Tiago Silva
Hospital Pedro Hispano - ULSMatosinhos

Introdução: A adolescência define-se como transição entre infância e idade adulta, compreendendo a faixa etária dos 10-19 anos. Esta é uma altura fulcral no reforço dos métodos contraceptivos e de prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (IST) uma vez que coincide frequentemente com o início da atividade sexual. A adolescência reveste-se de inúmeras particularidades: fatores de desenvolvimento e motivacionais, bem como diversos obstáculos como a falta de confidencialidade, de informação, custos, receios, que tornam a contraceção um verdadeiro desafio.

Objetivos: Revisão acerca da contraceção na adolescência, nomeadamente no que se refere a limitações e particularidades inerentes a esta faixa etária e fase do desenvolvimento.

Material e métodos: Revisão bibliográfica.

Resultados e conclusões: De acordo com o *American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, e a *American Academy of Pediatrics (AAP)* é recomendável um método reversível de longa duração - mais independente da utilizadora - como o sistema ou dispositivo intra-uterinos ou o implante subcutâneo. Atualmente o método hormonal mais utilizado pelas adolescentes portuguesas é o anti-concepcional oral combinado (ACO), cujo esqueci-

mento e irregularidades de uso implicam ineficácia e risco de gravidez indesejada. É importante encontrar estratégias junto com a adolescente no sentido de diminuir estas falhas, bem como o que fazer perante elas e esclarecer acerca da contraceção de emergência. A maioria dos métodos pode ser usada sem restrições na adolescência. Deve-se sempre informar a adolescente sobre os efeitos laterais possíveis de cada método, no sentido de diminuir a taxa de abandono. Neste grupo etário, alertar para os benefícios da utilização dos métodos contraceptivos, adicionais à prevenção da gravidez, adquire particular importância. Em adolescentes mais jovens, não obesas os ACO de baixa dosagem de estrogénios (<30µg) devem ser evitados, bem como o progestativo injetável, uma vez que podem interferir com o pico de densidade mineral óssea; este último método pode estar indicado em casos de epilepsia ou drepanocitose, por curtos períodos. O preservativo constitui o único método de prevenção de IST e o seu uso deve ser sempre reforçado em complemento aos outros métodos. O diálogo e a empatia com a adolescente são determinantes no sucesso do aconselhamento e da contraceção.

P 38

SARCOMA MIELÓIDE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cláudia Alves, Mónica Cruz-Pires, Nelson Domingues, Diana Felizardo, Maria Rosales
Instituto Português de Oncologia do Porto

Sarcoma Mielóide (SM) define-se como massa tumoral de mieloblastos ou células mielóides imaturas que ocorre num local extramedular (EM). Apresenta-se como forma isolada de leucemia mielóide aguda (LMA), concomitantemente a esta patologia ou como recidiva. É uma apresentação rara podendo surgir em diferentes locais, sendo o colo do útero um dos menos usuais. As opções terapêuticas disponíveis são a quimioterapia e a radioterapia. Os principais fatores condicionantes de prognóstico são a resposta ao tratamento inicial, a extensão da doença e as alterações citogenéticas. Assim, os autores pretendem apresentar caso clínico que constitui uma forma rara de apresentação de SM bem como todo o seu processo diagnóstico, tratamento e evolução clínica. Trata-se de uma doente do sexo feminino, de 53 anos, caucasiana, com múltiplos antecedentes destacando-se eritema nodoso e episclerite bilateral.

Cinco meses antes do diagnóstico apresentou episódio único de perda hemática genital. Do estudo efetuado à data apenas foi notória a presença de um mioma uterino intramural posterior. Manteve-se assintomática, até dois meses antes do diagnóstico, altura em que iniciou leucorreia amarela, abundante com odor, que não melhorou com o tratamento instituído. Realizou uma citologia cervico-vaginal (negativa para lesão intraepitelial ou neoplasia maligna - NILM), seguida de colposcopia e biópsia que revelou a presença de SM. Foi encaminhada para a consulta de Onco-Hematologia e Ginecologia do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO Porto). Ao exame físico e ginecológico apenas foi notório a presença de colo volumoso com cerca de 6cm, endurecido, mas de superfície nacarada lisa e não ulcerada. A vagina e paramétrios encontravam-se livres. Realizou exames complementares de diagnóstico e estadiamento nomeadamente: aspirado medular para mielograma e imunofenotipagem por citometria de fluxo – ambos normais; TC toraco-abdomino-pélvica onde se visualizou “aspecto globoso do colo do útero, configurando uma imagem de densidade tecidual com extensão transversa 6,5 cm e longitudinal aproximadamente 4,8 cm em favor de processo neofornativo. Múltiplas pequenas adenopatias lombo-aórticas, com eixo curto milimétrico; em situação ilíaca comum direita, observa-se uma adenopatia com 15x9mm, assinalando-se uma outra em situação ilíaca externa esquerda, com 18 x 12mm.” A revisão das lâminas confirmou o diagnóstico de SM com resultado imunofenotípico apropriado (CD45+, CD68+, MPO+, CD34-, CD20-, CD3-). Realizou quimioterapia de indução com idarrubicina e citarabina (“7+3”) e um ciclo de consolidação com citarabina em alta dose. Na avaliação após o tratamento apresentava regressão clínica e imagiológica das alterações observadas a nível do colo do útero considerando-se ter havido uma boa resposta ao tratamento instituído. Como consolidação fez radioterapia externa pélvica num total de 30Gy. Atualmente encontra-se clinicamente bem, em vigilância na consulta de Onco-Hematologia e Radio-Oncologia.

Este caso clínico ilustra uma patologia rara onde o diagnóstico e tratamento adequados, são fatores prognósticos importantes, uma vez que de acordo com a literatura condicionam o tempo e a qualidade de vida dos doentes.

P 39

QUE TIPO DE ALTERAÇÕES CITO-HISTOLÓGICAS APRESENTAM AS MULHERES COM TESTE DE HPV POSITIVO A PARTIR DOS 50 ANOS?

Ana Galvão, Daniela Gonçalves, Marta Moreira, Maria João Carinhas, José Manuel Cabral, Alexandre Morgado
Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O teste de HPV está a ser cada vez mais utilizado na prática clínica atual e parece ter grande valor nas mulheres com 50 ou mais anos, dada a baixa prevalência de infeção por este vírus nesta faixa etária.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é descrever que tipo de alterações citológicas e/ou histológicas apresentam as nossas mulheres com 50 ou mais anos seguidas em consulta na unidade de Patologia do Colo - Unidade LASER e que têm teste de HPV de alto risco positivo.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo de mulheres com 50 ou mais anos que fizeram teste Cobas® HPV na nossa unidade no ano de 2015.

Resultados: Foram realizados 322 testes Cobas® HPV em mulheres com 50 ou mais anos dos quais 128 foram positivos. A idade média das mulheres com teste positivo era de 57,8 anos (entre 50 e 83 anos). 110 mulheres eram pós-menopáusicas. 20 eram imunossuprimidas.

Dos 128, 70 testes foram realizados no contexto de *follow-up* de lesão intraepitelial anterior (incluindo-se 23 mulheres que já tinham feito pelo menos uma exérese da zona de transformação e 11 hysterectomizadas) e os restantes no contexto de alterações citológicas atuais.

As citologias atuais apresentavam os seguintes resultados: 30 citologias NILM, 7 inflamação (de repetição), 26 ASC-US, 43 LSIL, 8 ASC-H e 14 HSIL. Relativamente ao genótipo do vírus, 6 mulheres tinham HPV 16, 1 tinha HPV 18, 2 tinham HPV 16 e 18, 12 tinham HPV 16 e outros genótipos de alto risco, 5 tinham HPV 18 e outros de alto risco e 102 tinham teste positivo apenas para outros genótipos de alto risco. Foram realizadas 38 biópsias: 18 revelaram CIN 1 ou VaIN 1, 5 CIN 2 ou VaIN2 e 6 CIN 3 ou VaIN 3.

29 mulheres foram submetidas a algum tipo de tratamento: 27 fizeram tratamento excisional, 1 tratamento ablativo e 1 fez hysterectomia. A histologia revelou CIN 1 ou VaIN 1 em 12 mulheres, CIN 2 ou

VaIN 2 em 8 mulheres e CIN 3 em 8 mulheres.

Conclusão: 12,5 % das mulheres com teste de HPV positivo com 50 ou mais anos seguidas na nossa unidade vieram a revelar a presença de lesão intraepitelial de alto grau.

A utilização do teste de HPV aumentou ligeiramente a sensibilidade na deteção de lesão de alto grau neste grupo de mulheres.

P 40

POSTER RETIRADO

P 41

AUSÊNCIA DE CURA APÓS CIRURGIA DE CORREÇÃO DE IUE – O QUE FALHOU?

Mariana Carlos Alves¹, Maria Geraldina Castro², Conceição Aparício², José Alberto Catarino², Liana Negrão²

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Viana do Castelo* ²*Serviço de Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) é o tipo mais comum de incontinência urinária, sendo o método gold standard para o seu tratamento a colocação de um sling suburetral na uretra média. A técnica *TVT-O* (*Tension-free vaginal tape-obturator*) associa-se a elevada taxa de cura e a baixo risco de complicações intra-operatórias, dada a sua abordagem transobturadora.

Objetivos: Avaliar as doentes não curadas após *TVT-O* e identificar possíveis fatores de risco para o insucesso da cirurgia.

Metodologia: Estudo retrospectivo de 77 casos de mulheres submetidas a *TVT-O*, mas que não ficaram curadas, entre 2003 e 2012.

Resultados: No período compreendido entre 2003 e 2012 foram efetuadas, na MBB, 1489 cirurgias de correção de IUE com *TVT-O*, das quais 77 doentes não ficaram curadas (5,2%). A idade média do grupo das doentes não curadas era de 64 anos; 23 doentes (29,9%) tinham sido previamente submetidas a cirurgia de correção de IUE, percentagem que contrasta com a que se verifica nas 1143 doentes curadas (11% com cirurgia de correção de IUE anterior).

No que respeita à clínica pré-operatória, 48 doentes (62,3%) apresentavam IUE e 29 doentes (37,7%) incontinência urinária mista (IUM). Verificaram-se complicações intra-operatórias em 4 doentes: 3 perfurações vaginais e 1 perfuração vesical. No que

concerne ao pós-operatório, ocorreram 3 infeções do trato urinário (ITU) e 1 infeção com deiscência da sutura vaginal. As doentes ficaram internadas, em média, 1,4 dias. Na consulta pós-operatória imediata, 26 doentes (33,8%) estavam curadas, 31 (5,2%) referiram melhoria da IUE, 4 não verificaram qualquer melhoria (5,2%), 6 complicaram com retenção urinária (7,8%) e em 10 (12,9%) observou-se erosão da tira de *TVT-O*. A longo prazo (*follow-up* médio de 58 meses), verificaram-se 46 casos com melhoria das queixas de IUE (61,3%), 28 casos sem qualquer melhoria (37,3%) e 1 caso com retenção urinária (1,3%). Verificou-se erosão da tira de *TVT-O* em 19 doentes, com um tempo médio de aparecimento de erosão de 8,7 meses. Foi realizada cirurgia de reepitelização da tira em 11 casos. Em 18 casos houve necessidade de seccionar a tira: 15 casos por erosão, 1 caso por IUU de novo incapacitante e 2 por retenção urinária, com necessidade de auto-algaliação no domicílio. De referir que 8 doentes (10,4%) apresentaram ITU de repetição e 22 IUU de novo (28,6%).

Conclusão: Cerca de metade (48,1%) das doentes analisadas apresentava fatores que podem ser apontados como predisponentes para a ausência de cura: 23 (29,9%) com antecedentes de cirurgia de correção de IUE, das quais 5 tiveram erosão da tira da segunda cirurgia de IUE (*TVT-O*) e 14 (18,2%) com erosão da tira de *TVT-O* (sem antecedentes de cirurgia de IUE). A avaliação das restantes 40 doentes (51,9%) não foi conclusiva quanto a fatores de risco responsáveis pela ausência de cura. Neste grupo de doentes, verificaram-se elevadas taxas de complicações intra e pós-operatórias.

P 42

EXTRUSÃO URETRAL DE SLING TENSION-FREE VAGINAL OBTURADOR TAPE: CLÍNICA, DIAGNÓSTICO E TERAPÉUTICA

Rita Martins¹, Ana Edral¹, Marta Rodrigues², Ana Silva¹, João Fortuna²

¹Centro Hospitalar do Algarve - Unidade de Faro, Serviço de Ginecologia ²Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, Serviço de Ginecologia/Obstetrícia

Introdução: A incontinência urinária é um problema comum na população feminina. Os tratamentos cirúrgicos, com slings colocados sob a uretra média, tornaram-se o tratamento preferencial na incontinência urinária de esforço (IUE), em detrimento do tratamento médico. A técnica envolvida neste caso clínico

é a de colocação de sling pela membrana ou músculo obturador, realizada de dentro para fora (inside-out), designada tension-free vaginal obturator tape (*TVT-O*). As complicações associadas à utilização dos slings são: imediatas, a retenção urinária, infeção urinária, hematoma e infeção locais e lesão vesical ou de vasos sanguíneos; tardias, as disfunções miccionais, hiperatividade do detrusor “de novo”, infeções urinárias de repetição e extrusões.

Objetivo: Apresentação de um caso clínico de extrusão uretral de sling *TVT-O*.

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

Resultados e conclusões: O caso apresentado refere-se a mulher de 51 anos, hipertensa, com antecedentes de depressão e parto vaginal há 28 anos. Encontra-se em menopausa cirúrgica aos 48 anos. Os antecedentes cirúrgicos ginecológicos são histerectomia e anexectomia há 3 anos por patologia benigna do endométrio e foi submetida a um *TVT-O* há 10 anos. Assintomática, após a correção cirúrgica da incontinência urinária mas há 3 anos iniciou queixas de incontinência urinária de mista (IUM) com agravamento progressivo, recente, do componente de esforço. Ao exame ginecológico apresentava retocelo grau I, assintomático e incontinência urinária de esforço objetivada com manobras de valsalva. Ecograficamente levantava a suspeição de que o sling atravessasse o lúmen uretral. Decide-se extração cirúrgica da porção intra-uretral do sling. Constatou-se intraoperatoriamente, por uretrocistoscopia, estar efetivamente a atravessar o lúmen uretral. Foi realizada abertura da uretra na sua porção ventral com posterior rafia. Teve alta ao 3º dia pós-operatório, sem intercorrências. No 2º mês pós-operatório a utente apresentava-se assintomática e continente. Assim sendo, o diagnóstico de extrusão uretral foi permitido pela complementaridade entre a clínica e os achados ecográficos com posterior extração cirúrgica da rede intra-uretral com remissão da sintomatologia.

P 43

TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO COM MINI-SLING, EM CONSULTÓRIO 2 ANOS

Ana Correia, Maria Bóia; Filomena Ramos; Isabel Ferreira; Fátima Leitão; Mário Oliveira

Serviço de Ginecologia e Obstetria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A colocação de minisling, com incisão vaginal única, é um procedimento minimamente invasivo e com elevada eficácia no tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE). A possibilidade deste procedimento ser realizado sob anestesia local, permitiu a sua implementação em consultório, no Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, desde Novembro de 2013.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo, com revisão dos processos clínicos das utentes com IUE que foram submetidas a colocação de minisling em consultório, sob anestesia local, até dezembro de 2015. Das 88 doentes incluídas todas apresentavam IUE pura ou predominante, com stress teste positivo. Foram avaliados: dados demográficos, antecedentes pessoais, índice de severidade e score de IU, questionário de interferência na qualidade de vida, escala de dor associada à cirurgia, escala de satisfação, complicações e eficácia terapêutica.

Resultados: 88 doentes submetidas a colocação de minisling em consultório sob anestesia local com idade média de 51 anos e IMC 28 kg/m². Da análise dos antecedentes pessoais: 99% múltiparas; 42% pós-menopausa, 90% com parto vaginal, dos quais 20% instrumentados e 20% com recém-nascidos com peso >4 kg; 21% histerectomia prévia. Apresentavam em média 8,9 anos de sintomas de incontinência, sendo 49% incontinência urinária de esforço e 51% mista com predomínio de esforço. O procedimento foi muito bem tolerado na maioria dos casos tendo sido relatada em média dor 2,6/10. O tempo médio do procedimento correspondeu a 15-20 minutos. Não ocorreram complicações imediatas (hemorragia, laceração da vagina). Não foram identificadas complicações tardias. Na avaliação a longo prazo as utentes apresentaram-se satisfeitas ou muito satisfeitas com os resultados.

Conclusões: O presente trabalho comprova que a colocação de minisling para correção da IUE é um procedimento minimamente invasivo, realizável em consultório, sob anestesia local e com mínimo desconforto associado. Os autores verificaram exce-

lentes resultados terapêuticos e elevados níveis de satisfação com o procedimento, constituindo uma mais-valia não apenas para as doentes mas também para o Serviço.

P 44

CIRURGIA OBLITERATIVA DA VAGINA NO PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS – UMA OPÇÃO VÁLIDA EM UROGINECOLOGIA?

Rita Simões Carvalho; Mariana Novais Veiga; Isabel Santos; Ana Duarte; João Gonçalves

Serviço de Ginecologia/Obstetria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE

Introdução: O prolapso de órgão pélvico (POP) constituiu uma patologia com elevada prevalência, especialmente nas idades mais avançadas, condicionando uma importante limitação na qualidade de vida das utentes.

A colpocleisis, cirurgia obliterativa da vagina, foi primeiramente descrita por Le Fort em 1877. Nas últimas décadas, a cirurgia de correção do POP tem vindo a mudar, com técnicas reconstrutivas que permitem a preservação da função sexual. No entanto, a cirurgia obliterativa mantém-se como alternativa terapêutica em casos devidamente selecionados, estando sobretudo indicada nas doentes idosas e/ou com comorbilidades importantes, que não desejem manter vida sexual.

Objetivo: Avaliar as características demográficas e os resultados em utentes submetidas a cirurgia obliterativa vaginal na nossa instituição.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, com revisão dos processos clínicos de 25 doentes submetidas a cirurgia obliterativa vaginal por POP, no período compreendido entre 2009 e 2014.

Resultados: Foram efetuadas 28 cirurgias vaginais obliterativas, em doentes que não tinham vida sexual ativa e/ou não apresentaram desejo de preservar a integridade vaginal. Da amostra, 60,7% (n=17) tinham prolapso grau IV (classificação de Baden Walker) e 39,3% (n=11) tinham prolapso grau III, com sintomatologia relevante.

A idade média das doentes foi de 74 anos (64-83). A média de partos vaginais foi de 3,2 ± 2,2. Dezanove tinham dois ou mais partos vaginais, com o valor máximo de 10 partos. A maioria das utentes (64,3%) apresentava múltiplas comorbilidades, sendo as mais frequentes a hipertensão arterial, obesidade e diabetes mellitus tipo 2.

Doze utentes (48%) tinham sido anteriormente submetidas a histerectomia e 9 (37,5%) tinham história de cirurgia anterior por prolapso.

Em 12 utentes (50%) foi realizada histerectomia vaginal no mesmo tempo cirúrgico, e em 21 intervenções (77,8%) foi realizada perineoplastia concomitante. Quatro casos (14,8%) apresentavam incontinência urinária de esforço e foram submetidas à sua correção no mesmo ato cirúrgico. Não existiram complicações intraoperatórias.

As utentes foram seguidas em média 8 meses (1-50) após a cirurgia. Houve recidiva do prolapso em duas utentes (8%), com necessidade de nova intervenção cirúrgica (por duas vezes numa das utentes).

Conclusão: A taxa de sucesso a curto prazo na nossa amostra foi de 91,7%, encontrando-se de acordo com o descrito na literatura. O elevado índice de sucesso associado a baixa taxa de recidivas e morbidade fazem com que a cirurgia obliterativa seja uma opção válida nas mulheres de idade mais avançada, que não desejem preservar a função vaginal.

P 45

TVT-O: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E PAPEL DOS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS – CASUÍSTICA DO HDES, AÇORES

Mariana Cardoso¹, Vanessa Aguiar², Maria Inês Raposo¹, Catarina Frias¹, Ana Furtado Lima¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE. ²Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel

Introdução: De acordo com a *International Continence Society* a incontinência urinária de esforço (IUE) é definida como a perda involuntária de urina relacionada com o esforço físico, espirro ou tosse. Esta é a forma mais comum de incontinência urinária e estima-se que afete 4-35% das mulheres, com impacto negativo significativo na qualidade de vida.

Atualmente, o procedimento de *TVT-O (tension-free vaginal tape inside-out)* tem vindo a tornar-se o tratamento de eleição para a IUE, dadas as altas taxas de sucesso imediato (86-90%) e o baixo risco de complicações.

Objetivos: Correlacionar a necessidade de *TVT-O* com antecedentes ginecológicos cirúrgicos e obstétricos, bem como apurar o impacto do procedimento na melhoria da qualidade de vida.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo que incluiu todas as mulheres submetidas a inserção de *TVT-O* de janeiro de 2012 a abril de

2016 pelo Serviço de Ginecologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (HDES). Os dados relativos a estas doentes foram colhidos através dos processos clínicos hospitalares e, para complementar a informação, elaborou-se um questionário, através de contacto telefónico, para averiguar o impacto de *TVT-O* na qualidade de vida.

Resultados e conclusões: Durante o período supracitado foram realizados 20 procedimentos de *TVT-O*, com mediana de idades de 51 anos.

Verificou-se que todas tinham como antecedente obstétrico pelo menos 1 parto por via vaginal e que 30% tinham tido apenas 1 parto eutócico (PE), 25% 2 PE, 10% 3 PE, 20% 4 PE, 10% 5 PE e 5% 6 PE, sendo a mediana dos PE igual a 2. Nenhuma das mulheres teve partos por cesariana. Constatou-se ainda que apenas um dos partos de uma doente foi distócico com auxílio de fórceps. Assim, 70% das mulheres eram múltiparas (>=2 nados mortos/vivos com >=20 semanas de gestação) e 15% grandes múltiparas (>=5 nados mortos/vivos com >=20 semanas de gestação).

Quando avaliados os antecedentes ginecológicos cirúrgicos, verificou-se que 40% tinham sido submetidas a histerectomia abdominal total com anexectomia bilateral e 5% a ooforectomia anteriormente à colocação de *TVT-O*.

O procedimento foi considerado de sucesso em 86% das doentes e apenas 14% referiram queixas de incontinência urinária de urgência. A nossa taxa de sucesso é sobreponível à descrita na literatura. Não houve intercorrências na maioria dos procedimentos (95%) e foi relatado apenas 1 caso de dispareunia pós-cirúrgica.

Quando questionadas sobre a qualidade de vida pós-operatória, 86% considerou “excelente” e as restantes 14% adjetivaram como “razoável”.

Assim, embora estejamos perante uma amostra reduzida, constata-se que a IUE surge com mais frequência em múltiparas e em mulheres com intervenções cirúrgicas ginecológicas prévias. A colocação de *TVT-O* teve um impacto positivo na qualidade de vida da maioria das doentes intervencionadas neste Serviço.

P 46

ABORDAGEM PASSO-A-PASSO DA FÍSTULA VESICO-VAGINAL COMPLEXA POR VIA VAGINAL

Vanessa Gomes Olival¹, Ana Bello¹, Ricardo Pereira e Silva², João Marcelino², Tomé Lopes²

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetria - Hospital de D. Estefânia/Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Lisboa Central;* ²*Serviço de Urologia - Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte*

Introdução: A escolha da abordagem mais adequada para o tratamento da fístula vesico-vaginal (VV) depende principalmente da experiência do cirurgião. Salvo indicação formal para a via abdominal, nomeadamente envolvimento ureteral concomitante com necessidade de reimplantação do ureter, nos restantes casos a via vaginal pode ser utilizada mesmo na presença de fatores de mau prognóstico funcional (como etiologia rádica, falência de cirurgia de correção prévia ou localização desfavorável).

Material e métodos: Apresentamos a abordagem passo-a-passo de correção por via vaginal de fístula complexa, com base num caso concreto tratado no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte. Doente de 47 anos, com status pós radioterapia por neoplasia do colo do útero com desenvolvimento de fístula vesico-vaginal submetida a tentativa de correção falhada (via abdominal). Após exclusão de envolvimento ureteral por Uro-TC, foi proposta para cirurgia por via vaginal após realização de oxigenoterapia hiperbárica prévia. Foi realizada cistoscopia para exclusão de envolvimento dos meatos e mapeamento da fístula; após colocação de dois catéteres ureterais mono J, a doente foi colocada em posição de Trendleburg. O orifício da fístula foi inicialmente referenciado utilizando uma algália Foley 16Ch que possibilitou igualmente tração da fístula para facilitar a disseção subsequente. Por haver grande ancoragem dos tecidos pela fibrose, optou-se por, após a abordagem inicial, dispensar a algália Foley. Foi feita a incisão da mucosa vaginal e a separação da parede anterior da vagina da parede inferior da bexiga sem resseção do tecido fibrótico peri-fistuloso. A disseção prolongou-se para a vertente anterior de forma a criar um flap suficiente para recobrir o encerramento do orifício vesical sem sobreposição de suturas e sem tensão. No final do procedimento foi injetado azul de metileno para aferir a estanquidade, que se confirmou. A doente ficou algaliada com algália de silicone 18Ch e mantiveram-se os dois cateteres mono

J 7Ch durante 3 semanas de forma a maximizar a probabilidade de cicatrização eficaz. A doente não apresenta sinais de recorrência após um seguimento de 5 meses e meio.

Resultados e conclusões: As fístulas VV de reparação expectavelmente complexa são passíveis de abordagem por via vaginal desde que sejam escrupulosamente cumpridos os princípios da cirurgia da fístula e que as mesmas sejam tratadas em centros de grande volume, por equipas cirúrgicas experientes.

P 47

URETRO-HIDRONEFROSE BILATERAL NO CONTEXTO DE PROLAPSO UROGENITAL

Ana Ravara Bello Vanessa Olival Joana Faria Ricardo Mira
Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: O prolapso uro-genital define-se como a descida dos órgãos pélvicos (bexiga, útero e recto) com protusão pela vagina, sendo mais frequente na pós-menopausa. Apesar de muitas mulheres com POP serem assintomáticas ou com apenas sintomas ligeiros o POP pode condicionar queixas ginecológicas, urinárias e gastrointestinais com influência na qualidade de vida. A associação do prolapso urogenital e hidronefrose está bem estabelecida e parece ser mais frequente quando maior o grau de prolapso. Apresentamos de seguida um caso de hidronefrose bilateral que foi possível reverter com a utilização de um pessário vaginal para redução do prolapso.

Relato de caso: Mulher de 74 anos, referenciada à consulta de ginecologia por prolapso urogenital, sem queixas urinárias. Tinha ecografia renal de rotina com uretro-hidronefrose bilateral, com ureteres dilatados até abaixo do cruzamento com os vasos ilíacos. A TAC abdomino-pélvica confirmou o diagnóstico. Da história ginecológica destacam-se 3 partos eutócicos, menopausa espontânea aos 50 anos sem terapêutica hormonal. Nos antecedentes pessoais há a realçar patologia cardíaca, hipertensão, diabetes, obesidade e insuficiência venosa periférica. Na consulta confirmou-se o diagnóstico de POP grau III com prolapso do compartimento anterior e médio predominantes. Foi proposta terapêutica cirúrgica que não foi possível dadas as co-morbilidades associadas. Foi então colocado pessário nº8 com muito boa tolerância por parte da doente, tendo-se constatado resolução completa da uretero-hidronefrose bilateral e normalização da função renal.

Discussão: A sensação de peso pélvico e massa a aflorar a vulva são os sintomas mais frequentes do POP. No entanto muitas mulheres apresentam também sintomas urinários que normalmente variam consoante o grau do prolapso. Assim, nos casos mais ligeiros a queixa urinária mais frequente será a incontinência de esforço, que à medida que o prolapso agrava, pode melhorar e dar lugar a sintomas de obstrução urinária como a dificuldade de esvaziamento completo da bexiga e a necessidade de redução digital do prolapso para completar a micção. Ao mesmo tempo, a descida do útero pode condicionar angulação e obstrução dos ureteres com conseqüente uretro-hidronefrose, que se não diagnosticada e tratada pode, nos casos mais graves evoluir para lesão renal irreversível e insuficiência renal. A hidronefrose por uropatia obstrutiva associada ao POP é assim sempre indicação para tratamento, mesmo nos casos em que ocorre em mulheres com graus mais ligeiros de prolapso ou pouco sintomáticas.

SIMPÓSIO 2016

AS FACES DA

GINECOLOGIA

185ª REUNIÃO DA SOCIEDADE
PORTUGUESA DE GINECOLOGIA



Major Sponsor



GEDEON RICHTER

Since 1901



LABCO
Quality Diagnostics

Sponsors



Bayer

Bial



The Code of Excellence



infogene



Welcoming Covidien to Medtronic



MSD
Fique bem

OM Pharma



vacinas para a vida



ORGANIZAÇÃO



**SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
GINECOLOGIA**

APOIO



**Hospital
Braga**

SECRETARIADO

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C,
Sala 3.1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10
F: +351 21 842 97 19

E: paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt