



XV

Congresso Português
de **Ginecologia**

**A Saúde da Mulher
em Foco**

02, 03 e 04 de junho | 2022

Centro de Congressos do Estoril



Aceder à versão digital
do programa

Programa



XV Congresso Português de Ginecologia

Caros(as) Colegas e Amigos(as),

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia organiza em 2022 o seu XV Congresso Português de Ginecologia que terá lugar de 2 a 4 de junho, no Centro de Congressos do Estoril depois de em 2021 termos sido forçados a adiá-lo por força da pandemia de SARS-CoV-2.

Este Congresso surge num momento particular na vida de todos nós enquanto país e Sociedades Médicas e esperamos que represente o regresso consistente aos eventos no formato presencial. É assim, com redobrado empenhamento que construímos um programa científico atual e que de forma abrangente integra temas relativos às diferentes áreas de interesse da Ginecologia e Saúde da mulher e assegurámos a participação de palestrantes nacionais e internacionais de grande qualidade.

Este Congresso à semelhança dos anteriores é um fórum de partilha e incremento de conhecimento promovendo a formação contínua de todos os que se interessam pela saúde da mulher e proporciona um contacto com os mais recentes progressos tecnológicos.

Desejamos que possa ser também um espaço privilegiado para a discussão das vossas experiências e procuramos contribuir para a promoção e divulgação da investigação que no nosso país é realizada nesta área do conhecimento médico.

Finalmente para além da partilha de conhecimentos científicos este é também um espaço para reencontros e para o convívio descontraído entre Colegas e Amigos.



Teresa Mascarenhas

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

Dear Colleagues and Friends,

The Portuguese Society of Gynecology organizes its Congress in 2022, the XV Portuguese Congress of Gynecology and will take place from June 2nd to 4th, at the Centro de Congressos do Estoril, as in 2021 we were forced to postpone it due to the pandemic of SARS-CoV-2.

This Congress comes at a particular moment in our lives both as a country and as Medical Societies and we hope that it represents a consistent return to events in a face-to-face format. It is thus, with redoubled commitment, that we have built the current scientific program that comprehensively integrates topics related to different areas of interest in Gynecology and Women's Health and we have already ensured the participation of national and international speakers of outstanding quality.

This Congress, like the previous ones, will be a forum for sharing and increasing knowledge, promoting continuous training of all those interested in women's health and providing contact with the most recent technological advances.

Hopefully the Congress will also be a space for sharing your experiences and we seek to contribute to the promotion and dissemination of research carried out in our country in this area of medical knowledge.

Finally, in addition to sharing scientific knowledge, this will also be a space for reunions and for relaxed interaction between colleagues and friends.

Presidente de Honra *Honorary President*

José Martinez de Oliveira

Comissão de Honra *Honor Committee*

Bastonário da Ordem dos Médicos

Presidente do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia

Presidente do Congresso *President of Congress*

Teresa Mascarenhas

Comissão Executiva *Executive Committee*

Teresa Mascarenhas

Almerinda Petiz

Fátima Faustino

José Alberto Moutinho

Margarida Martinho

Liana Negrão

José Reis

Nuno Martins

Pedro Vieira Baptista

Comissão Científica *Scientific Committee*

Alexandre Morgado

Amália Pacheco

Amélia Pedro

Ana Casquilho

Ana Luísa Ribeirinho

Bercina Candoso

Carla Rodrigues

Cláudio Rebelo

Cristina Frutuoso

Eunice Capela

Fernanda Gerales

Geraldina Castro

Graça Ramalho

Helena Solheiro

Henrique Nabais

Hugo Gaspar

Joana Belo

José Alberto Moutinho

José Martinez de Oliveira

Lúis Ferreira Vicente

Mário Oliveira

Paulo Aldinhas

Pedro Condeço

Pedro Vieira Baptista

Rita Sousa

Sofia Alegria

Susana Moreira



XV Congresso Português de Ginecologia



02 DE JUNHO DE 2022 – QUINTA-FEIRA | THURSDAY – June 02nd, 2022

Cursos / Courses (Página 13)

Congresso / Congress

- 13:00h Abertura do Secretariado | *Opening of registration desk*
- 14:00-14:15h **SESSÃO 1 | SESSION 1**
A SPG no Século XXI
SPG in the 21st Century
Moderadora: Teresa Mascarenhas
Palestrante: João Cavaco Gomes
- 14:15-15:00h **SESSÃO 2 | SESSION 2**
Ginecologia – PONTOG
Gynecology – PONTOG
Moderadoras: Marta Sales Moreira e Maria Liz Coelho
Papel da simulação no treino/formação em Ginecologia
Nuno Martins
Papel da simulação na avaliação em Ginecologia
Fernanda Águas
- 15:00-15:30h **CONFERÊNCIA 1 | KEYNOTE LECTURE 1**
Menopausa: psicossomática do envelhecimento no feminino
Menopause: psychosomatics of aging in women
Presidente: Fernanda Geraldês
Palestrante: José Martinez de Oliveira

15:30-16:00h

WORKSHOP



Contraceção intrauterina – Encontro com os *experts*

Moderadora: Fátima Palma

Caso clínico no pós-parto

Amália Pacheco

Caso clínico na peri-menopausa

Fernanda Águas

16:00-16:30h

Coffee Break

16:30-17:00h

CONFERÊNCIA 2 | KEYNOTE LECTURE 2



Pharma Bavaria
International

Indicações do ácido tranexâmico e em patologia ginecológica benigna

Applications of tranexamic acid in benign gynecology



Presidente: Fernanda Águas

Palestrante: Margarida Martinho

17:00-18:15h

SESSÃO 3 | SESSION 3

Impacto da comunicação não presencial/novas tecnologias na relação médico/doente

Impact of new technologies of communication in the doctor/patient interaction

Moderadora: Bárbara Wong

Palestrantes: Fátima Faustino, Carla Barbosa e Ana Duarte Ferreira

18:15-19:15h

CERIMÓNIA DE ABERTURA | OPENING CEREMONY

Saudação ao Presidente de Honra / *Greetings to the President of Honour*

Fernanda Águas

19:15h

Cocktail de Boas-vindas | *Welcome Cocktail*

XV Congresso Português de Ginecologia



03 DE JUNHO DE 2022 – SEXTA-FEIRA | FRIDAY – June 03rd, 2022

07:45h Abertura do Secretariado | *Opening of registration desk*

08:15-09:00h **PEQUENO ALMOÇO COM O ESPECIALISTA**
BREAKFAST WITH AN EXPERT



Vulvodinia: Do diagnóstico ao tratamento

Pedro Batista, Dee Hartman e Jacob Bornstein

09:00-10:15h **SESSÃO 4 | SESSION 4**

Endometriose e novos caminhos

Endometriosis: new approaches

Moderadoras: Margarida Martinho e Fátima Faustino

Classificação Enzian da endometriose – O que traz de novo? /

Enzian classification of endometriosis – Can it make a difference?

Jörg Keckstein

Tratamento cirúrgico de endometriomas: quando e que técnica /

Surgical treatment of endometriomas: when and wich technique

José Reis

Tratamento da endometriose retal por ultrassons focalizados de alta

intensity / Transrectal high intensity focused ultrasound for

the treatment of rectal endometriosis

Gil Dubernard

10:15-11:00h **SIMPÓSIO 1 | SIMPOSIUM 1**



Nova abordagem no tratamento da atrofia

vulvar e vaginal. A importância do duplo mecanismo de ação!

New approach for the treatment of vulvar vaginal atrophy.

Why is so important the double mechanism of action?

Presidente: Fernanda Geraldês

Palestrante: Cláudio Rebelo

11:00-11:30h Coffee Break

11:30-12:15h



SIMPÓSIO 2 | SIMPOSIUM 2

Ryeqo® Partilha da Experiência Clínica

Ryeqo® Sharing Clinical Experience

Moderadoras: Margarida Martinho e Fátima Faustino

Ryeqo® na prática clínica – O que sabemos da vida real? / Ryeqo® in clinical practice – What do we know from real world?

Daniel Pereira da Silva

Discussão de Casos Clínicos / Discussion of Clinical Cases

Cláudio Rebelo, Daniela Melo e Carla Leitão

12:15-12:45h

CONFERÊNCIA 3 | KEYNOTE LECTURE 3

Malformações genitourinárias – Desafios no diagnóstico e tratamento

Genitourinary malformations – Challenges in the diagnosis and treatment

Presidente: Teresa Almeida Santos

Palestrante: Michelle Nisolle

12:45-13:45h

Almoço | *Lunch*

13:45-14:30h

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

FREE COMMUNICATIONS SESSION

Sala / *Room A*

Comunicações orais I / Oral communications I

Moderadores: Almerinda Petiz e José Alberto Moutinho

Sala / *Room B*

Vídeos / Videos

Moderadores: Hélder Ferreira e Ana Sofia Fernandes

14:30-15:30h

SESSÃO 5 | SESSION 5

Reflexões em Ginecologia Oncológica

Rethinking Gynecology Oncology

Moderadoras: Cristina Frutuoso e Margarida Martinho

Endometriose e cancro: evidências / Endometriosis and cancer: scientific evidences

Lúcia Correia

Impacto da qualidade de vida e obesidade na prevenção do cancro ginecológico / Impact of quality of life and obesity in the prevention of gynecological cancer

Sofia Pedrosa

Seguimento após cancro ginecológico: o que é que importa? / Follow-up after gynecological cancer: what really matters?

Fernanda Santos

15:30-16:15h



SIMPÓSIO 3 | SIMPOSIUM 3
A revolução na contraceção oral
The revolution on oral contraception

Novos tempos, novas necessidades

New times, new needs

Amália Pacheco

Uma visão segura e inovadora sobre o futuro da contraceção oral

A safe and innovative vision for the future on oral contraception

Susana Maia

Q & A

Susana Maia e Amália Pacheco

16:15-16:45h

Coffee Break

16:45-17:30h



SIMPÓSIO 4 | SIMPOSIUM 4

Eficácia de um gel vaginal multi-ingredientado à base de *coriolus versicolor* em mulheres acima dos 40 anos com HPV de alto risco: Sub-análise do ensaio clínico “paloma” & do estudo de vida real “papilobs”

Efficacy of a multi-ingredient coriolus versicolor-based vaginal gel in high-risk HPV women over 40: Sub-analysis of the paloma clinical trial

& papilobs real-life study

Moderador: Cláudio Rebelo

Palestrante: Patricia Sanmartin

17:30-18:30h

SESSÃO 6 | SESSION 6

Endoscopia ginecológica

Gynecological endoscopy

Moderadoras: Fátima Faustino e Cláudia Andrade

Endometriose e iatrogenia / Endometriosis and iatrogenics

Luís Ferreira Vicente

Controvérsias na cirurgia do cancro do ovário / Controversies in ovarian cancer surgery

Hugo Gaspar

Tratamento cirúrgico da endometriose profunda: Complicações associadas

Rita Valente

18:30-20:00h

Assembleia Geral Eleitoral

General Electoral Assembly

20:15h

Jantar do Congresso | *Congress Dinner*

Patrocínio:



GEDEON RICHTER
Health is our mission

XV Congresso Português de Ginecologia



04 DE JUNHO DE 2022 – SÁBADO | SATURDAY – June 04th, 2022

- 07:45h Abertura do Secretariado | *Opening of registration desk*
- 08:15-09:00h **PEQUENO ALMOÇO COM O ESPECIALISTA**
BREAKFAST WITH AN EXPERT
Filipa Rafael
- 08:15-09:00h **SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS II**
ORAL COMMUNICATIONS II SESSION
Moderadoras: Margarida Martinho e Eunice Capela
- 09:00-09:30h **SESSÃO DE IMAGENS SELECIONADAS**
SELECTED IMAGES SESSION
Moderadores: Graça Ramalho e Pedro Condeço
- 09:30-10:30h **SESSÃO 7 | SESSION 7**
Patologia trato genital inferior – Revisitada
Lower genital tract pathology – Revisited
Moderadoras: Amália Pacheco e Isabel Oliveira
- Prevenção secundária do cancro do colo do útero. Abordagem dos resultados alterados nos testes de rastreio – Linhas de orientação 2022 / *Cervical cancer secondary prevention-management of an altered screening test: 2022 guidelines*
Amélia Pedro
- Microbioma vaginal e cancro do colo do útero / *Vaginal microbioma and cervical cancer*
Pedro Vieira Baptista
- Rastreios antes dos 25 anos / *Screening at 25 years*
Fátima Palma

10:30-11:15h



SIMPÓSIO 5 | SIMPOSIUM 5

Drovelis® Evolução natural da contraceção

Drovelis®, Contraception Natural Evolution

Moderadores: Fátima Palma e Johannes Bitzer

Estrogénios na contraceção? / The oestrogens role in contraception?

Jean-Michel Foidart

Estrogénios, são agentes poluidores? / Oestrogens, are they pollutants?

Maria João Rocha

11:15-11:45h

Coffee Break

11:45-12:30h



SIMPÓSIO 6 | SIMPOSIUM 6

Prevenção do HPV na mulher adulta – Onde estamos?

HPV prevention in adult women – where are we?

Palestrante: José Maria Moutinho

12:30-13:00h

CONFERÊNCIA 4 | KEYNOTE LECTURE 4

HPV e vacinas contra HPV: o género importa?

HPV and HPV vaccines: does gender metter?

Presidente Daniel Pereira da Silva

Palestrante: Jacob Bornstein

13:00-14:00h

Almoço | *Lunch*

14:00-15:00h

SESSÃO 8 | SESSION 8

Abordagem terapêutica da vulvodinia

Treatment of vulvodynia

Moderadores: Susana Moreira e José Martinez de Oliveira

Fisioterapia / Physiotherapy

Dee Hartmann

Tratamento médico / Medical treatment

Pedro Vieira Baptista

Tratamento cirúrgico / Surgical approach

Jacob Bornstein

15:00-15:30h

SESSÃO DE POSTERS SELECIONADOS

SELECTED POSTERS SESSION

Moderadoras: Filipa Osório e Maria João Carvalho

15:30-16:00h Coffee Break

16:00-17:00h **SESSÃO 9 | SESSION 9**

Uroginecologia: tratamento do POP

Urogynecology: POP treatment

Moderadoras: Sofia Alegria e Geraldina Castro

Pandemia e novos paradigmas de correção do prolapso urogenital grau IV
/ Pandemic and new paradigms of grade IV urogenital prolapse correction

Bercina Candoso

A cirurgia laparoscópica pélvica – Diferentes técnicas em uroginecologia
/ Laparoscopic pelvic surgery – Different techniques in urogynecology

Achim Niesel

Vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery – Aplicações em uroginecologia

Andreia Fontoura Oliveira

17:00-17:30h **CONFERÊNCIA 5 | KEYNOTE LECTURE 5**

Fístulas de causa obstétrica/ginecológica – Um desafio para o uroginecologista

Obstetric and gynecological fistula – A challenge to the urogynecologist

Presidente: Bercina Candoso

Palestrante: Rogério de Fraga

17:30-18:00h **Sessão de Encerramento e entrega de Prémios**

Rewards and Closing Session

XV Congresso Português de Ginecologia



Cursos / Courses

02 DE JUNHO DE 2022 – QUINTA-FEIRA | THURSDAY – June 02nd, 2022

09:00-13:00h **CURSO 1: Ecografia e endometriose**

Ultrasound and endometriosis

Organização: Núcleo de Ecografia Ginecológica da SPG
Destinado a internos da especialidade e especialistas com interesse em ecografia ginecológica

09:00-09:30h **Consenso IDEA / IDEA consensus**

Ana Sofia Fernandes

09:30-10:00h **Adeniose e endometriose ovárica / Adenomyosis an ovarian endometriosis**

Geraldina Castro

10:00-10:20h **Avaliação do compartimento anterior da pelve / Assessment of the anterior compartment of the pelvis**

Pedro Condeço

10:20-10:40h **Avaliação do compartimento posterior da pelve / Assessment of the posterior compartment of the pelvis**

Pedro Condeço

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

11:10-11:30h **Endometriose e cancro / Endometriosis and cancer**

Paula Ambrósio

11:30-12:00h **Endometriose e gravidez / Endometriosis and pregnancy**

Leonor Aboím

12:00-13:00h **Discussão / Discussion**

13:00-14:00h **Almoço / Lunch**

09:00-13:00h **CURSO 3: Sexologia – Disfunções sexuais femininas**
Sexology – Female Sexual Dysfunctions

Organização: Núcleo de Medicina Sexual da SPG
Destinatários: Ginecologistas, médicos de Medicina Geral e Familiar e psicólogos

09:00-09:05h **Boas vindas / Welcome**
Apresentação e objetivos do Curso / Course presentation and aims
Carla Rodrigues & Joana Lima

I – DEFINIÇÕES, RESPOSTA SEXUAL E FATORES
I – DEFINITIONS, SEXUAL RESPONSE AND FACTORS

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

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

Eunice Capela

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

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

Sofia Cerqueira Costa

09:35-10:00h **Relacionamento conjugal / Marital relationship**
Fernando Mesquita

10:00-10:25h **Factores psicológicos na resposta sexual feminina / Psychological factors of the female sexual response**
Ana Quinta Gomes

10:25-10:40h **Coffee Break**

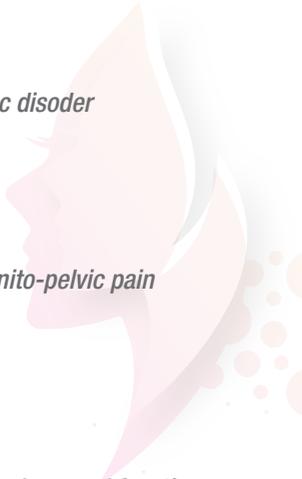
II – ABORDAGEM DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS
II – FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION APPROACH

10:40-11:15h **Psicoterapias na disfunção sexual / Psychotherapy in sexual dysfunction**
Joana Florindo

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

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

Luis Braga

- 
- 11:35-11:55h **Perturbação do orgasmo feminino / *Female orgasmic disorder***
- **Definição / *Definition***
 - **Fatores / *Factors***
 - **Abordagem / Terapêutica // *Approach / Therapy***
Joana Lima Silva
- 11:55-12:15h **Perturbação de dor genitopélvica / Penetração // *Genito-pelvic pain / penetration disorder***
- **Definição / *Definition***
 - **Fatores / *Factors***
 - **Abordagem / Terapêutica // *Approach / Therapy***
Paula Norinho
- 12:15-12:45h **Testes de avaliação da função sexual feminina / *Female sexual function assessment tests***
Carla Rodrigues
- 12:45-13:00h **Discussão e comentários finais / *Discussion and final comments***

09:00-13:00h **CURSO 4: Patologia ginecológica na adolescência**
Gyneacological pathologies in adolescence

Organização/*Organization*: Núcleo de Ginecologia Infância e Adolescência (NGIA) da SPG
Destinatários: Internos e especialistas de Ginecologia

09:00-09:10h **Boas vindas / *Welcome***

Apresentação e objetivos do curso / *Course presentation and aims*
Helena Solheiro, Filomena Sousa & Naiegal Pereira

09:10-09:40h **Abordagem e tratamento da HUA / *AUB management and treatment***

Rita Mesquita Pinto

09:40-10:10h **Contraceção de longa duração-indicações e benefícios não contraceptivos / *Long acting reversible contraception-indications and non contraceptives benefits***

Filomena Sousa

10:10-10:40h **Patologia anexial – Que implicações futuras / *Adnexal pathology – Future implications***

Vera Ribeiro

10:40-11:00h **Coffee Break**

11:00-11:30h **Tumores borderline do ovário – Protocolo de atuação / *Borderline ovarian tumors – Guidelines***

Cláudia Andrade

11:30-12:00h **Abordagem terapêutica da Agenesia Mulleriana em 2022 / *Mullerian agenesis management in 2022***

Michelle Nisolle

12:00-12:30h **Consentimento informado em Pediatria / *Informed consent in Pediatric practice***

Joana Pita

12:30-13:00h **Discussão e comentários finais / *Discussion and final remarks***

Helena Solheiro, Filomena Sousa & Naiegal Pereira

09:00-13:00h

CURSO 5: Suturas em laparoscopia

Training in laparoscopic sutures

Organização: Secção de Endoscopia Ginecológica da SPG

Destinatários: Internos e especialistas de Ginecologia e Cirurgia Geral

Monitores: Irina Ramilo, Hélder Ferreira, Filipa Osório, Hugo Gaspar, Susana Maia, João Cavaco gomes, Luís Vicente, José Reis, Nuno Oliveira e Nuno Nogueira Martins

Boas vindas e Introdução ao Curso

Luís Ferreira Vicente, António Lanhoso e Hugo Gaspar

A progressão do domínio da cirurgia minimamente invasiva implica o conhecimento da sutura laparoscópica

A evolução deste conhecimento necessita de treino em simulador de forma a se adquirir o domínio das técnicas de sutura

O objectivo deste curso pretende o aperfeiçoamento destes skills.

A presença de 2 formandos por endotrainer, com um monitor, permite um treino exaustivo e excelente, necessário ao aperfeiçoamento da sutura laparoscópica.

 MEDTECH

 | we health you

09:00-13:00h **CURSO 6: Patologia mamária – Aspetos práticos**
Brest pathology – Pratical aspects

Organização: Núcleo da Mama da SPG
Destinatários: Ginecologistas, Medicina Geral e Familiar e internos de outras especialidades

- 09:00-09:10h **Boas vindas**
Apresentação e objetivos do curso
Joana Belo, Lurdes Ramalho & Maria José Rocha
- 09:10-09:30h **Assimetria mamária e corrimentos mamilares – Condutas**
Ângela Rodrigues
- 09:30-09:50h **Imagiologia – Indicações no diagnóstico e vigilância**
Joana Albuquerque & Clara Fernandes
- 09:50-10:15h **Nódulos mamários na jovem e na mulher adulta – Vigilância *versus* cirurgia**
Maria José Rocha
- 10:15-10:35h **Filhas de doentes com cancro – Que contraceção? Que vigilância?**
Cristiana Gonçalves

10:35-11:00h **Coffee Break**

- 11:00-11:20h **Cancro da mama: incidência, a importância do rastreio e suas controversias**
Olga Caramelo
- 11:20-11:45h **O que mudou na cirurgia do cancro da mama precoce – Detecção das lesões não palpáveis e do ganglio sentinela**
Inês Gante
- 11:45-12:10h **O que mudou no tratamento do cancro da mama – Tratamentos alvo**
Catarina Portela
- 12:10-12:30h **Sobreviventes do cancro – Sexualidade e qualidade de vida**
Sílvia Duarte
- 12:30-12:45h **Casos clínicos – Discussão de 3 casos da vida real**
Lurdes Ramalho
- 12:45-13:00h **Discussão e comentários finais**
Joana Belo, Lurdes Ramalho & Maria José Rocha

09:00-13:00h

CURSO 7: Impacto da dor vulvar crônica e do trauma na função sexual feminina

Exploring the Complexities of Chronic Vulvar Pain and Trauma's impact on Female Sexual Function

Coordenador: Dee Hartmann, PT, DPT

Organização: SPG em colaboração com a APFISIO (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas)

Destinatários: Médicos Ginecologistas, Fisiatras e Fisioterapeutas

Explorando as complexidades do impacto da dor e do trauma vulvar crônico na função sexual feminina é uma introdução à avaliação e tratamento fisioterapêutico de mulheres com queixa de dor vulvar crônica. O curso abordará a terminologia e anatomia básicas e incluirá apresentações em vídeo detalhando instruções em exercícios usados para diminuir a dor vulvar à palpação antes da penetração vaginal, avaliação digital interna e tratamento com acompanhamento de 2 dias, Trauma 101: Uma introdução e Sexo 102: Anatomia.

Exploring the Complexities of Chronic Vulvar Pain and Trauma's impact on Female Sexual Function is an introduction to physical therapy assessment and management of women complaining of chronic vulvar pain. The course will review basic terminology and anatomy, video presentations detailing instructions in exercises used to decrease palpated vulvar pain prior to vaginal penetration and internal digital assessment and treatment with 2-day follow-up, Trauma 101: An introduction, and Sex 102: Anatomy.

09:00-09:30h

Boas práticas de fisioterapia no tratamento de mulheres com dor vulvar crônica / *Physical therapy best practices when treating women with chronic vulvar pain*

Nomenclatura, diagnóstico médico e co-morbidades comuns observadas com a vulvodinia / *Nomenclature, medical diagnosis, and common comorbidities seen with vulvodynia*

Anatomia básica da pelve / *Basic anatomy of the pelvis*

Avaliação digital da dor, tensão e tônus vulvar / *Digital assessment of vulvar pain, tension, and tone*

09:30-10:15h

Antes da avaliação do PT (vídeo de instruções em 5 exercícios) / *Prior to PT assessment (Instruction in 5 exercises video)*

Impacto das vísceras e diafragma respiratório na biomecânica e tensão muscular associada / *Impact of the viscera and respiratory diaphragm on biomechanics and associated muscular tension*

- 10:15-11:45h **Avaliação interna e acompanhamento de 2 dias (Vídeo) / *Internal assessment and 2-day follow-up (Video)***
Anatomia específica para avaliação interna / *Anatomy specific to internal assessment*
-
- 10:45-11:00h **Coffee Break**
-
- 11:00-12:45h **Trauma 101 (Introdução ao seu impacto) / *Trauma 101 (Introduction to its impact)***
Sexo 102: Anatomia (O que nos pode estar a “escapar”?) / *Sex 102: Anatomy (What are we missing?)*
- 12:45-13:00h **Perguntas e respostas, discussão / *Q&A, discussion***



COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

AVLIAÇÃO DOS OUTCOMES CIRÚRGICOS NA MIOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM OCCLUSÃO VASCULAR TRANSITÓRIA

Luís Ferreira de Castro¹; Ana Andrade¹; Rosa Zulmira Macedo¹; Hélder Ferreira¹

¹Centro Materno Infantil do Norte / Centro Hospitalar
Universitário do Porto

Introdução: O mioma uterino é o tumor pélvico benigno mais frequente na mulher em idade reprodutiva. São frequentemente a causa de hemorragia uterina anormal (HUA), dor ou compressão pélvica e infertilidade. A miomectomia laparoscópica (ML) é uma opção terapêutica quando se deseja preservar a fertilidade, porém este procedimento pode resultar em hemorragia abundante e aumento do tempo operatório, principalmente em doentes com múltiplos miomas. A oclusão transitória das artérias uterinas (AU) e ligamentos infundíbulo-pélvicos (LIP) pode ser uma técnica eficaz para prevenir os riscos da ML convencional.

Objetivos: Comparar os resultados intraoperatórios entre as doentes submetidas a ML convencional e ML com oclusão transitória das AU e LIP e avaliar a reserva ovárica pós-operatória deste último grupo.

Métodos: 42 mulheres, em idade reprodutiva, foram submetidas a ML desde Janeiro 2020 até Junho 2021. As doentes foram distribuídas de forma aleatória pelo grupo A (ML con-

vencional, n = 21) e grupo B (ML com oclusão transitória AU e LIP, n = 21). A oclusão vascular foi efetuada com clips de titânio de 5mm. Avaliou-se a hemorragia intraoperatória, tempo cirúrgico, complicações operatórias e valor sérico da hormona anti-mulleriana (AMH). A análise estatística foi realizada no SPSS 27.

Resultados e conclusões: As indicações cirúrgicas foram HUA ou dor pélvica em 71,4% e infertilidade em 28,6%. A média das idades, índice de massa corporal, número e maior diâmetro dos miomas foram semelhantes entre os grupos. As médias do tempo operatório para os grupos A e B foram, respetivamente, 59,4 ± 8,7 e 66,7 ± 7,1 minutos nas mulheres com mioma único (p = 0,782) e, 87,1 ± 10,1 e 92,9 ± 10,4 minutos nas doentes com múltiplos miomas (p = 0,891). A perda hemática na cirurgia foi significativamente inferior no grupo da oclusão vascular transitória. As médias da hemorragia intraoperatória para os grupos A e B foram, respetivamente, 160,4 ± 17,1 e 56,8 ± 7,1 ml nas mulheres com mioma único (p < 0,001) e, 215 ± 33,7 e 84,5 ± 22,0 ml nas doentes com múltiplos miomas (p < 0,001). No grupo B, o valor médio pré-operatório da AMH foi 2,09 ± 0,83 ng/ml. Após a ML, os níveis de AMH às 2, 12 e 24 semanas foram, respetivamente, 1,88 ± 0,78, 2,07 ± 0,82 e 2,06 ± 0,83 ng/ml. Não foram reportadas complicações intra ou pós-operatórias. A oclusão transitória das AU e LIP na ML per-

mite reduzir hemorragia intraoperatória sem aumentar de forma significativa o tempo cirúrgico ou comprometer a função ovárica.

CO 02

INFEÇÃO HPV: REAVALIAÇÃO EM 5 ANOS E A RELAÇÃO COM DESVIOS DA FLORA VAGINAL

Cristiana Marinho Soares¹; Rita Claro Nunes¹; Laura Cruz¹; Maria Pulido Valente¹; Dolores López-Presa¹; Joaquim Neves¹

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A infeção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é o principal fator de risco de cancro do colo do útero (CCU). Em Portugal, o rastreio organizado do CCU é recomendado a cada 5 anos entre os 25 e os 60 anos. Não existem dados sobre a prevalência do HPV na população portuguesa, 5 anos depois da realização do primeiro teste.

Objetivo: Avaliar a incidência de infeção HPV em mulheres vigiadas na consulta de Ginecologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 5 anos após um teste negativo. Estudou-se a associação da infeção HPV com as características demográficas e outras alterações da amostra cervical.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo com 347 mulheres, correspondendo a 697 avaliações. A caracterização demográfica incluiu: idade na inclusão, na menarca e no início da vida sexual, número de parceiros sexuais, paridade, uso de contraceção oral hormonal e tabagismo. Foram analisadas duas colheitas cervicais: no momento da inclusão e, pelo menos, 5 anos depois. Em cada amostra foram avaliadas: alterações citológicas (classificação Bethesda), infeção HPV (genótipos 16, 18 ou outros genótipos de alto risco) e presença de microorganismos (flora sugestiva de vaginose bacteriana, fungos morfológicamente compatíveis com *Candida*, bactérias morfológicamente compatíveis com

Actinomyces e *Trichomonas vaginalis*). Foi calculada, em ambos os momentos, a prevalência de alterações citológicas, infeção HPV e presença de microorganismos. Estudou-se a associação entre a infeção HPV, alterações citológicas e as alterações da flora vaginal. Considerou-se um valor estatístico significativo quando $p < 0,05$.

Resultados: A idade mediana no momento de inclusão foi 47 anos. No final de 5 anos, a incidência de HPV na amostra foi de 4,6% ($n = 16$). A infeção mais frequente correspondeu aos genótipos de outros HPV de alto risco ($n = 14$). Existe uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a infeção por HPV e a presença de microorganismos na flora vaginal. Esta correlação ocorreu especificamente para o desvio da flora vaginal sugestivo de vaginose bacteriana.

Conclusões: A incidência da infeção HPV nesta amostra foi reduzida ao final de 5 anos, o que comprova que a pesquisa do HPV a cada 5 anos é um bom método de rastreio. Os genótipos mais prevalentes corresponderam a outros genótipos de alto risco que não o 16 ou 18. Nesta amostra, as alterações microbiológicas da flora vaginal, nomeadamente a vaginose bacteriana, parecem relacionar-se com infeção HPV.

CO 03

PREVALÊNCIA DA INFEÇÃO ASSINTOMÁTICA POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS E NEISSERIA GONORRHOEAE EM MULHER

Ana Dagge¹, Cristiana Soares¹; Rosário Barreto¹; Joaquim Neves¹

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A *Chlamydia trachomatis* (CT) é o agente mais comum de infeções sexualmente transmissíveis, principalmente até aos 24 anos. A deteção precoce de infeção por CT e outros agentes como *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Mycoplasma genitalium* (MG) e *Trichomonas vaginalis* (TV) é importante para reduzir a incidência de DIP e consequentemente evitar complicações futuras resultantes desta condição clínica. Os testes de amplificação de ácidos nucleicos (NAAT) são os que apresentam maior sensibilidade e especificidade para a deteção da CT. O exsudado endocervical tem a vantagem de ter maior sensibilidade e de ser realizado durante a consulta e dessa forma garantir a realização do rastreio com sucesso.

Objetivos: Avaliar a prevalência da infeção assintomática de CT, NG, MG e TV através da colheita de exsudado endocervical em mulheres com 25 anos ou menos.

Material e métodos: Este foi um estudo prospetivo observacional realizado no ambulatório de Ginecologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) entre novembro de 2020 e janeiro de 2022. Foram incluídas todas as mulheres assintomáticas até aos 25 anos com início da vida sexual. Na consulta, foi realizada a colheita de um exsudado endocervical para a pesquisa de CT, NG, MG e TV através de métodos de amplificação de ácidos nucleicos (NAAT/PCR).

Resultados e conclusões: Foram incluídas 388 mulheres (idade média 21,5+-2,6). A incidência de infeção assintomática por CT, NG, MG e TV foi de 12,6% (49), 2% (8), 2,8% (11)

e 2,6% (10) respetivamente. A infeção por CT, NG, MG e TV não se correlacionou com o tipo de contraceção utilizada ou o número de parceiros. A infeção por MG relacionou-se de forma significativa com a idade de início da vida sexual. Neste estudo verificou-se uma prevalência de infeção por CT e NG de 12,6% e 2% respetivamente. Estudos anteriores realizados em Portugal reportaram prevalências de infeção por CT que variaram entre 2,2% e 18% e de NG de cerca de 4,2%. Não existem dados publicados em relação à prevalência de infeção por MG e TV em jovens portuguesas. Nesta amostra, não se verificou relação entre a infeção sintomática e os agentes referidos, e fatores de risco como o tipo de contraceção ou o número de parceiros.

CO 04

PRÓTESES EM UROGINECOLOGIA – GINBASE

Andreia de Vasconcelos Gaspar¹; Geraldina Castro¹; Inês Coutinho¹; Simone Subtil¹; Sara Campos¹; João Paulo Marques¹; Giselda Carvalho¹; Liana Negrão¹; Francisco Falcão¹; Maria João Carvalho¹; Fernanda Águas¹

¹Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: As próteses em Uroginecologia são utilizadas na correção de prolapso de órgãos pélvicos e de incontinência urinária, apresentando eficácia terapêutica superior à utilização de tecidos nativos. Contudo, as entidades reguladoras têm revelado preocupação crescente acerca da utilização das mesmas, sobretudo pelo desconhecimento da sua eficácia e segurança a longo prazo.

Objetivo: Avaliação das complicações associadas à utilização de próteses em cirurgia uroginecológica.

Material e métodos: Análise dos casos integrantes numa base de dados nacional, sobre a utilização de próteses em cirurgia urogine-

cológica, referentes a uma única instituição, considerando cirurgias de correção de prolapso de órgãos pélvicos (POP) e de incontinência urinária (IU), no período compreendido entre 1 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2020.

Resultados: Foram colocadas 472 próteses no período de estudo, 411 para correção de incontinência urinária e 61 para correção de POP. A média de idade das doentes incluídas no estudo foi de 56 anos. Na cirurgia de IU, em 89% dos casos foram utilizadas próteses transobturadoras. Foi efetuada correção de POP por via vaginal em 70% da amostra e abdominal em 30%. Na cirurgia vaginal foram utilizadas próteses anteriores em 51%, apicais em 44% e posteriores em 5%.

A taxa global de complicações foi 7,2%. Neste estudo, verificaram-se sobretudo complicações precoces (47%), intraoperatórias ou nas primeiras 48 horas após a cirurgia. A principal complicação consistiu na exposição ou extrusão da prótese (85% das complicações), sendo as doentes geralmente assintomáticas.

Conclusões: Num período de dois anos, a taxa de complicações associada à utilização de próteses em Uroginecologia é baixa. O conhecimento dos materiais, técnica cirúrgica e o cumprimento das orientações terapêuticas é fundamental para o sucesso da cirurgia e para a redução das complicações a ela associadas. Só a continuação do seguimento destas situações ao longo dos anos, num contexto nacional, permitirá tirar conclusões mais robustas sobre a sua segurança a longo prazo.

CO 05

MALIGNIZAÇÃO DA ENDOMETRIOSE OVÁRICA – CASOS DE UM SERVIÇO HOSPITALAR TERCIÁRIO

Mariana Robalo Cordeiro¹; Ana Lúcia Alves²; Teresa Simões²; Cristina Frutuoso¹; Fernanda Águas¹

¹*Departamento de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal;* ²*Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal.*

Introdução: A endometriose, doença benigna crónica associada a inflamação, com cerca de 10% de incidência, é caracterizada pela presença de tecido endometrial ectópico extra-uterino. A endometriose ovárica está associada a um risco acrescido de cancro epitelial do ovário, cuja etiopatogenia é desconhecida. O cancro do ovário associado a endometriose (EAOC) tem uma prevalência que varia com o tipo histológico. Van Gorp et al. classificou o EAOC em 3 categorias: A - Endometriose no mesmo ovário afetado pelo cancro com comprovação histológica de transição da endometriose para o cancro, B- Endometriose no mesmo ovário afetado pelo cancro sem comprovação histológica de transição da endometriose para o cancro, C- Endometriose no ovário contralateral, endometriose em ambos os ovários, endometriose extra-ovárica.

É necessário antecipar o diagnóstico de EAOC para otimização da terapêutica, pretendendo este estudo contribuir nesse sentido.

Objetivos: Análise dos casos clínicos de cancro do ovário associado a endometriose.

Materiais e métodos: Foram incluídos 38 casos de doentes com diagnóstico de carcinoma do ovário e antecedentes de endometriose ovárica neste estudo observacional retrospectivo. A análise estatística foi realizada com recurso ao software SPSS® v27.

Resultados e conclusões: Com a aplicação dos critérios de Van Gorp, 11 casos foram selecionados (incidência=28,9%), correspon-

endo 7 à categoria A, 2 à categoria B e 2 à categoria C. A média das idades foi de 64 anos [39-85], sendo apenas 2 doentes pré-menopáusicas. A média dos valores do CA-125 pré-operatório foi 934,1 U/mL [16-2274] e pós-operatório 14,8 U/mL [8-21]. Quanto ao tipo histológico, 3 doentes tinham adenocarcinoma de células claras, 7 carcinoma endometriode e 1 carcinoma seromucinoso. A média da dimensão histológica tumoral foi $85,3 \pm 52,6$ mm e apenas um caso apresentou margens cirúrgicas positivas. A taxa de mortalidade nesta amostra foi 27%.

Não se observou associação entre o valor do CA-125 pré-operatório e a dimensão histológica do tumor ($p=0,23$), nem entre o valor do CA-125 pré-operatório e a classificação de Van Gorp ($p=0,31$). Também não se verificou associação entre o tipo histológico e a classificação de Van Gorp ($p=0,73$).

Apesar da pequena dimensão amostral, estes resultados preliminares corroboram que, por um lado, a incidência do EAOC varia de acordo com os critérios histopatológicos aplicados, e, por outro lado, ainda não existe um marcador preditor do EAOC.

CO 06

MALFORMAÇÕES MÜLLERIANAS E ENDOMETRIOSE: UMA COINCIDÊNCIA?

Daniela David¹; Joana Bernardes Mafra¹; Ângela Rodrigues¹; Maria João Carvalho²; Fernanda Geraldies¹; Fernanda Águas¹

¹Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A endometriose é uma patologia comum da mulher em idade reprodutiva, com uma prevalência reportada em 10%. O espectro de malformações müllerianas varia desde formas mais simples e muitas vezes assintomáticas, até malformações complexas, sendo associadas a complicações obstétricas, infertilidade e endometriose. A teoria proposta por Sampson sobre a fisiopatogenia da endometriose, explica a relação existente entre estas duas patologias, as malformações müllerianas, sobretudo as obstrutivas e endometriose. **Objetivos:** Descrição da experiência de um centro terciário com experiência na orientação de malformações müllerianas e de endometriose.

Material e métodos: Análise retrospectiva e descritiva de casos de malformações müllerianas referenciados entre 2009 e Março de 2022. Foram incluídas as malformações tipo U3, U4 e U5 e ainda V3 e V4 (classificação segundo consenso ESHRE/ESGE 2013). Foi considerado diagnóstico de endometriose, estudo histológico documentado e/ou visualização de lesões típicas de endometriose em laparoscopia.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 58 casos malformações, das quais 36,2% ($n = 21$) são malformações do tipo obstrutivo. Em 31,0% ($n = 18$) dos casos havia outra malformação congénita associada, sendo a mais frequente a agenesia renal unilateral (77,8%,

n = 13). A média de idade no diagnóstico das malformações foi de 19,19±6,1 [10-34] anos. A principal sintomatologia associada e motivo de referência foi amenorreia primária (43,1% n = 25), seguida hematometra ou outros sinais/sintomas obstrutivos (20,7% n = 12) e dismenorreia intensa (13,8%, n = 8). Em 34,4% (n = 20) foi realizada laparoscopia. A taxa de endometriose foi de 55,0% (n = 11) das doentes que foram submetidas a laparoscopia, com todos os casos a apresentarem endometriose peritoneal, dois dos quais com endometriose ovárica associada. A taxa de endometriose foi superior no grupo de malformações obstrutivas (61,5% (n = 8) vs 42,9% (n = 3) malformações não obstrutivas p = 0,42).

Neste estudo, a taxa de endometriose reportada em malformações uterinas obstrutivas, apesar de estatisticamente não significativa devido à reduzida dimensão da amostra, foi superior à taxa de endometriose em malformações não obstrutivas.

Perante o diagnóstico de malformações uterinas, a caracterização adequada e a investigação concomitante de endometriose são fundamentais para melhorar o prognóstico reprodutivo e a qualidade de vida das doentes.

CO 07

TESTE HPV POSITIVO EM IDADE JOVEM: QUAL O PERFIL DE DOENTES COM REMISSÃO ESPONTÂNEA?

Daniela David¹; Daniela Melo²; Raquel Sousa¹; Joana Bernardes Mafra¹; Bárbara Gomes¹; Mariana Robalo Cordeiro²; Alexandra Santos¹; Carlota Carvalhos¹; Bárbara Sepodes³; Fernanda Santos¹; Vera Ramos¹; Olga Caramelo¹; Fátima Peralta¹; Teresa Rebelo¹

¹Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Clinica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; ³Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O rastreio do cancro do colo do útero (RCCU) em idades jovens, tem sido tema de debate. Vários estudos demonstram elevadas taxas de regressão de infeção nesta população, argumentando que a adoção de uma atitude expectante poderá diminuir iatrogenia subjacente.

Objetivos: Comparar as diferenças entre jovens com e sem eliminação espontânea de infeção por HPV.

Métodos: Estudo observacional e retrospectivo com análise dos processos clínicos de mulheres referenciadas à consulta de Patologia Cervico-Vulvar (PCV), por alteração do RCCU, entre 2016 e 2020. Foram incluídas mulheres com idade igual ou inferior a 30 anos, que realizaram tipagem HPV na primeira consulta e que foram vigiadas de forma expectante. Foram excluídas alterações citológicas de alto grau. Foram avaliados dois grupos: G1: com eliminação de infeção HPV na segunda tipagem; G2: com persistência de infeção.

Resultados: Durante o período analisado, foram identificadas 94 jovens, sendo que em 76 foi assumida uma vigilância expectante. Na tipagem HPV realizada na primeira consulta, 56 (73,7%) tinha HPV para outros de alto risco

(HP-AR), 6 (7,9%) HPV 16, 5 (6,6%) HPV 18 e 5 (6,6%) apresentava coinfeção (HPV 16 e 18, HPV-AR e 16 e HPV-AR e 18). Trinta e sete (48,7%) apresentava citologia reflexa LSIL, 25 (32,9%) NILM e 12 (15,8%) ASCUS. Os achados colposcópicos foram normais em 39 mulheres (51,2%). Foram identificados quatro achados grau 2, tendo sido realizada biópsia, revelando 75,0% (n = 3) LSIL e 25,0% HSIL/CIN 2.

Na segunda avaliação, realizada em média 12 meses, repetiram tipagem HPV 49 mulheres, das quais 44,9% (n = 22) apresentou teste HPV negativo. Aquelas com persistência de infecção eram maioritariamente fumadoras (53,8% n = 14 vs 22,7% n = 5, p = 0,04), com uso preferencial por contraceção hormonal (80,7% n = 21 vs 77,3% n = 17, p = 0,08), idade precoce de coitarca ($17,57 \pm 0,62$ no G1 vs $15,92 \pm 0,43$ no G2, p = 0,03) e p16/ki67 positivo na 1ª citologia (34,6% n = 34,6% vs 9,0% n = 2, p = 0,03). Três mulheres com infecção persistente, apresentaram à colposcopia achados grau2, sem sinais de invasão. Não foram encontradas diferenças relativamente à idade (G1 $27,9 \pm 2,2$ anos e G2 $26,6 \pm 3,5$ anos p = 0,13), vacinação e paridade.

Conclusões: O tabagismo, p16/ki67 positivo e coitarca precoce parecem ter influência na persistência de infecção por HPV. Estes dados, possibilitam equacionar se mulheres com infecção HPV e citologia reflexa de baixo grau deverão ter orientação imediata para uma unidade de PCV.

CO 08

FUNCIONAMENTO SEXUAL E DISTÚRBIOS DE DIFERENCIAÇÃO SEXUAL

Andreia de Vasconcelos Gaspar¹; Joana Mafra¹; Fernanda Geraldès¹; Fernanda Águas¹; Carla Rodrigues¹

¹Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Os distúrbios de diferenciação sexual (DDS) consistem em situações de ambiguidade sexual, resultante de uma incongruência entre o sexo cromossómico e o fenótipo dos genitais. São indivíduos que necessitam de uma abordagem multidisciplinar pela ginecologia, endocrinologia, cirurgia, urologia, psicologia e por vezes psiquiatria. O funcionamento sexual pode ser afetado de várias formas nesta patologia.

Objetivo: Avaliar o funcionamento sexual numa amostra de indivíduos com DDS.

Métodos: Estudo descritivo, realizado através da aplicação do questionário Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) a distúrbios de diferenciação sexual, que tenham iniciado atividade sexual, que sejam ou tenham sido vigiados em consulta de Ginecologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre 2000 e 2020.

Resultados: Dos 22 indivíduos vigiados em consulta apenas 10 foram elegíveis para o estudo. Foram excluídos 5 por idade inferior a 18 anos e por não terem iniciado atividade sexual, 5 por serem incontactáveis e 2 por não aceitaram participar no estudo. 50% tinham cariótipo 46,XY: 4 síndromes de insensibilidade a androgénios e 1 deficiência de 17--hidroxiesteróide desidrogenase. Os outros 50% tinham cariótipo 46,XX, correspondendo a hiperplasias congénitas da suprarrenal. A totalidade dos diagnósticos ocorreram na infância, 5 ao nascimento e os restantes abaixo dos 3 anos. Todas apresentavam ambiguidade sexual. 9/10 necessitaram de terapêutica

cirúrgica: gonadectomia bilateral foi efetuada em todos os casos com cariótipo 46,XY; 3 realizaram vaginoplastia, 5 clitoroplastia e 4 vulvoplastia. Todas têm atividade sexual e identidade de gênero feminina.

Os scores obtidos com a aplicação do Índice de Funcionamento Sexual Feminino foram baixos (16,18 11,275); 9/10 apresentaram scores inferiores a 26,55, o que demonstra disfunção sexual.

Conclusão: A amostra obtida é muito pequena, mas está de acordo com a literatura, uma vez que se trata de uma entidade clínica rara. A maioria apresentou disfunção sexual, o que nos alerta para a abordagem deste tema na consulta de rotina. É fundamental disponibilizar, sempre que necessário, consulta de sexologia na abordagem multidisciplinar destas doentes.

CO 09

CORRELAÇÃO ENTRE OS ACHADOS CLÍNICOS E OS ACHADOS ECOGRÁFICOS NO DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE

Rita Lobo¹; Mariana Santos¹; Fernanda Vilela¹; Tatiana Semedo Leite¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

A endometriose afeta cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva. Os sintomas mais frequentemente encontrados são dismenorrea, dor pélvica crónica, dor abdominal, dispáreunia e infertilidade. O diagnóstico é difícil, existindo uma média de 6-11 anos de atraso do diagnóstico em relação ao início dos sintomas. Para o diagnóstico é necessário um elevado grau de suspeição perante a história clínica e o exame objetivo deve ser direcionado, sendo muitas vezes necessário recorrer a ecografia especializada.

Este trabalho tem como objetivo correlacionar os achados obtidos na história clínica e exame físico com os identificados em ecografia

com recurso a contraste vaginal ou retal.

Foi realizada uma análise retrospectiva dos casos de endometriose do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Faro entre 2019-2021 que efetuaram ecografia diferenciada na Unidade de Ecografia Ginecológica do serviço de Ginecologia. Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS®26. Foram analisados os processos clínicos de 25 doentes, com idades médias de 35 anos (desvio padrão de 6,9), sendo que 17 realizaram ecografia estando já sujeitas a terapêutica hormonal com pelo menos 1 mês de duração (em média 10 meses). Os sintomas mais comumente encontrados foram dor pélvica, dismenorrea, infertilidade, dispáreunia e disquesia e os achados ecográficos foram nódulos dos ligamentos útero-sagrados (LUS), endometriomas, adenomiose, sliding sign negativo e imobilidade dos anexos. 33% das doentes que referiram disquesia apresentaram envolvimento gastrointestinal à ecografia. 71% das doentes que referiram dispáreunia, tinham nódulos nos LUS ou septo retovaginal (SRV). 73% dos casos com suspeita ao toque vaginal de atingimento dos LUS apresentaram este achado na ecografia. 50% das doentes com imobilidade do útero ao toque vaginal apresentaram sliding sign negativo (1/3 destas também com imobilidade dos anexos). 100% dos casos com suspeita de lesão no SRV foram confirmados em ecografia.

A ecografia ginecológica diferenciada realizada por operadores com experiência na identificação de achados sugestivos de endometriose revela-se essencial no diagnóstico e monitorização desta patologia, a par de um elevado grau de suspeição na avaliação inicial da doente em consulta.

CO 10

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA: COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS

Rita Valente¹; Susana Costa¹; Rita Figueiredo¹; Ana Sofia Fernandes¹; João Cavaco Gomes¹; Margarida Martinho¹

¹Hospital São João

Introdução: A endometriose associa-se a dor e infertilidade, podendo tornar-se verdadeiramente limitativa para as doentes. A cirurgia de endometriose profunda pretende melhorar a qualidade de vida destas doentes, através da remoção de lesões macroscopicamente visíveis e restabelecimento da anatomia. No entanto, devido à sua complexidade esta intervenção cirúrgica pode condicionar morbilidade significativa.

Objetivos: Descrever as complicações pós-operatórias e identificar fatores de risco de acordo com o a localização e extensão das lesões de endometriose (Classificação ASRM), características dos doentes e procedimentos cirúrgicos realizados.

Métodos: Estudo retrospectivo de 152 doentes submetidas a tratamento cirúrgico por suspeita de endometriose profunda num centro hospitalar terciário.

Resultados: Foram analisadas 152 mulheres com média de idade de 35.61 ± 6.1 anos .

Cirurgicamente foram detetadas lesões do compartimento anterior e posterior em 10,5% e 67,8% respetivamente e 51,4% apresentavam endometriomas uni ou bilaterais.

Nos casos em que ocorreu envolvimento intestinal (41,6%), a técnica escolhida para remoção da lesão foi por “shaving” em 95,3% dos casos, resseção discoide em 12,5% e resseção segmentar em 23,4%.

Em 27,6% dos casos ocorreu abertura da vagina, 15 por hysterectomia.

A mediana de internamento foi 4 dias (mín:1; máx:47).

Segundo a classificação Clavien-Dindo, as complicações cirúrgicas registadas no pós-operatório imediato e nos 6 meses de pós-operatório foram de grau I em 3,3% e 5,9%, grau II em 4,6% e 1,3%, grau IIIb em 1,3% e 0,7%, respetivamente. Não foram registadas complicações grau IIIa, IV ou V.

A ocorrência de complicações no pós-operatório imediato (de qualquer grau) foi de 9,2%, até ao 1º mês pós-operatório foi de 13,8%, entre o 1º mês e o 6º mês (de qualquer grau) foi de 7,9% e a taxa global de complicações de pós-operatório ao longo dos 6 meses (de qualquer grau) foi de 30,9%.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a ocorrência global de complicações e lesão intestinal, abertura da vagina intraoperatória ou lesão vesical.

Não foram encontradas diferenças entre a severidade das lesões (classificação sARM) e a ocorrência de complicações.

Conclusão: A ocorrência de complicações graves no pós-operatório é rara. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a previsão da ocorrência de complicações nesta amostra.

CO 11

VAGINAL NATURAL ORIFICE TRANSLUMINAL ENDOSCOPIC SURGERY – APLICAÇÕES EM UROGINECOLOGIA

Andreia Fontoura Oliveira¹; Rafael Brás²; Bercina Candoso²

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar do Médio Ave; ²Serviço de Ginecologia – Unidade de Uroginecologia, Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A vaginal natural *orifice transluminal endoscopic surgery* (vNOTES) constitui uma abordagem cirúrgica em expansão crescente na última década. Esta técnica, que combina os princípios da cirurgia endoscópica/laparoscópica com a abordagem por via vaginal, tem cada vez mais aplicações a nível da cirurgia ginecológica, incluindo em uroginecologia, sendo importante partilhar as suas potencialidades.

Objetivos: Partilhar as aplicações da técnica de vNOTES em Uroginecologia.

Material e métodos: Revisão da literatura disponível relativa às aplicações de vNOTES em Uroginecologia, apresentação da técnica e respetivas vantagens e desvantagens.

Resultados e conclusões: A técnica de vNOTES inicia-se com a realização de colpotomia, seguida de colocação de um dispositivo de retração como interface com a cavidade peritoneal, acoplado a um sistema semelhante a laparoscopia de porta única, conciliando as vantagens da cirurgia vaginal à visualização amplificada da cirurgia laparoscópica. Esta via procura ultrapassar as limitações da via vaginal ao permitir uma melhor visualização e exposição anatómica, bem como um maior campo cirúrgico para manipulação uterina, sendo por isso adequada em úteros grandes e em situações de espaço vaginal limitado. Apresenta ainda benefício em relação à via laparoscópica, ao evitar cicatrizes abdominais e as complicações inerentes às portas de

entrada abdominal e permitir boa visualização com uso de menores pressões intra-abdominais, adequando-se a pacientes obesas, nas quais a via de abordagem pode ser um desafio. Assim, esta técnica aplica-se à realização de vários procedimentos, tais como a histerectomia vaginal, a sacrocolpopexia e a suspensão dos ligamentos útero-sagrados (LUS) – vídeo.

Existe já evidência de benefício com o uso de vNOTES na cirurgia uroginecológica, nomeadamente na histerectomia vaginal com suspensão dos LUS: Comparativamente à via vaginal convencional, a técnica de vNOTES revelou menor tempo operatório e anestésico, maior taxa de procedimentos anexiais concomitantes e menor taxa de complicações ureterais. Comparativamente à laparoscopia, associou-se a melhores resultados estéticos, menor tempo operatório, menor taxa de complicações, menor perda hemática estimada, menor score de dor e recuperação pós-operatória mais rápida.

Face ao exposto, a vNOTES representa uma abordagem segura e adequada em Uroginecologia que poderá permitir expandir as indicações da via vaginal convencional e ultrapassar as suas limitações.

XV Congresso Português de Ginecologia



IMAGENS

I 01

COLPITE MISTA EM DOENTE COM DUPLICAÇÃO CERVICAL E ANTECEDENTES DE LSIL

Mariana Lira Morais¹; Teresa Fraga²

¹Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; ²Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

Mulher de 56 anos, caucasiana, saudável, antecedentes de útero septado completo, duplicação cervical e septo vaginal longitudinal não obstrutivo. História de exérese de lesão LSIL do colo esquerdo (D) e septotomia do septo vaginal com LASER CO2 em 2014. Atualmente assintomática e mantém vigilância em Unidade de Patologia do Trato Genital Inferior com último co-teste negativo. A: imagem colposcópica atual, sem preparação onde se identifica a duplicação cervical. Aplicação de ácido acético (B) e solução de lugol (C), 2 colos com ZT tipo 3, aparecimento de pontuado inflamatório sugestivo de colpíte mista difusa e focal (C1).

I 02

NICHO UTERINO - UMA CAUSA INCIDENTAL DE HEMORRAGIA E DOR

Marilene D'Oliveira¹; Mariana Solinho¹; Paula Rolha¹

¹Hospital de Santarém, EPE

Mulher de 44 anos, G2P2, antecedentes de 2 cesarianas é encaminhada para a consulta de ginecologia por quadro de hemorragia

uterina anormal menstrual e dismenorreia intensa desde o último parto há cerca 5 anos. A ecografia revelou um nicho uterino com 12x6 mm, sem outras alterações. Iniciou progestativo contínuo com boa resposta.

I 03

ANOMALIA MÜLLERIANA

Patrícia Gomes Ferreira¹; Carolina Carneiro¹; Vânia Ferreira¹; Isabel Monteiro¹

¹Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Legenda: 32 anos, sem coitarca e queixa de dismenorreia.

Na ecografia transvaginal, um hemiútero lateralizado à direita e uma cavidade rudimentar esquerda com presença de endométrio (classificação U4a de acordo com a classificação ESHRE/ESGE).

I 04

LEIOMIOMA RETROPERITONEAL DO LIGAMENTO LARGO – UM CASO CLÍNICO

Margarida Cal¹; Inês Tlemçani¹; Mariana Pimenta¹; Catarina Reis de Carvalho¹; Catarina Castro¹; Ana Luísa Ribeirinho¹

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Introdução: Os miomas uterinos são os tumores pélvicos sólidos mais frequentes nas mulheres, estimando-se que ocorram em cerca de 20 a 40% das mulheres em idade reprodutiva; correspondem a tumores monoclonais benignos com origem nas células

musculares lisas do miométrio. Raramente, podem apresentar padrões de crescimento ou topográficos atípicos, como o leiomioma metastático benigno, a leiomiomatose peritoneal disseminada, a leiomiomatose endovenosa, os miomas parasitas e o crescimento retroperitoneal. Apresentamos um caso clínico relativo a um caso de mioma parasita, um subtipo extremamente raro de miomas subserosos com origem num mioma pediculado.

Descrição do caso: Uma doente de 58 anos foi referenciada à consulta hospitalar de Ginecologia na sequência de um achado ecográfico de massa anexial, detectada numa ecografia de rotina. Tratava-se de uma doente assintomática, IO: 3003 (1 cesariana, 2 partos vaginais), na pós-menopausa, sem terapêutica hormonal e sem vigilância ginecológica regular. Os antecedentes pessoais eram irrelevantes e não fazia medicação crónica. A ecografia revelou útero normodimensionado com linha endometrial fina, ovário direito sem alterações e uma massa anexial esquerda sólida de 53mm, não vascularizada (Doppler score 1), sugestiva de fibroma ou fibrotecoma do ovário. Marcadores tumorais: CA125 7.3 e HE4 31; índice ROMA de baixo risco. A doente foi proposta para anexectomia esquerda laparoscópica. Intraoperatoriamente, constatou-se que ambos os ovários eram normais, não se confirmando a suspeita ecográfica de massa anexial. Contudo, observou-se um abaulamento na topografia da parede pélvica lateral esquerda e ligamento largo esquerdo, em provável relação com a massa sólida descrita na ecografia. Foi realizada incisão no ligamento largo com identificação e excisão laparoscópica da massa descrita, sem morcelação e com exteriorização por endobag.. O procedimento cirúrgico decorreu sem intercorrências e a doente teve alta clinicamente estável. O relatório histopatológico da massa sólida excisada revelou tratar-se de um lei-

omioma, confirmando o diagnóstico de mioma parasita retroperitoneal do ligamento largo.

Conclusão: Os casos de miomas parasitas colocam importantes desafios diagnósticos relativamente a outros tumores pélvicos, nomeadamente massas anexiais. Poderá ser debatida a importância da realização de ecografia intraoperatória no bloco operatório, que poderá revelar-se muito útil em casos semelhantes a este.

105

ÚTERO ARCUATO OU SEPTADO? CLASSIFICAÇÕES DIFERENTES, DIAGNÓSTICOS DIFERENTES

Ana Rita Figueiredo¹; Ana Sofia Fernandes¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de São João

Classificação ARSMI Espessura da parede uterina ≤ 1 cm define um Útero Arqueado
Classificação ESHRE/ESGE | Indentação interna mediana ao fundo uterino $>50\%$ da espessura da parede uterina define Útero Septado Parcial

A classificação da ESHRE/ESGE não tem em conta a anatomia da cavidade uterina e sobre diagnóstica úteros septados comparativamente a classificação da ARSM, podendo levar a iatrogenia.



VÍDEOS

VD 01

DIAGNÓSTICO HISTEROSCÓPICO DE CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

Juliana Jorge Romano¹; Priscilla Duarte Pessoa¹;
Bruna Bottura¹; Débora Maranhão¹ Gabriela Ketter¹;
Gustavo Barison¹

¹Hospital Israelita Albert Einstein

Introdução: O câncer de endométrio é a neoplasia mais comum do trato genital feminino, com pico de incidência entre 65 e 69 anos. Cerca de dois terços dos casos ocorrem após a menopausa. Apesar de a principal manifestação da doença ser sangramento vaginal, a etiologia mais frequente para sangramento no climatério é atrofia endometrial (50 a 54%), seguida de pólipos endometriais (9 a 25%), hiperplasias e câncer em menor incidência (3 a 10%), porém, é de extrema importância a investigação diagnóstica para excluir etiologias malignas. A biópsia endometrial às cegas pode ser realizada, porém, a sensibilidade para diagnóstico do câncer ou hiperplasia endometrial é de apenas 68%, com cerca de 11% de falha na obtenção do material. A histeroscopia diagnóstica, portanto, é considerada o padrão-ouro, uma vez que possibilita a visualização do endométrio e a realização de biópsias guiadas, elevando assim a especificidade do método.

Objetivos: Demonstrar a importância, a facilidade e objetividade da histeroscopia diagnóstica na investigação de sangramento pós

menopausa.

Material e método: Será ilustrado, por meio da histeroscopia diagnóstica, o caso de uma paciente de 69 anos, menopausada aos 52 anos, com queixa de sangramento intermitente pós menopausa há 1 ano. Ultrassonografia transvaginal evidencia útero com volume de 121cc, espessura endometrial de 20mm de aspecto irregular. Durante a histeroscopia ambulatorial, foi observado espessamento endometrial difuso, hipervascularizado, com proliferações de aspecto algodonosos e cerebroides, altamente suspeito para malignidade. Realizadas múltiplas biópsias direcionadas, das quatro paredes uterinas, pela visão histeroscópica. O material foi enviado para estudo anatomopatológico evidenciando carcinoma de endométrio do tipo endometrióide grau 1. A paciente foi encaminhada para serviço especializado em Ginecologia Oncológica para seguimento e conduta.

Resultado e conclusões: Apesar de na grande maioria dos casos o sangramento pós menopausa ter etiologia benigna, é necessário investigação endometrial, justamente para afastar causas pré malignas e malignas. Para isso, ressalta-se a importância da histeroscopia diagnóstica como exame de baixo custo e alta efetividade, uma vez que é um procedimento simples e pouco invasivo, de caráter ambulatorial, que permite realização de biópsias sob visualização, e possibilita, portanto

um diagnóstico precoce das lesões malignas com elevada especificidade.

VD 02

MIOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM OCLUSÃO TRANSITÓRIA DAS ARTÉRIAS UTERINAS E VASOS INFUNDÍBULO-PÉLVICOS

Luís Ferreira de Castro¹; Ana Andrade¹; Rosa Zulmira Macedo¹; Hélder Ferreira¹

¹Centro Materno Infantil do Norte / Centro Hospitalar Universitário do Porto

Mulher de 37 anos, 1G 1P, com clínica de hemorragia uterina anormal resistente ao tratamento médico e mioma FIGO tipo 5 com 9 cm de maior diâmetro. Uma vez que desejava preservar a fertilidade, optou-se por miomectomia laparoscópica com oclusão transitória das artérias uterinas (AU) e ligamentos infundíbulo-pélvicos (LIP) para reduzir a hemorragia intraoperatória. A oclusão transitória dos pedículos vasculares foi realizada no início do procedimento, utilizando endoclips de titânio com 5 mm. Após identificação dos ureteres, procedeu-se ao isolamento e oclusão das AU a 2-3 cm da sua origem. Em seguida, os LIP foram clampeados a cerca de 2 cm da inserção no ovário. A miomectomia foi realizada através de uma incisão uterina oblíqua no local do mioma, seguida de disseção circunferencial para permitir a enucleação do tumor. Após o encerramento do miométrio e previamente à morcelação do mioma, os clips vasculares foram removidos para restabelecer a vascularização e reavaliar a hemostase.

VD 03

CORREÇÃO DE LACERAÇÃO VESICAL POR LAPAROSCOPIA

Daniela Melo¹; Cláudia Andrade²; Teresa Rebelo¹; Henrique Dinis³; Fernanda Águas²

¹Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; ²Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

O vídeo retrata uma histerectomia total com omentectomia e biópsias peritoneais por laparoscopia numa mulher com 47 anos com diagnóstico prévio de tumor endometrióide borderline do ovário esquerdo, desenvolvido no contexto de endometriose (estadio FIGO IC1). Durante o procedimento cirúrgico, aquando da disseção vesicouterina, dificultada por endometriose pré-vesical, ocorreu uma laceração vesical, que foi corrigida laparoscopicamente com Vicryl® 2-0 em dupla camada. Foi efetuada prova de integridade vesical com azul de metileno, mantendo extravasamento e deixando dúvidas nas zonas de fragilidade. Confirmada a reptação bilateral dos ureteres. Procedeu-se então a cistoscopia que mostrou integridade da sutura da mucosa vesical e integridade dos meatos ureterais e dos ureteres, após progressão livre de fio guia e controlo por fluoroscopia.

A doente manteve sonda vesical por 3 semanas e realizou, posteriormente, cistografia com instilação de 200cc de soro com contraste que não evidenciou fugas de contraste nem refluxo vesico-ureteral.

VD 04

A IMPORTÂNCIA DOS EXAMES COMPLEMENTARES NO DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÕES UTERINAS

Sara Dias Leite¹; Ana Sofia Fernandes¹

¹Centro Hospitalar Universitário São João

Nulípara de 26 anos, sem coitarca, saudável, encaminhada à consulta de ginecologia por suspeita de malformação uterina.

Dificuldade no exame ginecológico, com observação de um colo uterino, sem aparentes septos vaginais.

Decidida realização de vaginoscopia, tendo-se visualizado um septo vaginal longitudinal incompleto ocupando o terço superior da vagina. Identificados dois colos comunicantes com a vagina, um de cada lado do septo vaginal.

Na ecografia transvaginal constatadas duas estruturas uterinas independentes e dois colos uterinos. A avaliação ecográfica 3D confirmou a presença de útero bicorporal.

Reavaliação ginecológica com identificação de septo vaginal longitudinal com inserção na parede lateral esquerda e apresentação preferencial do colo direito.

De acordo com a classificação da ASRM, feito o diagnóstico de útero didelfos, bicolis e septo vaginal longitudinal (ESHRE/ESGE U3bC2V1)

A doente mantém-se assintomática.

VD 05

POLIPECTOMIA COM SISTEMA DE EXTRACÇÃO DE TECIDO INTRA-UTERINO – 2 PRIMEIROS CASOS

Ana Carolina Coimbra¹; Pedro Viana Pinto¹; João Cavaco Gomes¹; Margarida Martinho¹

¹Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário São João

A ressectoscopia convencional é ainda considerada o procedimento de eleição para o tratamento de pólipos endometriais e miomas submucosos de maiores dimensões. Apesar

de globalmente seguro, o facto de obrigar à dilatação do colo uterino, utilização de energia eléctrica e remoção dos fragmentos, torna-o um procedimento cirúrgico mais demorado e com uma curva de aprendizagem longa, podendo associar-se a complicações como sobrecarga hídrica, perfuração uterina e aquelas associadas ao uso de energia eléctrica.

Assim, com o aparecimento de sistemas histeroscópicos de remoção de tecido que permitem a fragmentação mecânica e remoção dos fragmentos por aspiração, sem necessidade de dilatação ou uso de energia eléctrica, poderemos dispor de uma alternativa aparentemente mais segura mas igualmente eficaz, com uma curva de aprendizagem mais rápida. Apresentamos os 2 primeiros casos de polipectomia com o sistema IBS® (*Integrated Bigatti Shaver*) realizados no nosso hospital, em regime de ambulatório.

VD 06

EXCISÃO POR CIRURGIA ROBÓTICA DE NÓDULO DE ENDOMETRIOSE DO NERVO CIÁTICO

Margarida Cal¹; Natacha Sousa²; João Sequeira Alves³; Sónia Barata³; Filipa Osório³

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria; ²Hospital de Braga; ³Hospital da Luz de Lisboa

Introdução: A endometriose afeta aproximadamente 10% das mulheres em idade reprodutiva, sendo as manifestações clínicas mais frequentes a dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crónica e infertilidade. A doença manifesta-se principalmente na cavidade pélvica, embora possam existir apresentações atípicas numa minoria dos casos. A endometriose do nervo ciático é uma apresentação incomum da doença, causada por um implante de tecido endometrial ectópico no nervo ciático, na região da chanfradura ciática, que se as-

socia a uma neuropatia sensitivo-motora. Manifesta-se com cialgia cíclica que se agrava durante o período menstrual. A cirurgia minimamente invasiva é a abordagem preferida no tratamento cirúrgico da endometriose; neste caso, dada a elevada complexidade cirúrgica do procedimento, foi escolhida a via robótica por possibilitar uma maior precisão e segurança.

Descrição do caso: Mulher de 36 anos com diagnóstico de endometriose, que recorreu à consulta por queixas de cialgia catamenial cíclica intensa, com agravamento recente. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação da espinha ciática e no exame neurológico a exploração sensitiva era compatível com dor no território do dermatomo correspondente a L5. A ressonância magnética revelou útero com adenomiose difusa e um nódulo de endometriose nervo ciático direito, com cerca de 2.8cm e com extensão para o espaço obturador e plexo hipogástrico. Foi realizada cirurgia robótica com dissecação da parede pélvica direita e identificação do nódulo de endometriose em topografia medial ao nervo obturador, superior ao nervo ciático e externo ao ureter; foi realizada excisão parcial do nódulo de endometriose (por invasão muscular) com energia monopolar e bipolar e libertação de aderências ao nervo obturador direito. O procedimento cirúrgico e pós-operatório decorreram sem complicações, com melhoria franca das queixas da doente.

Conclusão: A endometriose do nervo ciático é uma forma incomum de apresentação da doença, contudo deve ser colocada esta hipótese diagnóstica perante mulheres em idade fértil com diagnóstico de endometriose e queixas de cialgia. A cirurgia minimamente invasiva, nomeadamente por via robótica, permite a excisão destes nódulos, sendo um procedimento complexo que exige um conhecimento aprofundado de neuropelveologia.



POSTERS COM APRESENTAÇÃO

PD 32

VULVECTOMIA SUPERFICIAL TOTAL LASER: UMA NOVA ERA NO TRATAMENTO DE VIN3 MULTIFOCAL EXTENSO

Ana Andrade¹; Susana Oliveira²; Luís Castro¹; Maria João Carinhas¹; Rosa Zulmira Macedo¹

¹Centro Materno-Infantil do Norte; ²Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: O tratamento ideal para neoplasias intra-epiteliais vulvares grau 3 (VIN3) extensas multifocais permanece alvo de debate. O objetivo é prevenir o desenvolvimento de cancro vulvar invasivo, ao mesmo tempo que se procura preservar a anatomia e funções normais da vulva.

Descrição do caso: Paciente de 56 anos referenciada por diagnóstico de HSIL vulvar. Como antecedentes pessoais apresentava artrite reumatóide. A paciente não havia recebido inoculação de vacina contra o HPV e havia realizado rastreio do cancro do colo do útero em 2021 que revelou Teste HPV + AR (não 16 e 18) e citologia NILM.

Por apresentar queixas de prurido vulvar intenso, recorreu a consulta com ginecologista assistente que realizou vulvosopia: vulva com múltiplas lesões com relevo, acetobranças, dispersas bilateralmente pela face externa dos pequenos lábios, face interna dos grandes lábios, região peri-clitoriana e da fúrcula, com extensão à área perineal e perianal. A colposcopia revelou uma ZT tipo 3,

com pontuado fino disperso pelo colo e paredes vaginais. Foram realizadas múltiplas biópsias vulvares, que revelaram lesão pavimentosa intra-epitelial de alto grau (VIN3). Dada a extensão das lesões e os resultados histológicos, a paciente foi submetida a vulvectomia superficial parcial, poupando-se o terço médio vulvar esquerdo, com extensão ao corpo perineal, utilizando laser de CO₂, e a vaporização laser de lesões vulvares satélites e de condilomas perianais. O procedimento decorreu sem intercorrências, numa sessão única, sem pontos de sutura ou retalhos de pele. A perda hemática foi vestigial. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou envolvimento extenso do epitélio pavimentoso estratificado por lesão com características de lesão intra-epitelial pavimentosa de alto grau (HSIL - VIN 2 e VIN 3) com displasia de alto grau adjacente/interceptada nas margens cirúrgicas. Na consulta de revisão pós-operatória a paciente encontrava-se assintomática e ao exame físico a vulva encontrava-se em processo de normal cicatrização, com intróito vaginal preservado. Quatro meses após o procedimento foi realizada nova vulvosopia com biópsia de áreas suspeitas, que não revelaram displasia. Até ao momento a paciente não evidencia sinais de recorrência da patologia vulvar.

Conclusão: O recurso a vulvectomia superficial com laser de CO₂ representa um trata-

mento seguro e adequado ao tratamento de lesões de VIN3 a envolver áreas de grande extensão da genitália externa.

PD 81

URETER OU TROMPA? QUANDO A CLÍNICA É DISCREPANTE DA IMAGIOLOGIA NAS MALFORMAÇÕES MULLERIANAS

Carvalhos C.A.¹; Subtil S.¹; Castro M.G.¹; Geraldes F.¹; Rodrigues C.T.¹; Águas F.¹

¹*Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

Introdução: As malformações müllerianas são alterações da anatomia feminina, resultantes do desenvolvimento embriológico anômalo dos ductos müllerianos. Embora se estime uma incidência entre 0,004 e 3,8%, o verdadeiro número é desconhecido, pois muitas vezes são assintomáticas.

Descrição do caso: Adolescente, 13 anos, saudável, recorreu à urgência pediátrica por dor abdominal e vômitos. Foi efetuada ecografia que revelou útero bicorporal, hematometra à esquerda e hematocolpos. Foi instituída analgesia e na alta foi medicada com estroprogestativo contínuo. Posteriormente, realizou ressonância magnética (RM) que revelou útero bicorporal, hematometra à esquerda e estrutura alongada, com trajeto cranial até ao ovário, com 13 cm, sugerindo ureter ectópico residual, associado a agenesia renal.

Após referenciação à consulta de Ginecologia, realizou ecografia 3D que confirmou um útero bicorporal, hematometra e hematossalpinxe à esquerda. Foi proposta para cirurgia, laparoscopia e vaginoscopia diagnósticas/cirúrgicas. Os achados operatórios comprovaram a existência de útero bicorporal com hemi-útero esquerdo mais volumoso, hematossalpinxe, aderências a ocluir o fundo de saco de Douglas, ovários e trompa direita sem alterações. À vaginoscopia, visualizou-se o colo uterino direito e um septo vaginal obstrutivo

à esquerda que, após vaginotomia, permitiu a drenagem do hematocolpos e a visualização do colo uterino esquerdo. À histeroscopia, foram observadas duas hemicavidades uterinas independentes, com ostia tubares normais. Confirmou-se o diagnóstico de malformação U3bC2V3 da classificação ESHRE.

Por laparoscopia foi efetuada lise de aderências e salpingectomia esquerda. Pós-operatório imediato sem complicações, tendo tido alta com indicação de manter estroprogestativo por mais 3 meses.

Após 16 meses sem medicação, mantém-se assintomática, com ciclos regulares, fluxo normal e dismenorreia moderada. Na ecografia de controlo, nenhuma das duas hemicavidades apresentavam sinais de hematometra.

Conclusão: Nas malformações müllerianas é essencial um diagnóstico precoce e preciso a fim de optar pela melhor abordagem, de modo a restaurar a anatomia e preservar o futuro reprodutivo das adolescentes. Perante suspeição clínica, a ecografia 3D, é o gold standard, relegando para segundo plano a RM. Porque as malformações müllerianas podem revestir-se de enorme complexidade, a intervenção de uma equipa multidisciplinar, é de extrema importância.

PD 84

RESSETOSCOPIA EM REGIME DE AMBULATÓRIO – CASUÍSTICA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Diana Rodrigues Martins¹; Ana Beatriz Almeida¹; Sandra Vilar Soares¹; Susana Carvalho¹; Roza Zulmira Macedo¹

¹Centro Materno Infantil do Norte – CHUPorto

Introdução: A ressetoscopia é um procedimento cirúrgico associado a elevada eficácia, contudo as complicações que desta podem advir não são negligenciáveis.

Objetivos: Descrever e analisar a casuística relativa às ressetoscopia realizadas em regime de ambulatório. Pretende-se ao avaliar a prática atual contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

Material e métodos: Estudo retrospectivo observacional no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2021, acerca das ressetoscopia realizadas em regime de ambulatório no Centro Materno Infantil do Norte – CHUPorto. Foram analisadas variáveis demográficas, bem como antecedentes ginecológicos e obstétricos, além da clínica subjacente, achados intraoperatórios, complicações, diagnóstico pós-operatório, e acompanhamento posterior. Para a análise dos dados recorreu-se ao programa SPSS® versão 28.

Resultados e conclusões: Foram realizados um total de 285 procedimentos. A idade média das doentes foi de 48 anos, sendo a hipertensão arterial a principal co-morbilidade (26.7%). A maioria das mulheres apresentava partos vaginais prévios (n = 156; 56.9%), e apenas 25% (n = 274) cumpriam critérios de menopausa.

A principal indicação cirúrgica foi hemorragia uterina anómala (n = 167; 58.6%), seguindo-se o achado incidental em exame de rotina (n = 76; 26.7%). Os achados ecográficos foram sugestivos de espessamento endometrial difuso, pólipos ou mioma FIGO 0/1/2 em 30.8%,

31.1% e 30.8% respetivamente (n = 276). Em 51 dos casos (17.9%) foi proposta histeroscopia de consultório prévia.

Relativamente aos achados intraoperatórios destacam-se: pólipos endometriais (n = 103; 36.1%), miomas (n = 86; 30.2%), ou ambos (n = 19; 6.7%). O número de formações excisadas foi superior a 2 em 15% dos casos (n = 30), sendo que o diâmetro da maior formação removida foi de cerca de 6 cm.

Ocorreu uma complicação em 4.2% dos casos (n = 12), destacando-se a perfuração uterina mecânica. Nenhuma das intercorrências motivou internamento da doente. O procedimento foi considerado completo em 88.4% dos casos. O estudo anatómopatológico foi sugestivo de pólipo endometrial em 37.5% da amostra. Mais de 70% das doentes cumpriram critério de alta após a cirurgia (n = 204; 71.6%), tendo-se verificado apenas um caso de re-intervenção após ressetoscopia aparentemente completa.

A ressetoscopia em regime de ambulatório apresenta-se como um procedimento com elevada taxa de eficácia, e baixa taxa de complicações.

PD 114

EMBOLIZAÇÃO EM DOENTES COM PATOLOGIA GINECOLÓGICA

Raquel Sousa¹; João Facas²; Vera Ramos¹; Fernanda Águas¹

¹Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Imagem Médica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Desde a introdução da embolização no tratamento dos miomas uterinos tem havido um interesse crescente na colaboração com a radiologia de intervenção para a avaliação e tratamento de doentes da ginecologia/obstetrícia. Esta abordagem é de especial interesse quando o tratamento cirúrgico não é de eleição, em doentes complexas do

ponto de vista médico ou cirúrgico, em situações com necessidade de reduzir as perdas hemáticas, emergências ginecológicas ou obstétricas ou quando se pretende preservar o útero.

Objetivos: Descrever as embolizações realizadas em doentes com patologia Ginecológica/Obstétrica

Material e métodos: Análise retrospectiva e descritiva de todos os casos clínicos de doentes da Ginecologia submetidas a embolização.

Resultados: Durante o último ano e meio registaram-se 10 situações em que foi solicitada a colaboração da Radiologia de Intervenção para a realização de embolização. Na maioria dos casos foi realizada embolização das artérias uterinas (6), houve dois casos de embolização de artérias cervicais, um caso de embolização da artéria pudenda interna e um caso de embolização do nidus de malformação arteriovenosa (MAV).

A idade média das doentes foi 41,3 anos. Cinco eram nulíparas. Duas doentes foram encaminhadas de outros hospitais para o procedimento.

A indicação da intervenção na grande maioria dos casos (n = 9) foi a hemorragia uterina anormal (HUA) e, em apenas um caso foram os sintomas compressivos de mioma uterino. Em cinco casos a embolização ocorreu em situações de HUA aguda.

A patologia que motivou a intervenção foi a seguinte: em quatro casos, miomas uterinos, em doentes sem resposta a terapêutica médica e com desejo de preservar o útero; dois casos de MAV, uma congénita, a condicionar HUA com vários anos de evolução, e outra após aborto espontâneo; um caso de gravidez cervical em que a embolização permitiu o controlo da hemorragia e posterior destacamento do tecido trofoblástico; dois casos de carcinoma do colo, para controlo de hemorragia aguda; um caso no contexto de HUA por

progressão tumoral de sarcoma uterino.

Conclusões: A abordagem multidisciplinar entre a Ginecologia e Radiologia de Intervenção é uma mais-valia, permitindo às doentes um maior leque de opções terapêuticas. No caso dos miomas, pode ser a opção à histerectomia em doentes que pretendem preservar o útero. Por outro lado, em situações de HUA aguda, pode evitar uma cirurgia de emergência ou constituir a única alternativa para salvar uma vida.

PD 126

MAP_OCSUR – MAPPING CENTERS FOR OVARIAN CANCER SURGERY IN PORTUGAL

Cristina Frutuoso¹; João Completo², Ângela Dias³; Carolina Antunes⁴, Filipa Bernardo^{5,2}; Ângela Dias; Carolina Antunes; Filipa Bernardo³

¹CHUC; ²IQVIA Portugal; ³Astra Zeneca – Portugal

Background: Ovarian cancer (OC) is the leading cause of death among all gynaecological cancers and more than 2/3 of patients are diagnosed in advanced stages. Management of advanced OC comprises cytoreductive surgery and systemic treatment. Multiple studies have shown improved progression-free and overall survival where complete or maximal macroscopic cytoreduction has achieved no residual or minimal disease after resection. Recent analyses have shown that optimal cytoreductive surgery rates are higher among more experienced surgeons at higher-volume hospitals. MAPOCSur aimed to characterize the landscape of OC surgeries and map centers in Portugal.

Methods: MAP-OCSur is a longitudinal retrospective study to obtain real-world data by analysing 55 National Health Systems (NHS) hospitals' databases. Patients with a diagnosis of OC in 2017 or 2018 (as per ICD-10) and submitted to a first OC surgical procedure in 2018 were included. OC surgical procedures were defined according to ICD10 for excisions

and resections of Ovary, Fallopian Tubes, Uterus and Lymph and Excisions of the Peritoneum (only Diagnostic). To characterize surgeries, additional surgical procedures were analysed, such as omentum, large intestine, small intestine, peritoneum and other organs surgical procedures. Descriptive analysis were conducted.

Results: In the study $n = 514$ patients were analysed.

Core OC surgical procedures pattern is presented in Fig 1.

More than half (59%) of the patients underwent additional procedures (42% omentum, 25% large intestine, 24% peritoneum, 6 % in small intestine and 6% in other organs). The number of surgeries per hospital cluster was similar between medium ($n = 84$), regional ($n = 114$), central/university ($n = 119$) and Oncology hospital ($n = 111$), with the exception of small hospitals ($n = 20$). However, the number of cytoreductive surgeries per hospital varied, higher in Oncology and Central/ University hospitals, 37 and 20 surgeries respectively, and noticeably smaller in regional ($n = 11$), medium ($n = 5$) and small hospitals ($n = 2$) (Table 1)

Conclusions: MAP-OCsur reveals OC surgery complexity. ESGO certification for advanced ovarian cancer surgery defines the number of cytoreductive surgeries per center per year as one of its quality indicators. Only Oncology and Central/ University hospitals would meet the Minimum required target ($20 \leq n < 49$) number of surgeries per year. This highlight the need for future guidelines to be designed for optimizing structure of centers

PD 01

CONTRACEÇÃO HORMONAL MASCULINA: AVALIAÇÃO DO IMPACTO NO PLANEAMENTO FAMILIAR

Maria Rivera Ferreira Silva Pinto¹; José Alberto Fonseca Moutinho²

¹Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior; ²Centro Hospitalar Cova da Beira

Introdução: Atualmente, os métodos contraceptivos masculinos estão limitados ao preservativo e à vasectomia. No entanto, estes não constituem métodos contraceptivos ideais, quer pela elevada taxa de falha contraceptiva, no caso do preservativo, quer pela irreversibilidade da vasectomia. Assim, a procura de novos métodos contraceptivos masculinos afigura-se aliciante.

A contraceção hormonal masculina poderá vir a conceder ao homem um papel mais ativo no planeamento familiar, na medida em que, ao dispor de mais opções contraceptivas eficazes, o homem poderá ter a capacidade de prevenir a gravidez, de forma independente da intervenção feminina. Em última instância, a contraceção hormonal masculina capacitará o homem de um poder de decisão equivalente ao da mulher, reforçando a paridade que deve existir entre o casal, no que toca à sua fertilidade.

Objetivos: Efetuar uma revisão atualizada da literatura sobre contraceção hormonal masculina, focada nos regimes hormonais, nos riscos e benefícios da sua administração, na sua aceitabilidade e no seu impacto no âmbito do Planeamento Familiar.

Material e métodos: Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica, recorrendo à base de dados PubMed. Foram selecionados artigos na língua inglesa, publicados a partir do ano 1985, utilizando os termos: *male contraception*, *male*

contraceptives, *male hormonal contraception* e *male hormonal contraceptives*.

Resultados e conclusões: A abordagem hormonal mais promissora consiste no regime combinado de androgénio e progestativo, administrado por via injetável ou transdérmica, em gel, mas a administração oral encontra-se em investigação. Dados indicam que estes métodos são seguros a curto-prazo, reversíveis e mais eficazes do que o preservativo.

Ainda é necessário otimizar os métodos contraceptivos hormonais masculinos, com vista à sua comercialização, especialmente no que respeita à sua reversibilidade a curto prazo e à sua segurança a longo prazo. É crucial cativar o financiamento de agências governamentais e não governamentais para a concretização de ensaios clínicos, tornando-se preponderante encontrar estratégias para atrair o interesse de investidores.

No futuro, o desenvolvimento e comercialização de um método contraceptivo hormonal masculino seguro, reversível e eficaz será um passo importante em direção à igualdade reprodutiva, em concordância com a atual tendência social de envolver cada vez mais os homens numa responsabilidade partilhada com as suas companheiras no planeamento familiar.

PD 02

MIOMA CERVICAL GIGANTE

Ana Ribeiro¹; Nuno Oliveira¹; Marisa Moreira¹; Filomena Ramos¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: Os leiomiomas cervicais são raros e ocorrem em menos de 5% dos casos. Podem crescer ao longo do canal cervical e através da vagina. Estão associados a maior dificuldade cirúrgica aquando da realização

de histerectomia ou miomectomia, lesões do trato urinário e hemorragia intraoperatória.

Caso clínico: Mulher de 52 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao serviço de urgência por hemorragia vaginal abundante aguda e suspeita de prolapso uterovaginal completo. Exame objetivo geral sem alterações de relevo. Ao exame ginecológico objetivou-se uma volumosa formação amolecida com cerca de 10 cm a exteriorizar-se pela vulva, com ponto de partida aparente do colo ou cavidade uterina. Não foi possível realizar a ecografia transvaginal pelas dimensões da massa. A ecografia abdominal revelou uma imagem compatível com o útero na pélvis com líquido intracavitário sugestivo de hematometra. A doente foi submetida a histerectomia abdominal com anexectomia bilateral. O exame anatomopatológico revelou um útero com 5x5x2,5 cm com 2 miomas intramurais. O colo uterino apresentava-se deformado por uma lesão intraparietal de 3 cm. Presença de formação com 12x 9x 8 cm proveniente do colo uterino. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. Na consulta de avaliação pós-operatória a doente encontrava-se clinicamente bem e sem alterações de relevo ao exame objetivo e ginecológico.

Conclusão: Os miomas uterinos constituem a principal causa de histerectomia. A presença de um mioma isolado no colo é muito rara e a sua incidência está reportada em 0,6% das peças de histerectomia. Os leiomiomas cervicais podem ser classificados em extracervicais (subserosos) e intracervicais (intramurais). Estão descritas algumas complicações associadas a esta patologia, nomeadamente, hemorragia uterina anómala, compressão sobre a uretra e bexiga, dor pélvica ou abdominal, prolapso, torsão ou infeção. O seu diagnóstico é por vezes difícil e pode necessitar de recurso a ecografia endovaginal e, por vezes, ressonância magnética. O tratamento

é cirúrgico e depende das características do útero, patologia uterina concomitante e das características do próprio mioma, número e localização. Pode ser considerada histerectomia abdominal ou vaginal. Este caso reveste-se de grande importância não só pela sua apresentação atípica, como pelo facto de estarmos a lidar com uma patologia rara que pode ter consequências tão graves como um inversão uterina total ou um prolapso uterovaginal completo.

PD 03

CIRURGIA CONSERVADORA NA TORÇÃO DE OVÁRIO ÚNICO – UM CASO CLÍNICO

Ana Dagge¹; Rita Rosado¹; Catarina Reis de Carvalho¹; Carla Nunes¹; Catarina Castro¹; Ana Luísa Ribeiro¹

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

A torção anexial é uma emergência ginecológica. A duração dos sintomas e o aspeto intraoperatório macroscópico do ovário não são preditores da função ovárica após a correção anatómica. Os principais riscos associados à preservação do ovário são a necrose e infeção, pelo que é essencial a vigilância de sinais de alarme, nomeadamente febre, dor abdominal ou instabilidade hemodinâmica.

Mulher de 27 anos, nulípara, com antecedentes de ooforectomia direita na infância por torção de massa anexial, deu entrada no SU por dor abdominal tipo cólica, de início súbito na madrugada anterior, localizada à FIE e intensidade 8/10. Apresentava dor à palpação da FIE com defesa e dor à descompressão. Realizou uma ecografia pélvica: “ovário esquerdo com 72x55x41mm, sem vascularização, disposição periférica dos folículos no parênquima”. Pela forte suspeita de torção do ovário, foi realizada uma laparoscopia diagnóstica tendo-se verificado a presença de tripla rotação do pedículo anexial esquerdo. O ovário apresentava dimensões aumentadas

e coloração arroxeada (imagem). Foi preenchida a cavidade pélvica com soro e feita a rotação do pedículo anexial, recuperando-se a normal anatomia. O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências. Teve alta três dias depois medicada com antibioterapia profilática. Dois dias após a alta, foi reinternada por febre (38.1°C) e subida dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 16,3 G/L e PCR 20mg/dL). Realizou ecografia pélvica: “edema do estroma e disposição de folículos à periferia; vascularização mantida e sem sinais de torção do pedículo anexial”. Foi decidido manter atitude expectante, após consentimento da doente, e iniciar antibioterapia endovenosa com ertapenem, que cumpriu durante 10 dias. Verificou-se uma melhoria clínica e analítica, sem novos picos febris e com descida da PCR (à data da alta 0,83mg/dL). Um mês após a cirurgia, verificou-se o retorno aos ciclos menstruais normais e foi realizada uma ecografia pélvica que revelou: “ovário esquerdo com 50 x 11 x 27 mm, com folículo dominante com 9 x 5 x 9 mm com vascularização mantida” (ver imagem). A doente foi referenciada à consulta de Medicina da Reprodução para preservação ovárica. Este caso clínico ilustra a importância da preservação do ovário em casos de torção anexial, principalmente quando ocorre em idade fértil ou em doente com um ovário único. É essencial a vigilância apertada destas doentes, de forma a detetar de forma precoce sinais de alarme para possíveis complicações.

PD 04

HIDRADENOMA NODULAR – RELATO DE CASO E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Juliana Jorge Romano¹; Fernanda K. Tso¹; Yasmin Cesquim¹; Julizia May¹; Sergio Podgaec¹; Patricia Napoli Belfort Mattos¹

¹Hospital Israelita Albert Einstein

Introdução: Nódulos vulvares podem apresentar etiologias diversas, desde infecciosas até neoplásicas. Devido ao amplo espectro de doenças, ressalta-se a importância da diferenciação clínica das lesões para adequado diagnóstico e condução do caso.

Descrição: Paciente de 46 anos apresentando lesão nodular em região vulvar, de crescimento lento há 10 anos. Ao exame ginecológico: presença de lesão nodular sólido cística de aproximadamente 3cm, em terço médio do grande lábio direito, sem sinais flogísticos e saída de secreção. Realizada exérese da lesão sob raquianestesia com bisturi de alta frequência com eletrodo em agulha (potência 45 watts - corte puro) e ressecção da cápsula. Após abertura da cápsula, observou-se saída de conteúdo amarelado com odor fétido, em moderada quantidade. O estudo anatomopatológico evidenciou hidradenoma nodular.

Conclusão: O hidradenoma nodular é uma rara neoplasia benigna das glândulas apócrinas que acomete principalmente mulheres entre 30 e 60 anos. Apresenta-se por nódulo, pequeno, de crescimento lento, na derme ou subcutâneo da região anogenital feminina, único, móvel e bem delimitado. Apesar de geralmente assintomático, alguns sintomas são descritos, como prurido, dor, ulceração ou saída de secreção. O diagnóstico é feito por estudo anatomopatológico que evidencia lesão dérmica parcialmente sólida ou sólido cística, com projeções papilares associadas a células secretoras colunares, células mioepiteliais achatadas e espaços císticos dilatados. O tratamento consiste na exérese

total da lesão, sem necessidade de ampliação da margem. A taxa de recorrência é de 12% caso não seja retirado completamente. Com a exérese total são raros os casos de recidiva e de malignização. Diagnósticos importantes de exclusão devem ser lesões malignas, como lipossarcoma em região vulvar, que geralmente apresenta-se como lesão única, de pequeno ou médio porte, e sua aparência macroscópica circunscrita leva frequentemente, ao diagnóstico errôneo de doença benigna. Os cânceres de pele não melanoma também merecem destaque. Estes apresentam crescimento mais rápido, com vascularização associada e sintomas como prurido, saída de secreção e ulceração. Este diagnóstico diferencial é importante pois exige abordagem mais invasiva e requer margem cirúrgica. A importância deste relato é o conhecimento dos diagnósticos diferenciais dos nódulos vulvares, a fins de excluir a possibilidade de neoplasia maligna e permitir a condução adequada do caso.

PD 05

MALFORMAÇÕES MULLERIANAS: ABORDAGEM DE 2 CASOS CLÍNICOS DE U3bC2V1

Joana Sousa Nunes¹; Rita Ladeiras¹; Cátia Ferreira¹;
Vanessa Silva¹; Luísa Machado¹

¹Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: As malformações mullerianas são anomalias congénitas do trato genital feminino. Esta condição benigna tem uma prevalência de 4 a 7% e, dependendo da sua gravidade, pode associar-se a um forte impacto a nível físico (sexual e reprodutivo) e psicológico na vida das mulheres abrangidas. Atualmente, a classificação ESHRE/ESGE é a mais consensualmente aceite para a descrição destas anomalias anatómicas.

Descrição dos casos: O objetivo do presente estudo foi descrever a abordagem de 2 casos

clínicos referenciados à consulta de Ginecologia Geral do Hospital da Senhora da Oliveira por suspeita de septo vaginal e útero didelfos, entre 2019-2022. As doentes, sem antecedentes de relevo, eram jovens e assintomáticas. O compromisso reprodutor não foi avaliado num dos casos (doente nuligesta, sem tentativa prévia de conceção). O outro caso foi referenciado a consulta obstétrica durante a primeira gravidez, tendo esta decorrido sem intercorrências e culminado numa cesariana a termo por trabalho de parto estacionário. Na consulta de Ginecologia, foi feito o estudo cuidado da malformação mülleriana. O exame objetivo demonstrou a visualização ao espéculo de um septo vaginal longitudinal completo não obstrutivo e palpação ao toque vaginal de 2 colos uterinos, sem outras alterações relevantes. A ecografia endovaginal evidenciou um útero bicorporal num dos casos e causou dúvidas sobre a sua natureza septada ou bicorporal noutra das doentes, a mesma esclarecida por uma histeroscopia que objetivou um útero bicorporal completo e 2 hemicavidades tubulares e estreitas, com óstios tubares visíveis. Pela classificação ESHRE/ESGE, foram descritas as malformações como U3bC2V1. A doente diagnosticada com a anomalia durante a gravidez foi submetida 17 meses após o parto a correção cirúrgica do septo vaginal, tendo posteriormente engravidado de novo, com gravidez sem intercorrências e segundo parto por cesariana a termo por feto em apresentação pélvica. Uma septoplastia vaginal idêntica foi também realizada na doente nuligesta. A evolução pós-operatória decorreu sem intercorrências em ambas.

Conclusão: Ainda que pouco frequentes, as anomalias congénitas müllerianas também podem ter um curso benigno sexual e reprodutor, como no caso da malformação U3bC2V1 aqui apresentada.

PD 06

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO POR TESTE DE HPV. HAVERÁ VANTAGEM EM FAZER CITOLOGIA REFLEXA ?

Vitor Caiiro¹; José Fonseca Moutinho¹; Bruno Esteves²

¹FCS - Universidade da Beira Interior; ²Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira

Introdução: Estudos recentes têm mostrado que o teste de HPV é mais sensível do que a citologia isolada, na deteção e prevenção de lesões Intra epiteliais de alto grau (HSIL). Consequentemente, alguns países, entre os quais Portugal, têm implementado programas de rastreio do cancro do colo do útero (CCU), baseados no teste de HPV primário. Nestes programas de rastreio, as mulheres com teste de HPV 16 e/ou 18 positivo, são referenciadas de imediato para colposcopia, enquanto as mulheres com teste de HPV positivo para os outros genótipos de alto risco, devem fazer citologia reflexa. O nosso estudo pretende equacionar o interesse da realização da citologia reflexa nas mulheres com teste de HPV 16 e/ou 18 positivo, no sentido da rentabilização do programa de rastreio do CCU em Portugal.

Materiais e métodos: Realizou-se um estudo transversal e retrospectivo, com base nos dados obtidos pelo protocolo de rastreio de conveniência do CCU implementado no CHUCB, entre agosto de 2012 e junho de 2021. O método de rastreio aplicado foi o Teste de Cobas[®]4800 HPV, que deteta o HPV 16, HPV 18 e outros 12 genótipos de HPV de alto risco oncogénico, com meio líquido Surepath[®]. Dos 8022 testes realizados às 6376 mulheres submetidas ao rastreio de conveniência no CHUCB, durante estes 9 anos, foram selecionadas 339 mulheres (5,3%), que tiveram teste de HPV positivo para os genótipos 16 e/ou 18 e que fizeram citologia reflexa. Para todos estes casos, foram analisados os resul-

tados do teste de HPV (16 e/ou 18), o estudo citológico e o estudo histológico das biopsias obtidas por colposcopia (imediate e ao fim de 3 anos).

Resultados: A amostra em estudo era constituída por 339 mulheres que tiveram o primeiro teste positivo para os HPV 16 e/ou 18, referenciadas para colposcopia imediata, tendo sido diagnosticados 40 (11,8%) casos de lesão de HSIL+. Destes 40 casos, 12(30%) tinham tido citologia reflexa de NILM e apenas 14 (35%) apresentaram uma citologia de HSIL+. Ao fim de 3 anos, das 150 mulheres que se mantiveram em follow-up, foram diagnosticados 14 (9,3%) de lesões histológicas de HSIL+, das quais 5 (35,7%) tinham estudo citológico inicial de NILM.

Conclusões: Apesar da pequena casuística os resultados deste estudo permitem-nos concluir que a citologia reflexa, em mulheres com testes de HPV 16 e/ou 18 positivos, não é adequada para a programação de colposcopia imediata, visto que a maioria das mulheres com resultado histológico de lesão de HSIL+, apresentou citologia reflexa <HSIL.

PD 07

DOR PÉLVICA RECORRENTE NA ADOLESCÊNCIA: APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE HÍMEN IMPERFURADO

Mariana Santos¹; Rita Lobo¹; Ana Edral¹; Rita Martins¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: O hímen imperfurado (HI) é a alteração obstrutiva mais frequente do aparelho genital feminino. A incidência desta malformação é de 1:2000.

Descrição do caso: Adolescente de 13 anos de idade, leucodérmica, com antecedentes de infeções recorrentes do trato urinário desde recém-nascida, sem malformações descritas. Ainda sem menarca ou coitarca. Como antecedentes familiares de relevo, apresenta avó

paterna com hímen imperfurado. Recorreu ao SU por dor abdominal constante nos quadrantes inferiores, com 4 dias de evolução, com agravamento na posição sentada, associada a disquesia sem melhoria com analgesia oral e não apresentava alterações do trânsito intestinal ou queixas urinárias. Histórico de recorrentes vindas ao SU pelo mesmo quadro nos últimos 15 dias com urina sumária e urocultura repetidamente negativas e melhoria ligeira dos sintomas após enemas. Ao exame objetivo apresentava bom estado geral, hemodinamicamente estável, estadio pubertário de Tanner 4-5. Saliava-se o abdómen doloroso à palpação nos quadrantes inferiores, sem sinais de irritação peritoneal. Ao exame ginecológico foi identificado um abaulamento do hímen, com coloração arroxeadada, constatando tratar-se de um hímen imperfurado. Realizou -se ecografia transabdominal que revelou um útero com útero com 49 mm x30mm, endométrio fino, FSD livre. Na ecografia transperineal identificado hematocolpos com 11.8 cm x 6.9cm. Foi internada com o diagnóstico de criptomenorrea por hímen imperfurado, submetida a himenectomia com drenagem de conteúdo hemático abundante e marsupialização dos bordos, sem intercorrências. Três meses depois a adolescente encontrava-se assintomática, com catamênios regulares de 5 dias e ao exame físico constatava-se a patência do hímen imperfurado. Conclusão: Perante uma adolescente sem menarca e com queixas algícas abdominais recorrentes, o exame físico com a inspeção ginecológica é fulcral numa correta avaliação, pois ainda que seja uma condição rara, um hímen imperfurado poderá ser a causa por detrás destas queixas inespecíficas.

PD 08

APLICAÇÕES DA RADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO EM GINECOLOGIA – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Inês Filipe Gouveia¹; Marta Xavier¹; Ana Mações¹; Joana Raquel Silva¹; Evelin Pinto¹; Andrea Quintas¹; Teresa Dionísio²; João Gonçalves¹

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho/EPE; ²Serviço de Imagiologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho/EPE

Introdução: Nas últimas décadas a radiologia de intervenção estendeu o seu espectro de aplicações, possibilitando avanços diagnósticos e terapêuticos em diferentes especialidades através de técnicas percutâneas minimamente invasivas, com aplicação a patologias da área da ginecologia.

Casos clínicos: A: 29 anos, nuligesta. Submetida eletivamente a laparoscopia com anexectomia esquerda por dor pélvica e massa anexial complexa de 8cm. Ao exame extemporâneo detetados aspetos sugestivos de processo inflamatório crónico. Iniciada antibioterapia com alta ao D4 pós-operatório.

Após 2 semanas recorreu ao SU por dor abdominal e temperatura subfebril. Constatada tumefação pélvica palpável entre o fundo saco vaginal e a zona umbilical. Efetuado estudo analítico e TAC, sendo confirmados sinais infecciosos e observadas coleções abcedadas na região supra vesical, envolvendo o ovário direito, a mais volumosa com 9.8 cm.

Iniciou antibioterapia e, após discussão multidisciplinar, foi pedida colaboração por parte de radiologia de intervenção. Realizada drenagem ecoguiada por via transabdominal. Evolução clínica, analítica e ecográfica favorável ao longo do internamento, com ecografia na data de alta apenas com líquido residual a nível pélvico, ovário direito normal. B: 46 anos, G5P5, fumadora. Última CCV em 2011. Trazida pelo INEM por HUA aguda e dor

abdominal e lombar desde há semanas. História de emagrecimento recente. O exame à admissão mostrou lesão necrótica sugestiva de neoplasia, atingindo o colo e vagina, com perda hemática abundante.

Internamento por HUA com origem em provável carcinoma do colo do útero em estadio avançado. Efetuados tamponamentos vaginais e ácido tranexâmico para controlo hemorrágico, sem sucesso. Tentativa de hemóstase no bloco operatório sob anestesia geral, sem controlo da hemorragia e instabilidade hemodinâmica. Decidida abordagem multidisciplinar com radiologia de intervenção, sendo realizada embolização das artérias uterinas. Evolução favorável, mantendo estabilidade hemodinâmica, sem novas perdas hemáticas vaginais.

Conclusão: A radiologia de intervenção pode colaborar quer no diagnóstico, quer no tratamento de patologia pélvica na mulher em diferentes fases da vida reprodutiva, contribuindo para a preservação da fertilidade ao evitar a abordagem cirúrgica. É importante reconhecer a contribuição crescente desta especialidade na prática, sendo que a colaboração multidisciplinar entre especialidades é fundamental para o futuro crescimento de ambas.

PD 09

CARCINOMA ESPINHO-CELULAR NUM TERATOMA MADURO DO OVÁRIO – UM CASO CLÍNICO

Rita Dunkel¹; Maria Oliveira¹; Margarida Figueiredo¹; Nuno Oliveira¹; Helena Nascimento¹

¹Centro Hospitalar Baixo Vouga

Introdução: Os teratomas do ovário são os tumores mais frequentes derivados das células germinativas. Tem a capacidade de se diferenciar em células que derivam da ectoderme, endoderme e mesoderme e são frequentemente benignos. A malignização ocorre em

0.2-2% dos teratomas maduros do ovário, sendo que o carcinoma de células escamosas (derivado da ectoderme) é a neoplasia secundária mais comum.

Descrição do caso: Mulher de 63 anos, recorre ao serviço de Urgência por desconforto abdominal de início recente. Refere sensação de barriga dura com meio ano de evolução. Ao exame objectivo palpa-se massa abdominal volumosa, acima da linha umbilical. A ecografia supra-púbica/abdominal e a TAC abdominal-pélvica confirmam a presença de volumosa massa abdominal (20cm maior diâmetro) de aparente origem anexial. Sem adenopatias ou infiltração de outros órgãos e com derrame pélvico ligeiro. Analiticamente com aumento do Ca 125 e Ca19.9 normal, anemia e aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizada histerectomia total com anexectomia bilateral (sem linfadenectomia), biopsias peritoneais e omentectomia infra-cólica. O exame histológico revelou carcinoma espinho-celular pouco diferenciado não queratinizante com extensas áreas necrosadas desenvolvido no contexto de teratoma quístico maduro do ovário direito com disrupção da cápsula ovárica e infiltração em contiguidade do epiplon. Ausência de metastização dos implantes biopsados. Estadiamento: pT2b Nx Foi proposta para quimioterapia onde se encontra de momento.

Conclusão: A presença de uma massa anexial com características de teratoma numa mulher pós-menopausa deve fazer-nos suspeitar de malignidade. Há factores de risco conhecidos para a transformação maligna dos teratomas maduros, como idade superior a 45 anos, maior diâmetro do tumor >10cm, crescimento rápido e alterações ecográficas, todos eles presentes no caso clínico acima apresentado. A terapêutica óptima para estas doentes após histerectomia + anexectomia, ainda não se encontra bem definida devido ao número reduzido de casos estudados.

PD 10

INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA CONSULTA DE PATOLOGIA DO COLO

Rita Dunkel¹; Margarida Figueiredo¹; Joana Teles¹; Margarida Brandão²; Susana Oliveira³; Helena Nascimento³

¹Centro Hospitalar Baixo Vouga; ²Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; ³Hospital de Cascais

Introdução: A prevalência de infeções sexualmente transmissíveis (IST) na população feminina é difícil de avaliar devido à falta de rastreio sistemático. O HPV (Papilomavírus Humano) é um dos vírus de transmissão sexual mais frequente na população <35 e a sua persistência, principalmente por HPV de alto risco, está associada a neoplasia cervical intraepitelial e carcinoma cervical invasivo. A associação da infeção cervical por HPV com outros vírus de transmissão sexual está ainda pouco esclarecida. A ausência de tratamento das outras IST está associada a infertilidade, malformações fetais e neonatais graves e neoplasia genital. O tratamento das IST impede também a transmissão a futuros contactos sexuais.

Objetivos: Avaliar a prevalência de infeções sexualmente transmissíveis (IST) nas mulheres seguidas na consulta de patologia do colo do serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga

Material e métodos: Para o rastreio de diferentes IST foram usados dois tipos de amostras: amostras obtidas por colheita com zaragatoa de secreções vaginais, cervicais e uretrais e amostras sanguíneas.

Resultados e conclusões: Foram colhidas amostras em 150 mulheres, com uma média de idade de 42 anos e uma média de 3 parceiros sexuais ao longo da vida.

Em 19 mulheres não foi detetada a presença de nenhuma IST. Em 60 mulheres não foi detetada a presença de HPV, sendo que em 33 se detetou a presença de HPV 16 ou 18.

No total das pacientes estudadas, foram detetados 4 casos de *Chlamydia trachomatis* e 2 casos de *N. gonorrhoeae*; em 62 mulheres foi só identificado nas zaragatoas vaginais um micro-organismo, na sua maioria (35/62) o *Ureaplasma Spp*, enquanto que em duas se encontraram mais de 4 microorganismos.

Foi diagnosticada uma infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), enquanto que duas pacientes eram portadoras já conhecidas de VIH. Das mulheres sem infeção por HPV (60), 22 (37%) não tinham infeção concomitante por outras IST. Das 90 mulheres portadoras de HPV só 15 (17%) não tinham infeção por outras IST. Das portadoras de HPV 16/18, 9 não tinham infeção concomitante com outras IST.

A presença de diferentes IST é facilmente explicada pela vida sexual ativa desta população. A grande maioria da população – 87% é portadora de, pelo menos, uma IST.

PD 11

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM GRÁVIDAS INFETADAS COM VIH: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Margarida Pavão¹; Inês Martins²

¹Centro Hospitalar de Setúbal, ²Hospital de Santa Maria

Introdução: A prevalência da infeção cervical pelo vírus do papiloma humano (HPV) é elevada nas mulheres infetadas com o vírus da imunodeficiência humana (VIH). A infeção persistente pelo HPV, particularmente pelos subtipos de alto risco, 16 e 18, é o principal responsável pelo cancro do colo do útero. O rastreio através da citologia cervical e/ou da pesquisa de ADN do HPV tem demonstrado diminuir a incidência e mortalidade deste carcinoma. O consenso sobre infeção por HPV da Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) sugere o rastreio através da citologia cervical anual nas mulheres infetadas com VIH,

não sendo o rastreio contraindicado durante a gravidez.

Objetivo: Avaliar os resultados do rastreio do cancro do colo do útero na população de grávidas infetadas com VIH vigiadas no serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria.

Material e métodos: Estudo observacional de cohort retrospectivo incluindo os resultados da citologia cervical e da pesquisa de ADN do HPV, realizados em grávidas infetadas pelo VIH, vigiadas no Hospital de Santa Maria entre janeiro de 2019 e dezembro de 2021.

Resultados: Foram incluídas 45 grávidas infetadas pelo VIH e que realizaram rastreio do cancro do colo do útero durante a gestação. Foram diagnosticados 2 casos de lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (LSIL, 4.44%), 2 casos de lesão escamosa atípica de significado indeterminado (ASCUS, 4.44%), 1 caso de HPV16+ com lesão celular (2.2%), 1 caso de HPV18+ sem lesão celular associada (2.2%) e identificados 7 casos com outros tipos de HPV de alto risco sem lesão (15.5%). A citologia permitiu, ainda, detetar 5 casos (11.1%) de grávidas infetadas com *Trichomonas vaginalis*.

Conclusão: O rastreio oportunístico do cancro do colo do útero pode ocorrer durante a gravidez, particularmente nas grávidas infetadas com VIH. Nesta população de risco acrescido, além do diagnóstico da infeção por HPV de alto risco e de lesões pré- ou cancerígenas, a citologia cervical permite a deteção de outras infeções associadas a maus desfechos obstétricos, como a tricomoníase.

PD 12

A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO MEDICAMENTOSO NA IVG: EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS NUM CENTRO TERCIÁRIO

Jorge Vasconcelos¹; Mariana Teves¹; Ana Furtado Lima¹; Carlos Ponte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo

Introdução: A interrupção voluntária da gravidez (IVG) é, em Portugal, de acesso livre e universal até às 10 semanas de gestação. Apesar das normas da DGS sobre a IVG, defenderem a utilização do método medicamentoso até às 9 semanas de gestação, recomendando a utilização de um método cirúrgico em gestações com 10 semanas, há evidência mais atualizada de que o método medicamentoso, é um método com uma baixa taxa de falhas mesmo quando utilizado no final do primeiro trimestre, com taxas de eficácia na ordem dos 94% mesmo quando utilizado em gestações entre as 9 e as 12 semanas. No nosso centro é utilizado, independentemente da idade gestacional, o método medicamentoso (administração de mifepristone seguido de administração de misoprostol 48h após), evitando assim os riscos de uma intervenção cirúrgica, partindo-se para o método cirúrgico quando se documenta a falha do primeiro.

Objetivos: Avaliar a eficácia do método implementado no nosso centro e avaliar o impacto da idade gestacional na taxa de falha do método medicamentoso.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de todas as IVG realizadas no nosso centro entre o período de 2015 e 2021.

Resultados e conclusões: Entre o respetivo período foram realizadas no total 870 IVG. Após exclusão dos processos onde não estavam descritos todos os dados necessários a este estudo, utilizou-se 829 casos. Destes casos, em 762 o método medicamentoso foi eficaz, enquanto que em 65 casos, foi necessário recorrer ao método cirúrgico após

falha do método medicamentoso. Nos 2 casos restantes foram realizados inicialmente uma curetagem uterina. Procedeu-se a uma análise comparativa entre os casos em que o método medicamentoso foi eficaz e os casos em que foi necessário realizar um método cirúrgico após falha do método medicamentoso. Dessa análise salienta-se que a idade materna (Média = 28.1 anos) não estava correlacionada com a necessidade de método cirúrgico após falha do método medicamentoso ($p > 0.01$), enquanto que a idade gestacional (Média = 6.6 semanas) correlacionava-se fortemente com esse risco ($p < 0.01$). De salientar que apesar da idade gestacional se correlacionar de forma positiva e estatisticamente significativa com o risco de falha do método medicamentoso, a taxa de eficácia desse método foi de 92,1% e mesmo analisando a subpopulação submetida a IVG com 10 semanas de gestação ($n = 26$), a taxa de sucesso foi de 81%, não justificando que esta população seja submetida por rotina ao método cirúrgico.

PD 13

O IMPACTO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE COM ABANDONO E INSUCESSO ESCOLAR

Jorge Vasconcelos¹; Bárbara Santos²; Sandra Cró²; Joana Moreira²; Rafael Feijóo²; Ana Furtado Lima¹; Carlos Ponte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, ²Unidade De Saúde Ilha de São Miguel

Introdução: A contraceção em Portugal é gratuita e de livre acesso, sendo o método mais frequentemente utilizado a contraceção oral combinada (COC). No entanto, a utilização desse método está muitas vezes desajustada às necessidades da mulher em específico, o que pode levar a elevadas taxas de descontentamento, com risco de má compliance ou gravidez indesejada. Agrava-se o problema

pelo facto destes últimos já serem problemas em populações adolescentes, assim como em populações com menor literacia em saúde, sendo também, por vezes, estas populações as mais difíceis de motivar para este tipo de questões.

Objetivos: Avaliar o impacto que a educação para a saúde tem no contexto de adolescentes inseridos em turmas de educação especial.

Material e métodos: Foram realizadas no total 3 sessões com jovens inseridos no Projeto TREVO, projeto esse que tem o objetivo de abordar jovens, entre os 15 e os 18 anos, em condições de abandono e insucesso escolar. Foi aplicado um questionário, previamente e no final de cada sessão.

Resultados e conclusões: O questionário foi aplicado, no total, a 12 pessoas do sexo feminino, das quais 7 utilizavam um método de contraceção (71,4% utilizavam COC e 28,6% utilizavam o preservativo). Quando questionadas sobre que métodos alternativos à COC conheciam, como o anel vaginal, o dispositivo intrauterino (DIU) ou o implante subcutâneo, nenhum método conseguiu mais que 4 respostas afirmativas, sendo que, no total, apenas 1 (8,3%) respondeu que ponderaria utilizar este tipo de métodos. Quando apresentadas as razões para tal, as respostas foram várias: razões económicas; pouco conhecimento sobre o método; satisfação com o método atual; convicção que causará desconforto. No final da sessão e quando novamente questionadas se ponderariam utilizar esses métodos alternativos à COC, 7 (58,3%) responderam que sim. Muitas das razões apresentadas para a não utilização destes métodos alternativos à COC revelam pouco conhecimento dos mesmos e, ainda, que a educação para a saúde pode ter algum benefício na alteração do perfil de utilização de contraceção nesta população. Apesar dos

resultados não terem sido os esperados, após a sessão houve um número significativo de mulheres que mudaram a sua opinião quanto à eventualidade de utilizar esses métodos. Isto releva a importância que estas sessões têm na promoção da educação para a saúde, mas também salienta a necessidade de intervenções e abordagens mais específicas a este tipo de populações.

PD 14

CONIZAÇÃO DE COLO UTERINO PELA TÉCNICA DE SWETZ – RELATO DE CASO

Juliana Jorge Romano¹; Fernanda Tso¹; Mariana Granado²; Patrícia Napoli Belfort Mattos¹

¹Hospital Israelita Albert Einstein, ²Hospital Municipal Moyses Deustch

Introdução: As neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau tem como principal contribuinte a persistência da infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e se não tratadas, podem progredir para neoplasia invasiva. O tratamento das lesões precursoras do colo uterino tem como objetivo a excisão da zona de transformação. Tendo em vista que grande parte das mulheres com lesões precursoras do câncer de colo de útero estão em idade reprodutiva, devemos visar tratamentos mais conservadores, que priorizem a manutenção da fertilidade associado a segurança oncológica. Neste relato demonstraremos a técnica de conização eletrocirúrgica por eletrodo reto (*Straight Wire Excision of the Transformation Zone – SWETZ*) e as vantagens em relação a técnica por alça eletrocirúrgica (*Large Loop Excision of the Transformation Zone – LLETZ*).
Descrição do caso: E.F.S, 36 anos, encaminhada para serviço especializado em Patologia do Trato Inferior devido exame de colpocitologia oncótica cérvico-vaginal com resultado de lesão intraepitelial de alto grau. Em consulta, realizada colposcopia, evidenciando zona de transformação do tipo 2, epitélio acetobran-

co denso associado a mosaico e pontilhado grosseiro e irregular ocupando os quatro quadrantes do colo uterino; achados colposcópicos suspeitos de invasão e presença de vascularização atípica. Captação da solução de Lugol negativa. Realizadas biópsias nos achados colposcópicos anormais e suspeitos de invasão com resultado anátomo patológico de NIC 3. Indicado conização de colo uterino pela técnica de SWETZ. Em centro cirúrgico, realizada delimitação da lesão com Lugol, seguida de conização pela técnica de SWETZ, com eletrodo reto e bisturi de alta frequência e secção da porção cranial do colo uterino com bisturi lâmina 11 para melhor avaliação das margens cirúrgicas. Estudo anatomopatológico evidenciou produto de cone de colo uterino medindo 3,3 cm de diâmetro e 4,0 cm de espessura, com neoplasia intraepitelial cervical de grau 3 (NIC 3), com margens endocervical e radial livres.

Conclusão: Visto a importância das margens cirúrgicas e seu impacto no prognóstico das lesões precursoras de câncer de colo de útero, devemos optar por técnicas que favoreçam a exérese total da zona de transformação. A técnica realizada oferece as vantagens do procedimento por eletrocirurgia, associado aos benefícios da conização clássica no sentido de identificação precisa da margem endocervical, sem comprometimento das margens no estudo anatomopatológico.

PD 15

APRESENTAÇÃO CLÍNICA E LIMITAÇÕES DIAGNÓSTICAS DOS TUMORES FILÓIDES – ANÁLISE NUM SERVIÇO HOSPITALAR

Mariana Robalo Cordeiro¹; Joana Madeira²; Teresa Simões²; Margarida Figueiredo-Dias³

¹Departamento de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal; ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal.; ³Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Introdução: Os tumores filóides da mama são pouco frequentes, estimando-se uma incidência inferior a 1% dos tumores primários da mama. Tipicamente diagnosticados em mulheres entre os 35 e 55 anos, não têm fatores de risco identificados, exceto a relação com a síndrome de Li-Fraumeni. Histologicamente são tumores fibroepiteliais, classificando-se em tumores benignos, borderline e malignos. A sua apresentação varia desde um achado imagiológico incidental à deteção de um nódulo palpável de crescimento rápido. O tratamento de primeira linha é cirúrgico. O prognóstico deste tipo de tumores é incerto, apresentando taxas de recidiva da ordem dos 30% para os tumores filóides malignos, 25% para os borderline e cerca de 17% para os benignos.

Objetivos: Estudo dos casos clínicos de tumores filóides da mama, de forma a contribuir para um diagnóstico atempado e correta orientação terapêutica.

Material e métodos: Doentes portadoras de tumores filóides da mama foram incluídas neste estudo observacional retrospectivo. Foi feita análise estatística recorrendo ao software SPSS® v27.

Resultados e conclusões: Na amostra de 10 casos clínicos de tumores filóides da mama, 70% foram classificados como benignos e 30% como borderline. A média das idades foi

43 anos [16-55], destacando-se uma doente de 16 anos, idade com incidência rara destes tumores. A maioria dos tumores localizava-se no quadrante supero-externo da mama. Da primeira à última avaliação imagiológica, a média da variação da dimensão do tumor foi 17,7mm [5-70]. A média da dimensão ecográfica do tumor foi 33,4±20,3mm e a média da dimensão histológica do tumor foi 60±55,6mm (p = 0.24). Relativamente às margens cirúrgicas, em 80% dos casos estavam livres. Em 90% dos casos, o resultado da citopunção revelou fibroadenoma. Houve recorrência em 60% dos casos, sendo 30% nos primeiros 2 anos após tratamento cirúrgico. Não se verificou associação entre a dimensão histológica do tumor e a recorrência (p = 0.39).

Pela reduzida dimensão amostral, os resultados devem ser interpretados com reservas. Maioritariamente, estes tumores apresentam citologia de fibroadenoma, contribuindo para o atraso no diagnóstico, mantendo-se a suspeição clínica, crescimento rápido e significativos de um nódulo mamário, como principal fator decisor da necessidade de cirurgia. Desta forma, torna-se imperioso o desenvolvimento de biomarcadores que otimizem a identificação destas lesões, contribuindo para uma futura abordagem de precisão dos tumores benignos da mama.

PD 16

DOENÇA DE CROHN VULVAR EM IDADE PEDIÁTRICA: UM DIAGNÓSTICO RARO

Luís Ferreira de Castro¹; Ana Andrade¹; Inês Gil Santos¹; Emídio Fernandes¹; Marta Tavares²; Eugénia Fernandes¹; Rosa Zulmira Macedo¹

¹Serviço de Ginecologia do Centro Materno Infantil do Norte / Centro Hospitalar Universitário do Porto;

²Serviço de Gastroenterologia Pediátrica do Centro Materno Infantil do Norte / Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma condição inflamatória crónica que afeta, maioritariamente, o trato gastrointestinal. Ocasionalmente, as lesões granulomatosas desta patologia desenvolvem-se em localizações distantes do sistema digestivo, originando sinais e sintomas atípicos. Este caso descreve o diagnóstico e orientação de uma DC em idade pediátrica cujas primeiras manifestações incidiram na região vulvar.

Descrição do caso: Criança de 11 anos do sexo feminino, na pré-menarca, foi encaminhada para a consulta de ginecologia por agravamento de tumefação vulvar bilateral com 1 ano de evolução. Dos seus antecedentes, destaca-se uma anemia normocítica normocrómica, controlada com ferro oral diário. Clinicamente, a doente refere um desconforto constante na região genital e, mais recentemente, episódios esporádicos de dor abdominal e diarreia. À inspeção da vulva observa-se eritema e edema endurecido dos grandes lábios, mais acentuado à esquerda, e uma lesão exofítica localizada no bordo superior vulvar, com 1,5 cm de maior diâmetro. Na região perianal identifica-se uma volumosa marisca. A doente foi submetida a biópsia excisional da lesão vulvar e o exame histológico revelou um infiltrado inflamatório misto na derme, associado a células gigantes multinucleadas e granulomas epitelioides não necrosantes. Uma vez que o contexto clínico e histológico

se enquadrava num envolvimento vulvar pela DC, prosseguiu-se com uma avaliação do trato gastrointestinal através de ressonância magnética e endoscopia digestiva. As biópsias endoscópicas do cólon sigmoide e reto corroboraram com o diagnóstico proposto. A paciente iniciou um esquema imunossupressor combinado com azatioprina e infliximab e, 6 meses após o diagnóstico, observa-se uma remissão substancial da clínica vulvar, identificando-se unicamente uma discreta assimetria dos grandes lábios.

Conclusão: A DC vulvar é uma condição rara que pode preceder, por vários anos, os sintomas gastrointestinais (GI) típicos desta doença inflamatória. Caracteriza-se por infiltrados granulomatosos não necrosantes na derme vulvar e pode se manifestar por edema/eritema, úlceras, lesões exofíticas e/ou fistulas. Pela sua raridade, um envolvimento vulvar da DC pode ser erroneamente diagnosticada como outra patologia, protelando o seu tratamento. Este caso realça a importância de suspeitar e investigar DC em crianças/adolescentes que se apresentem com edema e eritema vulvar, mesmo na ausência de história prévia ou manifestações GI.

PD 17

ÚTERO DIDELFO COM FORMAÇÃO DE HEMATOMÉTRIO: UM RELATO DE CASO

Juliana Jorge Romano¹; Priscilla Duarte Pessoa¹; Bruno Tonetto¹; Cintia Ribeiro Silva²; Mariana Granado²; Elizabeth Yukie²

¹Hospital Israelita Albert Einstein; ²Hospital Municipal Moyses Deustch

Introdução: O útero didelfo representa cerca de 11% das malformações uterinas, sendo resultante de falha na fusão do par de ductos müllerianos, com formação de dois cornos uterinos, cada um com sua cavidade endometrial e colo uterino, com apenas uma trompa de cada hemiútero. Cerca de 30 a 50% dos

casos apresentam anomalias de trato urinário associada, como rim ectópico, agenesia renal e ureteres ectópicos, sendo mais comum as anomalias à direita (65% dos casos). Apesar de muitas vezes, assintomáticas, as malformações mullerianas podem se manifestar com dor e infecção devido principalmente ao fator obstrutivo, causando hematométrio e hematocolpo. Exames de imagem são necessários para avaliação da anatomia uterina e confirmação diagnóstica.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 12 anos de idade, com diagnóstico prévio de agenesia renal direita, nefrolitíase, pielonefrite de repetição e hidrossalpinge a direita, sem cirurgias prévias. Menarca há 5 meses, ciclos regulares, com queixa de dismenorreia progressiva a cada ciclo menstrual. Procurou o pronto atendimento de pediatria com queixa de dor abdominal e lombar intensa há 2 dias. Ultrassonografia pélvica e tomografia evidenciaram útero e ovários de dimensões aumentadas, com achados sugestivos de malformação Mulleriana, com útero e tuba uterina direita de paredes espessadas e conteúdo hipocóico, sugerindo hematométrio e hematocolpo. Indicado laparotomia exploradora devido piora dos sintomas apresentados. Ao inventário da cavidade: útero didelfo, hemiútero direito desinserido da cavidade pélvica com presença de abaulamento em sua extremidade inferior, que quando explorada, continha coleção de sangue e coágulos que, após lavagem, expunha colo uterino direito. Não foi possível reparo para comunicação de colo uterino direito com a vagina, sendo realizada histerectomia de hemiútero direito. Após o procedimento, paciente apresentou ciclos menstruais regulares e segue assintomática.

Conclusão: As principais complicações das anomalias mullerianas obstrutivas são criptomenorreia, dor cíclica, endometriose, aderências e infertilidade. A abordagem cirúrgi-

ca deve ser realizada em caso de pacientes sintomáticas ou com história de infertilidade. Vale ressaltar a importância da investigação de anomalias mullerianas em pacientes com malformação renal e vice e versa devido a elevada correlação entre essas comorbidades.

PD 18

TORÇÃO DE MIOMA PARASITA

Maria Pulido Valente¹; Cristiana Marinho Soares¹; Inês Martins¹; Susana Santo¹; Ana Luísa Ribeiro¹
¹Hospital Santa Maria, CHULN

Introdução: Os leiomiomas uterinos são o tumor ginecológico benigno mais frequente. Pode ocorrer em 50 a 77% das mulheres em idade reprodutiva. A maioria dos miomas são assintomáticos, contudo podem por vezes condicionar dor, hemorragia vaginal ou complicações obstétricas.

O mioma parasita, incluído no tipo 8 da classificação da FIGO, consiste num fibroide subseroso pediculado ao útero que sofre torção, perdendo a sua ligação com o útero e que mantém o seu crescimento através de neovascularização de tecidos adjacentes. É um mioma muito raro, estando alguns casos descritos após a morcelação de miomas uterinos prévios.

Descrição do caso: Mulher de 41 anos, múltipara (uma cesariana anterior), recorreu ao serviço de urgência de obstetria e ginecologia por dor intensa (9/10) nos quadrantes inferiores do abdómen, de instalação súbita, com 3 dias de evolução. Antecedentes ginecológicos conhecidos de miomas uterinos, não tendo realizado nenhum tratamento. Sem método contraceptivo, a tentar engravidar e o primeiro dia da última menstruação tinha sido 16 dias antes, normal. Ao exame objectivo, apresentava-se muito queixosa, em posição de defesa e com dor à palpação superficial e profunda dos quadrantes inferiores do ab-

dómen e reação peritoneal condicionando a avaliação. O teste de gravidez foi negativo e a TAC abdómino pélvica revelou uma massa pélvica heterogênea, acima do útero, medindo 130x100x80 mm, com componente necrótico-hemorrágico sem aparente ligação ao útero.

Por suspeita de abdómen agudo complicado com peritonite, foi realizada uma laparotomia exploradora urgente que mostrou uma massa arredondada necrótico-hemorrágica com 130mm de maior diâmetro, identificando-se um fino pedículo avascular ao útero e 3 largos pedículos vasculares até ao cólon transversal, torsidos. Os achados foram compatíveis com torção de um mioma parasita. Foi realizada a destorção do mioma (video1), seguido da laqueação dos pedículos vasculares, com excisão da massa sem intercorrências. O exame histológico confirmou o diagnóstico. O pós-operatório decorreu sem intercorrências.

Conclusão: Apesar dos miomas parasitas serem extremamente raros, devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de dor abdominal ou pélvica na mulher, após exclusão das causas mais frequentes. A torção de um mioma parasita pode condicionar abdómen agudo e subsequente peritonite, exigindo uma intervenção cirúrgica imediata.

(Este caso é muito relevante pela sua raridade e apresentação – tenho um video cirurgia)

PD 19

ESTUDO DO GÂNGLIO SENTINELA PELO MÉTODO OSNA NOS TUMORES DA MAMA CLÍNICOS E INFRA-CLÍNICOS

Mariana Robalo Cordeiro¹; Daniela David¹; Ana Gomes²; Inês Gante¹; Margarida Figueiredo-Dias³

¹Departamento de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal; ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal.; ³Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.

Introdução: A técnica *One-Step Nucleic Acid Amplification* (OSNA) permite quantificar o mRNA da citoqueratina 19 (CK19), verificando-se concordância entre o número de cópias de mRNA CK19/uL e o tamanho do foco metastático do gânglio sentinela (GS). A carga tumoral total (TTL) traduz a quantidade total de cópias de mRNA CK19 em todos os GS positivos e é considerada preditora do envolvimento ganglionar axilar extra-GS. Estudos indicam que os tumores da mama clínicos e infra-clínicos parecem ter características patológicas diferentes, sendo considerado fator preditivo do envolvimento ganglionar o facto de os tumores serem palpáveis. Trata-se do primeiro estudo que pretende estudar esta relação clínica com os resultados do estudo do GS através do método OSNA

Objetivos: Comparar os resultados do estudo do GS pela técnica OSNA nos tumores da mama clínicos (palpáveis) e infra-clínicos (não palpáveis).

Material e métodos: Foram incluídas neste estudo observacional retrospectivo doentes com diagnóstico de cancro da mama e estudo do GS pela técnica OSNA. Foi feita análise estatística com o software SPSS® v27.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 155 tumores da mama: 63,2% corresponderam a tumores infra-clínicos (média do tamanho histológico=14,7±9,7mm) e 36,8%

a tumores clínicos (média do tamanho histológico=19,5±13,2mm), (p = 0,01). Quanto ao estadiamento pTNM, 83,3% dos tumores infra-clínicos apresentava estadiamento ≤ pT1 vs 73,2% dos tumores clínicos (p = 0,02).

No grupo dos infra-clínicos, a média das idades foi 59 anos [37-77] e nos clínicos foi 61 anos [42-79], (p = 0,15). Nos dois grupos, mais de 80% eram doentes pós-menopáusicas, a maioria constituída por carcinoma invasivo, subtipo intrínseco Luminal A.

A média da TTL, incluindo GS positivos e negativos, foi 12018,5 cópias de mRNA CK19/μL [0-430000] no grupo dos infra-clínicos e 28338,0 cópias de mRNA CK19/μL [0-730000] no grupo dos clínicos (p = 0,26). O resultado do GS foi positivo em 20,8% dos tumores infra-clínicos e em 32,2% nos tumores clínicos (p = 0,20). A média da TTL dos GS positivos nos tumores infra-clínicos foi 60725,3 cópias de mRNA CK19/μL [280-430000] e nos tumores clínicos foi 105795,3 cópias de mRNA CK19/μL [300-730000], (p = 0,47).

Apesar da reduzida dimensão amostral e de se tratar de resultados preliminares, a avaliação clínica dos tumores da mama clínicos vs infra-clínicos não parece ser um fator preditor do envolvimento ganglionar.

PD 20

ÚLCERAS DE LIPSCHÜTZ EM ADOLESCENTE COM INFEÇÃO POR SARS-COV2

Mariana Lira Morais¹; Mário Moura¹; Francisca Ferreira de Almeida¹; Ana Moreira¹

¹Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução: As úlceras de Lipschütz (UL) são entidades raras, que surgem em maioritariamente mulheres jovens, não estando associadas a uma transmissão sexual. Caracterizam-se pelo aparecimento súbito de ulcerações necróticas dolorosas, vulvares ou vaginais e que geralmente apresentam uma resolução

espontânea sem deixarem sequelas cicatríciais. As UL, apesar de serem consideradas uma entidade idiopática, parecem estar associadas a quadros infecciosos, nomeadamente pelo vírus Epstein-Barr (EBV), citomegalovírus (CMV), etc. Desde o início da pandemia, foi proposta uma possível associação entre as UL com a infeção por SARS-CoV-2.

Caso clínico: Adolescente de 17 anos com coitarca aos 16 anos, mas sem atividade sexual nos últimos 6 meses.

Recorreu ao SU pelo aparecimento de lesões vulvares dolorosas com 2 dias de evolução e com prurido e disúria associados. Desde os últimos 3 dias, apresentava febre baixa, tosse, rinorreia e mialgias generalizadas. Nega história pessoal/familiar de doenças autoimunes.

O exame físico revelou úlceras múltiplas, dolorosas, localizadas na face medial dos pequenos lábios.

Foi realizado teste para despiste de infeção por SARS-CoV-2, que foi positivo.

Foram realizadas colheitas do exsudado da base das úlceras e do exsudado vaginal. A pesquisa de infeção pelo vírus herpes simples foi negativa e a cultura bacteriana não se revelou significativa. A pesquisa de infeção por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* foi negativa. A análise do sedimento urinário foi negativa. Os testes serológicos foram negativos para o EBV, CMV, sífilis, HIV e *Mycoplasma pneumoniae*. A hipótese de doença de Behçet foi excluída após a aplicação dos critérios internacionais para a doença de Behçet.

Após toda esta investigação, a infeção por SARS-CoV-2 foi considerada o evento trigger para o aparecimento das UL.

A doente foi tratada com anti-inflamatórios orais e lidocaína tópica e foi encaminhada para uma consulta de reavaliação. Duas semanas depois encontrava-se assintomática e

com resolução completa da ulceração vulvar. **Conclusão:** A UL é um diagnóstico maioritariamente clínico, após exclusão de outras doenças como DSTs, causas traumáticas, tumores malignos ou doenças autoimunes. Com o aparecimento da pandemia, uma nova etiologia deverá ser considerada aquando da abordagem das úlceras vulvares. Casos clínicos como este alertam para possíveis condições associadas à infeção por SARS-CoV-2, levando-nos a conhecer cada vez melhor este novo coronavírus.

PD 21

ADENOMA TUBULAR GIGANTE DA MAMA – O MAIOR DESCRITO

Joana Ribeiro¹; Carolina Mendonça¹; Fernando Igreja¹; Sara Valadares¹; Rui Bastos¹; Delfina Brito¹; Ana Nobre Pinto¹

¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O adenoma tubular da mama é um tumor benigno raro, representando até 1,7% das lesões benignas da mama. Surge tipicamente na mulher em idade reprodutiva e é clínica e imagiologicamente difícil de distinguir do fibroadenoma. Geralmente apresenta-se como um nódulo indolor, bem circunscrito e móvel, de crescimento lento. O tamanho médio raramente excede os 5 cm. No entanto, existem casos de adenomas tubulares gigantes, sendo a maior lesão descrita até ao momento um caso de adenoma tubular de 15cm numa grávida. O diagnóstico definitivo é histológico, sendo a excisão cirúrgica mandatória.

Descrição do caso: Uma jovem de 12 anos foi referenciada à consulta de senologia em julho de 2020, por assimetria marcada do desenvolvimento mamário com 6 meses de evolução. Ao exame físico, a mama esquerda apresentava-se muito aumentada, palpando-se massa sólida com cerca de 15cm, sem plano de clivagem claro com o tecido mamário. A

ecografia revelou a mama esquerda ocupada por massa sólida não mensurável por ecografia e a biópsia foi sugestiva de hiperplasia estromal pseudoangiomatosa.

Clinicamente observou-se aumento de dimensões da massa e foi realizada tumorectomia e mamoplastia redutora esquerda em dezembro de 2020. A lesão excisada pesava 1016g e media 19x17x15cm. A histologia revelou lesão bem circunscrita com áreas compactas de estruturas tubulares com camada externa de células mioepiteliais (p63+) e camada interna de células epiteliais (EMA+), com quantidade variável de estroma fibroso, aspetos compatíveis com o diagnóstico de adenoma tubular. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. A ecografia de controle em maio de 2021 não revelou lesões nodulares de novo.

Conclusão: Este caso corresponde ao maior adenoma tubular da mama descrito na literatura até à data. A apresentação clínica nesta jovem foi atípica, pelas dimensões do tumor, ausência de plano de clivagem claro com o tecido mamário ao exame físico e o rápido crescimento.

Embora as características imagiológicas do adenoma tubular sejam habitualmente semelhantes às do fibroadenoma, em alguns casos, a imagiologia e biópsia não conseguem excluir malignidade. No caso descrito, a ecografia revelou-se pouco útil devido às dimensões da lesão e a biópsia, apesar de sugerir benignidade, não foi concordante com o diagnóstico definitivo.

Apesar da sua raridade, de acordo com a literatura disponível, o adenoma tubular da mama é uma entidade benigna, sem relatos de recorrência ou risco de malignidade.

PD 22

EXÉRESE DE ZONA DE TRANSFORMAÇÃO COM MARGENS POSITIVAS – ANÁLISE DE 5 ANOS

Cláudia Miranda¹; Susana Oliveira²; Conception Arantes³; Cláudia Marques³; Isabel Rodrigues³; Manuela Montalvão³; Maria João Carinhas³; José Manuel Cabral³

¹Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães; ²Centro Hospitalar Tondela Viseu; ³Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A presença de margens positivas após excisão da zona de transformação (EZT) representa um fator de risco bem definido para persistência ou recorrência de doença. A abordagem destas doentes é controversa sendo que alguns autores recomendam vigilância a curto prazo, enquanto outros sugerem realização de nova EZT.

Objetivos: Analisar os dados clínicos das mulheres submetidas a EZT com lesão intraepitelial de alto grau (LIAG) nas margens da peça cirúrgica, o tipo de abordagem e follow-up.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de doentes submetidas a EZT de janeiro 2016 a dezembro 2020 no Centro Hospitalar Universitário do Porto. Excluídos casos de doença invasora e adenocarcinoma do colo.

Resultados e conclusões: No período em análise realizaram-se 924 EZT, sendo a taxa de margens positivas para LIAG de 7,7%. A margem endocervical foi atingida em 69% dos casos, a exocervical em 26,8% e endocervical e exocervical simultaneamente em 2,8%.

Nos casos com margem endocervical atingida o *follow-up* foi vigilância (citologia, teste HPV-AR e colposcopia) em 31,4%, repetição da EZT em 52,3% e histerectomia em 11,8% dos casos. Nos casos em que se optou por vigilância verificou-se regressão de doença em 50% (citologia e teste HPV-AR negativo aos 24 meses). Observaram-se dois casos de re-

corrência de citologia HSIL. Nos casos em que a abordagem foi repetição da EZT verificou-se regressão de doença em 69,8%. O diagnóstico histológico definitivo mostrou persistência de LIAG em 22%. A histerectomia foi realizada maioritariamente por nova EZT não tecnicamente exequível.

Nos casos com atingimento isolado da margem exocervical o *follow-up* foi vigilância (citologia, teste HPV-AR e colposcopia) em todos os casos. Verificamos uma regressão de doença em 47,4% e cerca de 15,8% mantém-se em vigilância apresentando citologia e teste HPV-AR negativo aos 12 meses. 10,5% mantém vigilância por lesão de baixo grau e em 15,8% perdeu-se follow-up.

Apesar da presença de margens positivas estar associada a maior risco de lesões, a sua abordagem deve ser individualizada com base na margem atingida, desejo de fertilidade e idade das utentes. Neste estudo verificamos uma baixa taxa de recorrência/persistência de lesão nos casos com margem endocervical atingida em que se optou por vigilância. Independentemente do estado da excisão, mulheres tratadas para LIAG apresentam maior risco de desenvolver carcinoma do colo invasivo pelo que a vigilância a longo prazo é essencial.

PD 23

FARÁ SENTIDO CONTINUAR A FAZER BIÓPSIA ENDOMETRIAL CEGA?

Luísa Andrade Silva¹; Sofia Jovina Domingues¹; Margarida Cunha¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: As principais manifestações da neoplasia do endométrio são a hemorragia uterina anormal (HUA) e o espessamento endometrial (EE). O seu diagnóstico é feito com base no resultado histológico de uma biópsia endometrial que pode ser obtida através de biópsia endometrial cega em gabinete (ex: Pi-

pelle), curetagem uterina ou biópsia dirigida por histeroscopia. Apesar da histeroscopia ser considerada o gold standard para o estudo da patologia endometrial, podendo ser terapêutica, a biópsia endometrial cega continua a ser utilizada pela facilidade de realização e disponibilidade em consulta.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar a concordância de resultados histológicos entre a biópsia endometrial cega e a dirigida por histeroscopia em mulheres que foram submetidas a histeroscopia por HUA e/ou EE.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva de 63 processos clínicos relativos a mulheres que realizaram histeroscopia, entre novembro de 2019 e dezembro de 2021, a quem foi realizada biópsia endometrial cega prévia à histeroscopia. Foram analisados os resultados histológicos da biópsia endometrial cega e da biópsia endometrial dirigida.

Resultados: A média de idade da amostra foi de $63,0 \pm 9,6$ anos e 87,3% dos casos tratavam-se de mulheres na pós-menopausa. Das histeroscopias realizadas, fez-se biópsia dirigida em 61 casos e obteve-se o diagnóstico histológico de pólipos endometrial, pólipos endometrial com hiperplasia sem atipia, hiperplasia sem atipia, adenocarcinoma do endométrio, endométrio normal e mioma submucoso em 88,6%, 3,3%, 3,3%, 1,6%, 1,6% e 1,6% dos casos, respetivamente. Este resultado histológico não foi concordante com o obtido na biópsia endometrial cega em 57,1% dos casos, foi concordante em 34,9% dos casos e teve concordância parcial em 8% dos casos. Dos casos não concordantes, 58,4% deveu-se ao facto da amostra colhida por biópsia cega ser insuficiente para diagnóstico. Excluindo os casos de amostra insuficiente e endométrio normal na biópsia cega, a concordância entre os resultados histológicos passou a ser de 68,8%.

Conclusão: Um dos problemas conhecidos da

biópsia endometrial cega é a obtenção de uma amostra insuficiente para diagnóstico, facto corroborado pelos resultados deste estudo. No entanto, ao eliminar esses casos, a concordância encontrada é relevante. Em locais onde haja maior dificuldade no agendamento de histeroscopias, a biópsia endometrial cega pode ser tida em conta como mais um critério para a adequada triagem dos casos.

PD 24

CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO DA VULVA – UMA ENTIDADE RARA

Ângela Encarnação Sousa Silva¹; Ana Isabel Cunha²; Rita Dunkel³; Mónica Pires⁴; Carla Bartosch⁴; Vanda Patrício⁴; Almerinda Petiz⁴

¹Centro Hospitalar do Médio Ave; ²Hospital Senhora da Oliveira; ³Centro Hospitalar do Baixo Vouga; ⁴Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução: O carcinoma adenoide cístico (CAC) da vulva é uma entidade extremamente rara, representando 0.1 a 7% dos carcinomas vulvares e 0.001% de todas as patologias malignas do trato genital feminino. Mais frequentemente tem origem nas glândulas de Bartholin, contudo também se pode desenvolver a partir de outras glândulas exócrinas da vulva. Dado ser uma patologia incomum, não existem recomendações específicas para o seu tratamento e seguimento.

Caso clínico: Doente de 59 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao seu médico assistente por tumefação subcutânea no grande lábio esquerdo medindo cerca de 2,5cm, com 3 anos de evolução, apresentando ligeiro crescimento e fixação cutânea recente. Submetida a exérese da lesão cujo exame anatomopatológico revelou carcinoma adenoide cístico, com invasão perineural e sem invasão linfovascular, não sendo possível avaliar estado de margens.

A doente foi referenciada para centro de referência oncológico. Ao exame objetivo des-

tacava-se no grande lábio esquerdo área avermelhada rodeando a cicatriz de exérese da lesão, endurecida, não fixa aos planos profundos. Apresentava ainda quisto da glândula de Bartholin direito. Como exames de estadiamento realizou TAC toraco-abdominal e RM pélvica, que não demonstraram alterações suspeitas de metastização, nomeadamente adenomegalias ou lesões pulmonares.

Foi submetida a alargamento das margens cirúrgicas e esvaziamento ganglionar homolateral, bem como excisão da glândula de Bartholin direita. O exame histológico revelou novamente CAC, com neoplasia residual de 2mm, margens livres, sem invasão perineural ou linfovascular e sem gânglios positivos. O carcinoma foi classificado como estadio IB, tendo sido proposta vigilância em consulta de grupo multidisciplinar.

Conclusão: O CAC da vulva é uma patologia maligna rara, apresentando-se clinicamente como uma tumefação vulvar única e assintomática, de crescimento lento, muitas vezes diagnosticada erroneamente como quisto da glândula de Bartholin. A presença de invasão perineural é uma característica peculiar e tem sido implicada na persistência de dor local, assim como em múltiplas recorrências. As metástases, embora incomuns na apresentação, ocorrem principalmente a nível pulmonar. Devido à sua raridade, não há consenso quanto ao protocolo de tratamento, variando desde excisão local simples a vulvectomia radical, com ou sem linfadenectomia regional, associado ou não a quimio/radioterapia.

PD 25

ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ APÓS INFEÇÃO POR SARS-COV-2: A PROPÓSITO DE UMA CASO CLÍNICO

Hugo Barros¹; Sara Paiva¹; Mara Macieira¹; Alexandra Meira¹; Sofia Costa¹

¹Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: A Úlcera de Lipschütz define-se por ulceração aguda de transmissão não sexual da região vulvar ou vaginal inferior, auto-limitada, de início súbito, caracterizada pelo desenvolvimento de ulcerações dolorosas de aspeto necrótico. É uma situação pouco comum, mais frequente em adolescentes sexualmente inativas ou mulheres jovens geralmente após infeção vírica ou bacteriana, mas numa elevada percentagem de casos, a causa é desconhecida. A fisiopatologia é pouco clara, sendo a teoria mais aceite a de uma reação de hipersensibilidade com deposição de imunocomplexos, ativação do complemento e subsequente necrose tecidual.

Descrição do caso: Mulher, 18 anos, menarca aos 13 anos, coitarca aos 16, 1 parceiro sexual. Nega toma de medicação habitual. Sem antecedentes de relevo. Infeção por SARS-CoV-2 com sintomatologia ligeira há 10 dias. Recorre ao serviço de urgência por quadro de lesões e dor na região vulvar com 72 horas de evolução. Nega atividade sexual há 15 meses e comportamentos de risco.

Ao exame objetivo apresenta lesões ulceradas nos pequenos lábios, 1cm de diâmetro, padrão simétrico, bem delimitadas com fundo ulcerado. Sem presença de outras lesões ulceradas ou adenopatias noutras regiões. Corrimento fisiológico, colo macroscopicamente normal. Analiticamente sem alterações de relevo, a destacar serologias negativas para EBV, HSV 1 e 2, HIV, HBV, HCV, CMV e sífilis. Colhida zaragatoa do exsudado vaginal. Alta para o domicílio medicada com tratamento de

suporte - AINE oral, lidocaína tópica e corticóide tópico.

Após exclusão de infecção sexualmente transmissível, dado quadro pós-infecção por SARS-CoV-2 em mulher saudável, sem antecedentes, considerada a hipótese de úlceras de Lipschütz.

Reavaliação após 3 semanas com resolução das lesões vulvares sem sequelas e zaragatoa do exsudado vaginal sem alterações.

Conclusão: A úlcera de Lipschütz é um diagnóstico de exclusão. No entanto, em mais de 75% dos casos é precedida de infecção viral ou bacteriana, mais frequentemente mononucleosis-like ou flu-like, como a infecção SARS-CoV-2.

O presente caso clínico apresenta uma mulher jovem, sem comportamentos de risco, serologias negativas, exsudado vaginal sem alterações e aparecimento súbito de úlceras vulvares com remissão espontânea, sem lesões noutras áreas, favorecendo esse diagnóstico.

Assim, a úlcera de Lipschütz poderá ser considerada perante um quadro de úlcera genital sem causa identificada, nomeadamente, se história recente de infecção por SARS-CoV-2.

PD 26

OPERAÇÃO DE MANCHESTER: UMA ALTERNATIVA À HISTERECTOMIA VAGINAL – CASUÍSTICA DE 5 ANOS

Paulina Costa¹; Ana Catarina Borges²; Andreia Fontoura Oliveira¹; Ângela Silva¹; Sidonie Monteiro¹; Beatriz Palmeira¹; Vera Cláudia Costa¹; António Baptista Vilaça¹

¹Centro Hospitalar do Médio Ave, ²Hospital de Braga

Introdução: A histerectomia vaginal (HV) é o procedimento mais efetuado para tratamento de prolapso uterino. No entanto, trata-se de uma cirurgia major, por vezes associada a complicações e que para tratamento do prolapso implica resseção do útero mesmo em

mulheres sem patologia uterina. Nas doentes com prolapso uterino por alongamento cervical a operação de Manchester (OM), que consiste na amputação do colo e fixação uterina, apresenta-se como uma alternativa à HV, permitindo a preservação do útero, com uma abordagem minimamente invasiva, elevada taxa de sucesso e menos complicações cirúrgicas.

Objetivos: Avaliar a taxa de sucesso e complicações de mulheres submetidas a OM.

Métodos: Estudo retrospectivo, através da consulta do processo clínico, que incluiu mulheres submetidas a OM, entre 01/2017 e 12/2021, no Centro Hospitalar do Médio Ave, efetuando-se uma análise descritiva.

Resultados e conclusões: Durante o período em estudo, 21 mulheres foram submetidas à OM. A idade média foi 53.8 ± 10.4 anos, sendo que, 52.4% (n = 11) destas estavam na menopausa (mediana de 50(6) anos). Uma era nulípara e as restantes multiparas, com partos vaginais, 13 (61.9%) destas com mais do que um. Três tinham antecedente de cirurgia de prolapso no compartimento anterior, uma delas com histeropexia associada. Em todos os casos a cirurgia foi bem-sucedida, não se registando intercorrências intraoperatórias. Em um caso foi realizada concomitantemente correção de prolapso no compartimento anterior. Durante o internamento apenas uma reportou dor moderada. A mediana de dias de internamento foi 1(1) dia e em nenhuma houve necessidade de reinternamento. Relativamente às complicações a longo prazo, registou-se um caso de estenose cervical, 3 (14.3%) casos de dor pélvica crónica e um caso de coitorragia. Até à data, apenas se observou uma recidiva, que foi submetida a histerectomia vaginal 3 anos após. Duas mulheres foram referenciadas novamente por prolapso no compartimento anterior, sem prolapso apical associado. Não se verificou

nenhuma gravidez após o procedimento nas mulheres em idade reprodutiva.

Assim, em concordância com o descrito na literatura, verificou-se que a OM é um procedimento eficaz e seguro no tratamento do prolapso uterino com alongamento cervical, associando-se a uma baixa taxa de complicações. Esta deve ser uma opção cirúrgica a considerar no tratamento de prolapso uterino, sobretudo em mulheres sem patologia uterina ou que desejem preservar o útero.

PD 27

STRUMA OVARIÍ: UM ACHADO ANATOMOPATOLÓGICO RARO APÓS ANEXECTOMIA

Paulina Costa¹; Ângela Silva¹; Beatriz Palmeira¹; Ana Catarina Borges²; Sidonie Monteiro¹; Andreia Fontoura Oliveira¹; Ana Isabel Lanzinha¹

¹Centro Hospitalar do Médio Ave; ²Hospital de Braga

Introdução: Struma ovarii é um tipo de teratoma ovárico raro, com presença de tecido tiroideu como elemento histológico predominante, representando 1% dos tumores sólidos do ovário. Mais comum entre a 4^a e 5^a década de vida, habitualmente é assintomático, unilateral e benigno, sendo frequentemente diagnosticado de forma incidental, como massa anexial ou pélvica em exame de apoio imagiológico. Em geral, pela sua raridade, o diagnóstico definitivo é estabelecido pelo exame histológico após ressecção cirúrgica. Mais raramente, pode causar sintomas abdominais e alterações da função tiroideia, podendo manifestar-se como hipertiroidismo (5-8% dos casos). É uma patologia com excelente prognóstico e o tratamento passa pela sua remoção cirúrgica. Muito raramente pode ter etiologia maligna, apresentando ainda assim, um prognóstico favorável.

Descrição do caso: Descrevemos o caso de uma mulher de 51 anos, com antecedentes de patologia depressiva medicada, sem an-

tecedentes cirúrgicos ginecológicos, 1G1P, menopausa aos 46 anos, que foi enviada à consulta de Ginecologia por presença de tumefação anexial esquerda complexa, em ecografia ginecológica de rotina. Apresentava-se assintomática, no exame objetivo não era possível palpar nenhuma massa abdominal e ao exame ginecológico bimanual não foi possível a sua identificação. A nível imagiológico, a ecografia transvaginal evidenciava existir, na dependência da região anexial esquerda, uma estrutura heterogénea, alongada com 41x27x23mm, de aspeto cístico, com área ecogénica periférica e presença de septos, sem vascularização no estudo doppler, sem presença de líquido livre ou alterações do anexo contralateral. O estudo analítico pré-operatório era normal, incluindo a função tiroideia e CA-125. Foi proposta para salpingo-ooforectomia esquerda laparoscópica, que decorreu sem intercorrências. O estudo anatomopatológico revelou um teratoma com predominância de tecido tiroideu tratando-se de um teratoma benigno do ovário com struma ovarii. Teve alta 1 dia após a cirurgia, sem intercorrências no pós-operatório.

Conclusão: O caso clínico evidência uma entidade rara, cujo diagnóstico é na maioria das vezes realizado após estudo histológico. Apesar disso, o struma ovarii deve ser considerado no diagnóstico diferencial de um tumor sólido do ovário, sendo a suspeita mais forte se existir alteração da função tiroideia associada, não presente neste caso. Apesar da raridade, apresenta um tratamento simples e um prognóstico favorável.

PD 28

O VALOR DA ECOGRAFIA 3D NA AVALIAÇÃO DOS DISPOSITIVOS INTRA-UTERINOS

Sara Dias Leite¹; José Ferreira¹

¹Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: O sistema intrauterino com libertação de levonogestrel (SIU-LNG) é um método contraceptivo reversível de longa duração de uso crescente na nossa população.

A ecografia é o exame de primeira linha na avaliação do seu posicionamento em mulheres com dor pélvica, hemorragia anormal ou não visualização dos fios.

Os problemas associados ao malposicionamento dos dispositivos incluem a expulsão, deslocamento, penetração e perfuração uterina.

A ecografia 3D tem maior sensibilidade na avaliação da localização do dispositivo, sendo essencial na caracterização dos achados mais subtis e dúvidas diagnósticas.

Descrição do caso: Núlipara de 22 anos, habitualmente saudável, observada em consulta de planeamento familiar por pretender um método contraceptivo de longa duração, tendo-se decidido pela colocação de SIU-LNG.

Imediatamente após a sua introdução, iniciou dor pélvica intensa, perda hemática vaginal e sensação de mal-estar geral, motivando observação no serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia. Foi instituída analgesia endovenosa e decidida remoção do SIU-LNG por manutenção das queixas. Após alta, manteve algias pélvicas e hemorragia genital durante uma semana.

Um mês depois, foi avaliada novamente em consulta, com realização de ecografia ginecológica.

Na ecografia 2D foi observado útero de dimensões e morfologia normal, sendo descartada a possibilidade de malformação uterina. Realizada avaliação complementar com son-

da 3D com constatação de cavidade endometrial de morfologia normal, mas de pequenas dimensões (distância inter-ostial máxima de 23 mm), incompatível com uma correta colocação de dispositivos intra-uterinos.

Conclusão: Em Portugal são comercializados quatro SIU-LNG distintos, medindo o menor 28x30 mm.

A ecografia 3D permite a avaliação da morfologia uterina, mas também a medição da distância inter-ostial da cavidade endometrial, sendo uma ferramenta crucial na avaliação do mal posicionamento ou penetração dos dispositivos.

Tal como descrito neste caso, permite diagnosticar a incompatibilidade entre o tamanho da cavidade endometrial e o tamanho do dispositivo, identificando más candidatas ao método.

Dado o aumento do uso de dispositivos intrauterinos é fundamental que o ginecologista se familiarize com as características ecográficas dos dispositivos, sendo a avaliação 3D uma mais-valia pouco explorada na prática clínica.

PD 29

GRAVIDEZ INTERSTICIAL: 9 CASOS EM 10 ANOS - EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Sara Dias Leite¹; Magda Magalhães¹; João Cavaco¹; Ana Sofia Fernandes¹

¹Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A gravidez intersticial (GI) define-se como a gestação ectópica (GE) que se desenvolve na porção intramural da trompa de falópio. É um evento raro, representando 2-4% de todas as GE.

O desafio diagnóstico e o risco de mortalidade duas vezes superior relativamente às restantes GE, atribuem-lhe particular importância.

Objetivos: Descrição e análise dos casos de GI diagnosticados no Centro Hospitalar Universitário de São João, entre fevereiro de

2012 e fevereiro de 2022.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, com análise descritiva dos casos através da consulta dos processos clínicos electrónicos (Obscare®).

Resultados e conclusões: Nos últimos 10 anos, foram diagnosticados 9 casos de GI, com idades entre os 28 e 44 anos, sendo a média de 35,4 anos.

O principal sintoma de apresentação foi a dor abdominal, em 6 casos (66,7%), sendo que destas, 3 apresentaram vômitos associados (33,3%) e 3 síncope (33,3%). Um dos casos apresentou, como único sinal, hemorragia vaginal (11,1%), e 2 estavam assintomáticas (22,2%).

A mediana da idade gestacional ao diagnóstico foi de 6 semanas e a da B-hCG foi de 5179 mUI/mL (813 -24628). Na maioria das mulheres (n = 7; 77,8%), o diagnóstico foi feito na primeira observação. Em nenhum dos casos foi objetivado embrião com vitalidade na ecografia.

Quatro doentes foram submetidas a cirurgia laparoscópica (44,4%), 1 a laparoscopia diagnóstica, remoção histeroscópica e injeção intra-sacular de metotrexato (11,1%) e 4 submetidas a tratamento médico com metotrexato (44,4%).

Dos 4 casos tratados cirurgicamente (3 cornuectomias e 1 sutura cornual), foi confirmada a rotura da GI em todos, cuja idade gestacional ecográfica se encontrava entre as 5 e 7 semanas.

A única complicação descrita foi a anemia, em 4 casos (44,4%), com necessidade de transfusão de concentrado de eritrócitos em 2 deles.

O tempo médio de internamento foi de 4,6 dias. Apenas uma doente foi tratada medicamente em regime ambulatorio.

Entre as doentes que mantiveram seguimento neste hospital (n = 7), a negatificação da B-h-

CG ocorreu em média 34,5 dias após o início do tratamento.

Em conclusão, o principal sintoma descrito foi a dor abdominal e, ao contrário do expectável, as roturas foram observadas em gestações iniciais.

O tratamento médico mostrou-se eficaz, sendo, no entanto, a cirurgia crucial em situações de instabilidade hemodinâmica e/ou rotura.

PD 30

MIOMAS UTERINOS E VULVARES MÚLTIPLOS – UM CASO RARO

Joana Ribeiro¹; Gonçalo Dias¹; Fernando Igreja¹; Gustavo Mendinhos¹

¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Os miomas uterinos representam uma patologia uterina benigna comum, afetando até 30% das mulheres com mais de 35 anos. Em contrapartida, os miomas vulvares são raros, existindo cerca de 160 casos descritos na literatura. A distinção entre benignidade e malignidade dos tumores vulvares é desafiante.

Descrição do caso: Uma doente de 50 anos foi referenciada à consulta por massas abdominais e vulvares de crescimento progressivo e interferência na qualidade de vida.

Ao exame físico apresentava volumoso tumor envolvendo abdómen e pelve e massas vulvares distorcendo os grandes lábios. Permanecia a dúvida se a massa abdominal apresentava extensão vulvar ou representavam lesões distintas.

A ecografia ginecológica identificou uma massa sólida heterogénea, vascularizada, ocupando a pelve e abdómen inferior, com 22x22x16cm, contornos regulares e planos de clivagem mantidos. Colocou-se a hipótese de mioma de grandes dimensões ou degenerescência sarcomatosa. Realizou ressonância magnética que concluiu tratar-se de massas uterinas e vulvares independentes entre si. A

biópsia das lesões vulvares foi sugestiva de miomas.

A doente foi submetida a laparotomia com histerectomia total e anexectomia bilateral e realizou-se excisão de massa vulvar direita com 10cm e de massa perineal esquerda com 7cm, que se prolongava pelo espaço pararectal.

A peça de histerectomia total e anexectomia bilateral mediu 30x26x23cm e pesou 4,6kg. O miométrio encontrava-se substituído por miomas, o maior com 15cm. As massas vulvares direitas, com 402g e diâmetro máximo 12cm e as massas vulvares esquerdas, com 190g e diâmetro máximo 9cm, revelaram idêntico aspeto entre si, compatíveis com o diagnóstico de miomas, sem atipia.

Aos 5 meses de seguimento não há sinais de recorrência.

Conclusão: Os miomas extra-uterinos podem encontrar-se em qualquer localização que contenha células musculares lisas, sendo os locais mais frequentes a vulva, ovários, bexiga e uretra. Os miomas vulvares são habitualmente lesões únicas, indolores e bem circunscritas e o diâmetro médio, num estudo com 25 doentes, foi de 5,2cm. No caso descrito, as lesões eram bilaterais e apresentavam dimensões superiores, causando desconforto e distorção dos grandes lábios.

O diagnóstico diferencial destas lesões inclui quisto de Bartholin, linfangioma, fibroma, sarcoma e tumor neurogénico.

O tratamento é cirúrgico e o diagnóstico definitivo é histológico. O seguimento a longo prazo é recomendado, pela possibilidade de recorrência.

PD 31

O VALOR DO P16/KI67 NA AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÕES DE ALTO GRAU

Daniela Melo¹; Alexandra Santos²; Carlota Carvalhos²; Bárbara Gomes²; Bárbara Sepodes³; David David²; Joana Mafra²; Mariana Robalo Cordeiro¹; Raquel Sousa²; Fátima Peralta²; Fernanda Santos²; Olga Caramelo²; Teresa Rebelo¹; Vera Ramos²; Fernanda Águas²

¹Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; ²Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

³Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A pesquisa de HPV de alto risco tem sido utilizada como teste preferencial de rastreio do cancro do colo do útero. Contudo, é um teste pouco específico, o que pode levar a dificuldades quando aplicado em contexto de vigilância. O aumento da expressão de p16 e Ki-67 foi associado à presença de lesões cervicais de alto grau, podendo fornecer maior valor preditivo nas mulheres com teste de HPV positivo.

Objetivos: Avaliar o valor preditivo do p16/Ki67 no risco de lesões de alto grau, comparando-o com outros fatores de risco já conhecidos.

Material e métodos: Foram recolhidas informações dos processos clínicos de 747 mulheres vigiadas na consulta de Patologia Cérvico-Vulvar do CHUC entre 2014 e 2020.

Resultados e conclusões: As mulheres incluídas apresentavam uma idade média de 41,4 anos (mínimo: 19 anos; máximo: 87 anos). A maioria das mulheres não apresentava hábitos tabágicos (68,3%) e apenas 27,3% eram previamente vacinadas contra o HPV. Das 332 mulheres submetidas a análise por apresentarem determinação do p16/Ki67 e realização de biópsia/exérese da zona de transformação, 222 apresentaram lesões de baixo grau e 110

lesões de alto grau. Foi realizada uma curva ROC com o objetivo de avaliar a sensibilidade e a especificidade do p16/Ki67 na identificação de lesões de alto grau. Os resultados mostraram uma curva estatisticamente significativa (AUC = 0,743; $p < 0,01$; IC 95% 0,688 – 0,797), com sensibilidade 86,4% e especificidade 62,2%. Efetuou-se ainda uma regressão logística binária para verificar se o p16/Ki67, a idade ≥ 50 anos, os hábitos tabágicos e a vacinação contra o HPV são preditivos do desenvolvimento de lesões de alto grau. O modelo considerando apenas o p16/Ki67 foi significativo [$\chi^2 (1) = 76,094$; $p < 0,001$; $R^2_{\text{Nagelkerke}} = 0,285$] e o p16/Ki67 foi considerado um fator preditivo significativo (OR = 10,405; IC 95% = 5,663 – 19,118). Contudo, quando associamos a idade ≥ 50 anos, os hábitos tabágicos ou a vacinação contra o HPV, o papel do p16/Ki67 perde significado estatístico. Isoladamente, os hábitos tabágicos estão fortemente associados ao risco de desenvolvimento de lesões de alto grau [$\chi^2 (1) = 5,733$; $p = 0,017$; $R^2_{\text{Nagelkerke}} = 0,023$] (OR = 1,742; IC 95% = 1,106 – 2,744). De referir que, em termos de citologia morfológica (336 analisadas: 220 lesões de baixo grau e 116 de alto grau), os resultados LSIL e ASC-US apresentaram um OR de 1,178 e 1,137, não sendo estatisticamente significativo ($p = 0,606$ e $0,772$).

PD 33

AValiação DA RESERVA OVÁRICA – QUAL O MELHOR MARCADOR?

Sara Bernardes Cunha¹; Patricia Ferreira¹; Carolina Carneiro¹; Cátia Rasteiro¹; José Carlos Silva¹; Mak Foo Kok¹

¹Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A avaliação da reserva ovárica cada vez mais se revela um aspeto importante na avaliação do casal infértil. Apesar da Hormona Anti Mülleriana (HAM) cada vez

se posicionar como um critério de referência para a sua avaliação, como a melhor forma de avaliação continua por definir, são também usados a FSH (Follicule Stimulating Hormone) e a contagem de folículos antrais. O comportamento destes testes pode variar de acordo com a idade, sendo a HAM reconhecida como um dos primeiros fatores a sofrer descrecimento na mulher com diminuição de reserva ovárica. **Objetivo:** Verificar se a associação entre os níveis de FSH, HAM e contagem de folículos antrais varia com a idade numa amostra de mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Material e métodos: Consulta retrospectiva de registos clínicos de mulheres referenciadas à consulta por infertilidade conjugal nos anos de 2020 e 2021. Foram avaliadas características da doente incluindo o estudo hormonal basal e a contagem folicular. Em função da idade foram criados dois grupos (Grupo 1 - inferior a 35 anos, Grupo 2 igual ou superior a 35 anos) e para cada grupo foi verificada a associação entre a HAM, FSH e a contagem folicular. Considerou-se significância estatística se $p \leq 0,05$.

Resultados e conclusões: Foram selecionadas 124 mulheres, das quais 6 desistiram do processo, 22 engravidaram (3 com recurso a tratamento de Procriação Medicamente Assistida). Foi avaliado o estudo hormonal de uma amostra de 96 mulheres, com média de idades de $35,62 \pm 18,7$ anos. Na amostra estudada verificou-se uma correlação inversa estatisticamente significativa entre o valor de FSH e HAM ($r = -0,026$; $p < 0,05$). Quando comparados com o valor dos folículos antrais existe uma correlação moderada inversa com o valor de FSH ($r = -0,295$; $p = 0,006$) e positiva alta com o valor de HAM ($r = 0,75$; $p < 0,001$). Nas mulheres mais jovens apenas se identificou associação entre HAM e a contagem folicular ($r = 0,638$; $p < 0,001$). Nas mulheres com idade igual ou superior a 35

anos verificaram-se associações entre HAM e FSH ($ro=-0.438$; $p < 0.003$), HAM e contagem folicular ($ro=0.659$; $p < 0.001$) e FSH e contagem folicular ($ro=-0.400$; $p < 0.010$).

O facto de não verificarem associações significativas nas mulheres mais novas pode refletir o facto de a subida da FSH ser um marcador de reserva ovárica de aparecimento mais tardio que a descida da HAM. A utilização da FSH, sobretudo em mulheres mais jovens, pode não refletir adequadamente a reserva ovárica baixa.

PD 34

REMOÇÃO DE PÓLIPOS ENDOMETRIAIS NA PÓS-MENOPAUSA: NEM SEMPRE NEM NUNCA?

Ana Andrade¹; Inês Sousa¹; Luís Castro¹; Ana Rocha¹; Rosa Zulmira Macedo¹

¹Centro Materno-Infantil do Norte

Introdução: A introdução da ecografia transvaginal na rotina ginecológica aumentou o número de lesões assintomáticas identificadas em mulheres na pós-menopausa (PM). A transformação maligna de pólipos endometriais é rara, ocorrendo em 0-12,9% dos casos.

Objetivo: Avaliar o risco de lesão maligna e pré-maligna em mulheres PM com achados ecográficos sugestivos de pólipos endometriais.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu todas as mulheres PM submetidas a histeroscopia no Centro Materno-Infantil do Norte com achado prévio em ecografia ginecológica de espessamento endometrial focal sugestivo de pólipo endometrial durante o ano de 2021.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 123 mulheres: 61,0% assintomáticas e 39,0% apresentavam HUA PM. 78,6% das mulheres assintomáticas e 71,1% das mulheres com HUA PM apresentavam fatores de

risco para cancro do endométrio ($p = 0,381$). Os resultados histopatológicos das mulheres assintomáticas ($n = 67$) revelaram 0 casos de cancro do endométrio ou hiperplasia endometrial (HE) com atipia, 1 caso (1,5%) de HE sem atipia, sendo que os restantes 66 casos (98,5%) demonstraram alterações benignas. Já no grupo de mulheres com HUA PM houve 3 casos (7,5%) de cancro do endométrio, 2 casos (5,0%) de HE com atipia (estudo de peça operatória pós-histerectomia num destes casos revelou adenocarcinoma endometrióide), 2 casos (5,0%) de HE sem atipia, sendo que nos restantes 33 casos (82,5%) se detetaram achados benignos. O risco de malignidade foi de 0% em mulheres assintomáticas, em comparação com um risco de 8% (ou 10%, se considerado o estudo de peça operatória pós-HT) na presença de HUA PM ($p = 0,05$ e $p = 0,02$, respetivamente). Quando comparada a incidência de lesões malignas e pré-malignas, estas foram de 1,5% vs. 17,5% em mulheres assintomáticas e com HUA, respetivamente ($p = 0,005$). Não houve complicações cirúrgicas major em nenhum dos grupos.

A incidência de lesões malignas e pré-malignas estava significativamente aumentada no grupo de mulheres com HUA. A decisão de remover pólipos assintomáticos em mulheres PM deve tomar em consideração o risco de malignidade e potenciais complicações cirúrgicas (incluindo complicações anestésicas, sobretudo em pacientes com múltiplas comorbilidades). Embora a taxa de complicações seja globalmente baixa, em mulheres assintomáticas com risco operatório elevado, o tratamento conservador parece ser uma opção segura, devido à baixa incidência de lesões malignas e pré-malignas nesta população (1,5%).

PD 35

HAVERÁ DIFERENÇAS ENTRE OS SLINGS TRANSOBTURADORES *INSIDE-OUTE OUTSIDE-IN*?

Ana Catarina Borges¹; Paulina Costa²; Vera Cláudia Costa²; António Baptista Vilaça²; Emília Jácome²
¹Serviço de Ginecologia/Obstetria do Hospital de Braga; ²Serviço de Ginecologia/Obstetria do Centro Hospitalar Médio Ave

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) é comum na mulher e tem elevado impacto na sua qualidade de vida. Quando o tratamento conservador falha, o tratamento cirúrgico é uma opção segura e eficaz, sendo os slings da uretra média a primeira escolha, nos quais se incluem os transobturadores inside-out (TVT-O) ou outside-in (TOT). As taxas de cura parecem ser semelhantes com raras complicações associadas, mas não existe evidência suficiente para recomendar uma técnica em detrimento da outra.

Objetivo: Comparar o sucesso terapêutico e as complicações entre TVT-O e TOT.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu mulheres com IUE, submetidas a tratamento cirúrgico, TVT-O ou TOT, no Centro Hospitalar Médio Ave, no período de 01/2017 a 12/2021. Analisaram-se variáveis sociodemográficas, antecedentes ginecológicos e obstétricos, assim como dados relativos ao sucesso da técnica e complicações associadas no período de seguimento.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 129 mulheres que colocaram slings transobturadores (61 TOT e 68 TVT-O). Os grupos eram homogêneos relativamente à idade, paridade, prevalência de incontinência urinária mista, obesidade, tabagismo e doença pulmonar crónica. A prevalência de mulheres na menopausa foi superior no grupo TOT (50.8% vs. 30.9%, $p = 0.03$). Não se verificaram diferenças relativamente a complicações cirúrgicas, tendo-se verificado um caso de lacera-

ção vesical num TOT. Durante o internamento verificou-se maior frequência de retenção urinária nas mulheres submetidas a TVT-O (7.9% vs. 0%, $p = 0.059$), sem diferenças entre os grupos nas taxas de dor, hemorragia ou infeção. A duração média de internamento foi 1.3 ± 0.2 dias no TOT e 1.2 ± 0.1 dias no TVT-O, $p = 0.32$. Durante o seguimento não se verificaram diferenças na incidência de sintomas de urgência miccional (10.3% no TVT-O; 8.2% no TOT, $p = 0.77$), infeção urinária ou dor, não tendo sido reportada dispareunia. Ocorreram apenas 3 casos de extrusão da rede, todos no grupo submetido a TVT-O (4.4%). Verificou-se recidiva de IUE em 7.3% ($n = 5$) dos TVT-O e 3.3% ($n = 2$) dos TOT, sem diferença entre os grupos, tendo ocorrido em média 2.9 ± 0.1 meses após a cirurgia. A taxa de cura foi de 92.6% nos TVT-O e 96.7% nos TOT, $p = 0.72$. Em suma, ambas as técnicas apresentaram elevada taxa de cura e sobreponível à da literatura, e baixa taxa de complicações, sem diferenças significativas entre ambas. Assim, a experiência do cirurgião deverá ser preponderante na escolha da técnica cirúrgica a adotar.

PD 36

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH: SÉRIE DE CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

Isabel Saavedra Rocha¹; Andreia Martins²; Celina Ferreira²; Carla Leitão²; Filomena Sousa²; Ricardo Mira²

¹Maternidade Alfredo da Costa; ²MAC

Introdução: O síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (SHWW) é uma anomalia Mülleriana congénita, também mais recentemente designado por síndrome OHVIRA (Hemivagina Obstruída e Agenesia Renal Ipsilateral). Trata-se de um síndrome raro, com uma incidência estimada de 0,1- 3.8%, e que se caracteriza pela presença da tríade: útero didelfos, septo

vaginal e agenesia renal ipsilateral.

Objectivo: Por se tratar de uma patologia rara e frequentemente sub-diagnosticada, procura-se através da descrição de uma série de casos e aliado a uma breve revisão da literatura, alertar para a importância do seu diagnóstico precoce.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo de série de casos com o diagnóstico de SHWW, seguidos numa maternidade terciária, entre janeiro de 2011 a janeiro de 2021.

Resultados e conclusão: Durante esse período, foram identificados 10 casos de SHWW. A idade média ao diagnóstico foi 15 anos (2-28anos). O sintoma de apresentação predominante foi a dismenorreia, exceto em dois casos, cujo diagnóstico de SHWW surgiu no contexto de uma investigação clínica após o diagnóstico pré-natal de agenesia renal. A ecografia pélvica transabdominal permitiu o diagnóstico de todos os casos, tendo sido posteriormente, em 9 destes (90%), complementada com a ressonância magnética. No que respeita ao tratamento, em 4 casos (40%) procedeu-se a hemihisterectomia e salpingectomia ipsilateral por via laparoscópica. Em 4 casos (40%) houve apenas necessidade de excisão cirúrgica do septo vaginal por histeroscopia. Os restantes casos permanecem em vigilância, ainda sem indicação para tratamento cirúrgico.

O SHWW deve ser equacionado aquando de um diagnóstico de agenesia renal na infância e queixas de dismenorreia primária em adolescentes, assim como, perante o diagnóstico de uma malformação uterina será pertinente a investigação de anomalias renais congénitas. O diagnóstico precoce do SHWW permitirá uma vigilância adequada e a implementação de medidas que visam a preservação da fertilidade e evicção de complicações (como a hematossalpinge e ruptura de abscesso tubo-

-ovárico) associadas a esta entidade.

PD 37

SÍNDROME MAY-THURNER: UM DESAFIO PARA O GINECOLOGISTA-OBSTETRA

Isabel Saavedra Rocha¹; Andreia Martins¹; Carla Leitão¹; Ricardo Mira¹

¹MAC

Introdução: Na mulher em idade fértil, hipocoagulada e com história prévia de um evento trombótico, é para o ginecologista-obstetra um grande desafio o diagnóstico da causa, a instituição de contraceção e/ou risco de gravidez nestas situações, bem como o controlo de hemorragia uterina anormal muitas vezes associada.

Caso clínico: Mulher, 39 anos, G4P4 é referenciada pela radiologia de intervenção à consulta de Ginecologia, para otimização da contraceção e tratamento de hemorragia uterina anormal, em contexto de adenomiose e com repercussão hemodinâmica (anemia ferropénica- Hb 8.7 g/L). Antecedentes médicos de trombose venosa profunda, por provável Síndrome de May Thurner (diagnóstico por angio-TAC) com indicação para manter anticoagulação oral crónica. Relatou uso de Diane 35 anos durante 12 anos, previamente ao evento trombótico. Após avaliação clínica e ecográfica, optou-se pela colocação de um SIU de levonogestrel 20mcg. A doente recorre ao serviço de urgência 4 meses depois com gravidez de 6 semanas. Por se tratar de uma gravidez não evolutiva, foi submetida a aspiração do conteúdo intra-uterino e instituída terapêutica trimestral com agonista GnRh. Após reunião com radiologia de intervenção, decidiu-se introdução de drosperinona 4mg e embolização das artérias uterinas. Presentemente a doente está controlada com cataménios de 4 dias e analiticamente com uma Hb de 15g/L.

Conclusão: A abordagem multidisciplinar,

bem como, o conhecimento das indicações, contra-indicações e benefícios não contraceptivos das diferentes opções terapêuticas, foi fundamental para assegurar o controlo desta situação.

PD 38

EXPULSÃO ESPONTÂNEA DE IMPLANTE SUBCUTÂNEO DE ETONOGESTREL

Marta Campos¹; Marta Xavier¹; Tânia Lima¹; Joana Silva¹; Sandra Baptista¹; João Gonçalves¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Introdução: O implante subcutâneo de etonogestrel é um método de contraceção reversível de longa duração. É considerado o método mais efetivo, sendo que apenas 0,05% das mulheres têm uma gravidez não desejada. Existem diversos efeitos secundários associados à sua utilização, no entanto, as complicações associadas à inserção ou remoção do implante subcutâneo são incomuns. A infeção tem uma incidência de 0 a 1,4%, ocorrendo 2 meses a 2 anos após a sua inserção. A expulsão do implante subcutâneo, que pode surgir após a infeção, foi reportada em 0,6% dos casos.

Descrição do caso: Mulher de 19 anos, G2P2, com antecedentes de dermatite atópica. Inserção de implante subcutâneo com etonogestrel na consulta de revisão puerperal, sem intercorrências. Cerca de 2 meses depois, apresentava pequena erosão com 2mm, no local de inserção do implante subcutâneo, com endurecimento em profundidade, tendo sido medicada com anti-inflamatório oral e ácido fusídico creme. Por ausência de melhoria clínica, foi medicada com flucloxacilina oral. Associadamente, apresentou agravamento da dermatite atópica, com necessidade de corticoterapia tópica. Aproximadamente 3 meses após a inserção do implante subcutâneo, recorreu ao serviço de urgência por expulsão espontânea do implante sub-

cutâneo, apresentando eczema exuberante no braço e antebraço homolateral ao local de inserção do implante. Foi orientada para consulta externa de Dermatologia e Obstetrícia, para colaboração no tratamento da dermatite atópica e orientação relativamente ao planeamento familiar.

Conclusão: A expulsão espontânea de implante subcutâneo é uma complicação rara, sendo escassos os relatos descritos na literatura. Este caso clínico alerta para a sua ocorrência, sobretudo perante a existência de patologia dermatológica prévia, podendo condicionar o sucesso do método contraceptivo.

PD 39

TORÇÃO ANEXIAL PÓS-MENOPAUSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marilene D'Oliveira¹; Mariana Solinho¹; Ana Carolina Rocha¹; Vera Santos Loureiro¹

¹Hospital de Santarém EPE

Introdução: A torção anexial é uma emergência ginecológica frequente, sobretudo em mulheres em idade reprodutiva. Um dos principais fatores de risco é a presença de uma massa anexial. A torção é mais provável quando o ovário tem o maior diâmetro superior a 5 cm, tornando-se menos frequente em massas de grandes dimensões. Na sua grande maioria são situações benignas, cuja mobilidade conservada permite estes fenómenos. Embora a torção de massas malignas seja rara (<3%), o risco de malignidade em mulheres pós-menopausa pode atingir os 20%. O quadro clínico cursa habitualmente com dor abdominal aguda moderada a grave, de início súbito e associada a náuseas, vômitos e febre baixa. A observação nem sempre acrescenta dados adicionais. A ecografia ginecológica para avaliação anexial é essencial na suspeita de torção.

Caso clínico: Mulher de 55 anos, obesa e pós-menopáusia, recorre ao serviço de ur-

gência por quadro de dor abdominal tipo cólica nos quadrantes médios e inferiores associada a náuseas, com cerca de uma semana de evolução e com boa resposta à analgesia. A palpação abdominal revelou-se inocente e a palpação bimanual inconclusiva. Na avaliação ecográfica identificou-se uma formação multilocular, com conteúdo de baixo nível e contornos regulares, medindo cerca de 192x158 mm, móvel. Apresentava um CA125 de 59 U/mL, sem outras alterações analíticas. Foi encaminhada para a consulta externa e inscrita para cirurgia eletiva. Foi operada cerca de 4 semanas após o início do quadro confirmando-se a presença de uma volumosa massa, com origem no anexo esquerdo, torcida (múltiplas voltas) e com fenómenos de necrose evidentes que impossibilitaram o exame extemporâneo conclusivo. Foi submetida a histerectomia total, anexectomia bilateral, apendicectomia, omentectomia, biópsias peritoneais e colheita de lavado peritoneal. O diagnóstico histológico definitivo revelou um cistadenoma com cerca de 24 cm de maior eixo e extensa hemorragia e necrose.

Conclusão: Apesar da torção anexial ser mais frequente em mulheres em idade reprodutiva com formações anexiais funcionais, o diagnóstico não deve ser desconsiderado no pós-menopausa. Nestas mulheres, o risco consideravelmente superior de malignidade, não permite uma abordagem cirúrgica conservadora. Quer pelos fenómenos de necrose e hemorragia intralesional, quer pela emergência do quadro, o exame extemporâneo nem sempre é possível, pelo que se deve assumir a pior das hipóteses diagnósticas.

PD 40

ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ APÓS ADMINISTRAÇÃO DE VACINA CONTRA COVID-19

Joana Figueiredo¹; Catarina Soares¹; Inês Peralta¹; Catarina Vasconcelos¹; Jorge Ribeiro¹

¹Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha

Introdução: As úlceras genitais podem ter etiologias muito diversificadas, desde causas infecciosas a doenças autoimunes, trauma e reações a fármacos. A úlcera de Lipschütz, também denominada de úlcera genital aguda, é caracterizada pelo aparecimento súbito de úlceras dolorosas com fundo necrótico que tipicamente surgem após sintomas gripais ou de mononucleose. Pode ter como etiologia a infeção pelo vírus Epstein-Barr, outras infeções virais ou bacterianas ou ser idiopática. É uma patologia rara e autolimitada, com taxa de recorrência de cerca de 30-50%, que deve estar presente no diagnóstico diferencial de úlceras genitais.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 18 anos, saudável e sem alergias medicamentosas conhecidas, que recorreu ao serviço de urgência por início súbito de úlceras vulvares dolorosas acompanhadas de disúria. Estes sintomas tiveram início cinco dias depois de um quadro de febre e úlceras orais que surgiu após administração da vacina Pfizer-BioNTech COVID-19. A doente negava relações sexuais nos quatro meses anteriores. O exame ginecológico revelou edema dos grandes lábios e duas úlceras dolorosas, profundas e simétricas no introito vaginal, com cerca de 1,5 cm de maior diâmetro e cobertas por exsudado amarelo-acinzentado. Foram pedidas serologias que se revelaram negativas. Foi assumido o diagnóstico de úlcera de Lipschütz secundária à vacina contra COVID-19 e a doente foi medicada com analgésicos e emoliente local. Os sintomas resol-

veram em duas semanas, com cicatrização total das úlceras.

Conclusão: Apesar da maioria das úlceras vulvares ter causa infecciosa e por isso ser mandatária a sua pesquisa, é importante ponderar também causas não infecciosas, nomeadamente a úlcera de Lipschütz. A úlcera de Lipschütz parece resultar de uma reação imunológica contra um agente externo. Neste caso, o único agente externo não habitual identificado foi a vacina contra COVID-19, apoiando uma eventual associação de causalidade entre a vacina contra COVID-19 e esta patologia. Havendo já casos semelhantes descritos na literatura internacional, será importante informar os profissionais de saúde desta possibilidade.

PD 41

LINFANGIOMA UTERINO MIMETIZANDO LESÃO ANEXIAL – UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL

Ana Catarina Borges¹; Paulina Costa²; Beatriz Palmeira²; Sidonie Monteiro²; Filipa Rafael²; Ana Isabel Rodrigues²

¹Serviço de Ginecologia/Obstetria do Hospital de Braga; ²Serviço de Ginecologia/Obstetria do Centro Hospitalar Médio Ave

Introdução: Os linfangiomas podem desenvolver-se em qualquer região do corpo, sendo mais frequentes na cabeça, pescoço e axila, como resultado de uma malformação no desenvolvimento do sistema linfático. Os linfangiomas abdominais são incomuns em crianças e ainda mais excepcionais nos adultos, existindo poucos casos descritos na literatura. Assim, o linfangioma uterino (LU), corresponde a um tumor benigno e raro do útero formado por canais linfáticos.

Caso clínico: Mulher de 45 anos, com antecedentes de infertilidade primária, insuficiência venosa periférica e trombose venosa profunda, foi encaminhada à consulta de gi-

necologia por um quadro de algias pélvicas e hemorragia uterina anómala com 1 ano de evolução. Na ecografia ginecológica constatou-se uma lesão anexial direita, unilocular, com 55*36mm, de paredes espessas e regulares. Os marcadores tumorais CA 125, CEA, DHL, CA 19.9 e -HCG foram negativos. Foi proposta vigilância clínica e imagiológica que a doente aceitou. Na ecografia de *follow-up* a 1 ano identificou-se uma lesão unilocular em posição retrouterina, sem plano de clivagem com o útero e sem aparente relação com os anexos, sugestiva de lesão endometriótica. Efetuou ressonância magnética pélvica que não identificou lesões de endometriose, apenas uma lesão unilocular, de paredes espessas, conteúdo “homogeneamente fluído” com 46mm no anexo direito. Foi proposta para laparoscopia diagnóstica e anexectomia direita, verificando-se uma lesão quística da parede uterina posterior, com cerca de 5 cm, que se estendia ao longo do eixo do útero e até à proximidade do corno ipsilateral, interpretada como adenomiose. Por agravamento de algias pélvicas e opção da paciente, foi realizada histerectomia com salpingectomia bilateral. O exame histológico definitivo revelou tratar-se de um linfangioma uterino.

Discussão e conclusão: O LU é um tumor extremamente raro, sendo a suspeição pré-operatória difícil. Ecograficamente poderá corresponder a uma lesão uni ou multilocular, anecogénica, com contornos regulares, sem vascularização doppler, geralmente localizada no fundo uterino. Frequentemente, a suspeita inicial é a de uma lesão anexial ou de um mioma em degenerescência, sendo necessário o diagnóstico histológico. Embora o LU apresente baixo potencial proliferativo e de transformação maligna, a sua exérese completa é recomendada pois associa-se a uma taxa de recorrência de cerca de 10%.

HEMATOMA ESPONTÂNEO DA MAMA – A PROPÓSITO DE UM CASO RARO

Joana Mafra¹; Ângela Rodrigues¹; Cláudia Andrade¹;
Inês Gante¹; Carla Rodrigues¹; Paulo Donato²;
Fernanda Águas¹

¹*Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra;* ²*Serviço de Radiologia,
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

Introdução: O aparecimento de hematomas mamários geralmente ocorre após trauma, procedimentos invasivos ou cirurgia. Raramente surgem espontaneamente.

Caso clínico: Doente de 46 anos portadora de Síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV (SED), com antecedentes de fistula carótido-cavernosa direita com resolução espontânea, bem como leucocitose e trombocitose persistentes com vários anos de evolução.

Recorreu ao serviço de Urgência por mastal-
gia intensa e aumento súbito do volume da
mama esquerda. Ao exame físico, objetivou-
se mama esquerda volumosa com equimo-
se extensa nos quadrantes superiores, sem
individualização de hematoma, ligeiramente
dolorosa à mobilização.

Encontrava-se hemodinamicamente estável.
Do estudo analítico realizado apresentava
hemoglobina de 12,3g/dl, leucocitose de 25,4
(neutrofilia 21,24) e trombocitose de 420.000,
sem alteração de tempos de coagulação.

Na ecografia mamária identificaram-se: duas
áreas hipoecogénicas, heterogéneas e mal
definidas, com 33x9mm e 32x5mm com-
patíveis com hematomas; identificando-se
espessamento difuso com aumento de refle-
tividade e áreas hipoecogénicas lineares em
relação com edema/áreas de infiltração he-
morrágica.

Foi decidida realização de angiografia-TC
onde se identificou a artéria mamária interna
esquerda pseudoaneurismática.

Procedeu-se a embolização com microcoils

do pseudoaneurisma e artéria aferente em
localização próxima.

Durante o internamento, manteve-se uma
atitude conservadora com aplicação de gelo
local e antibioterapia endovenosa. Verificou-
se estabilidade hemodinâmica durante todo
este período. Teve alta para domicílio ao 3º dia
após procedimento medicada com antibiote-
rapia oral.

A doente foi reavaliada cinco semanas após
a alta médica, em que referiu franca melho-
ria da mastal-
gia. Ao exame físico apresentou
ligeira equimose associada a discreto em-
pastamento do quadrante superior interno da
mama esquerda. Foi solicitado controlo ima-
giológico após 6 meses.

Conclusão: O SED associa-se a fragilidade
estrutural dos órgãos ricos em colagénio do
tipo III, aumentando o risco de disseção ar-
terial espontânea, aneurismas e pseudoa-
neurismas. O pseudoaneurisma da artéria
mamária interna é uma entidade rara e maio-
ritariamente associado a iatrogenia.

O tratamento endovascular através de embo-
lização arterial é eficaz perante este tipo de
lesões e deve ser considerada como terapêu-
tica de primeira linha em casos selecionados.

PD 43

IMPACTO DA PANDEMIA SARS-COV2 NA CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Joana Mafra¹; Daniela Melo²; Daniela David¹; Bárbara Gomes¹; Raquel Sousa¹; Mariana Robalo Cordeiro³; Carlota Carvalhos¹; Alexandra Almeida Santos¹; Bárbara Sepodes⁴; Fernanda Santos¹; Vera Ramos¹; Olga Caramelo¹; Teresa Rebelo¹

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

³Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de Medicina da Universidade Coimbra; ⁴Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A pandemia SARS-CoV2 teve impacto nos serviços de saúde em Portugal. A nível nacional, em 2020 houve uma diminuição em 61% de convocatórias para rastreio de cancro do colo do útero e de 55% no total de mulheres rastreadas. Pretendemos documentar o impacto na prestação de cuidados de doentes com infeção HPV na consulta de Patologia Cervical do CHUC.

Metodologia: Foi efetuado um levantamento das primeiras consultas no contexto de infeção por HPV alto risco e alterações de citologia reflexa da consulta de Patologia Cervical do CHUC desde janeiro/2019 até dezembro/2020. Análise estatística em SPSS®, assumindo-se $p < 0,05$ estatisticamente significativo.

Resultados/discussão: Realizaram-se 177 primeiras consultas em 2019 e 312 em 2020. A mediana de idade das doentes foi, respetivamente, de 40 e 39 anos ($p = n.s.$). Quanto à vacinação contra o HPV, 69,7% e 81,9% em 2019 e 2020 não eram vacinadas ($p 0,003$). As alterações no rastreio foram o motivo mais frequente em ambos os anos. Em 2019, 30,4% foram admitidas por HPV 16 e 54,8%

por HPV outros; 52,4% eram LSIL e 11,1% HSIL. Em 2020 35,8% foram admitidas por HPV 16 e 50,3% por HPV outros; 54,1 LSIL e 5% HSIL ($p = n.s.$).

Relativamente aos tempos de espera entre rastreio alterado e a primeira consulta, este foi de $209,21 \pm 129,1$ dias em 2020 e de $116,7 \pm 130,5$ dias em 2019 ($p < 0,001$).

Numa primeira avaliação colposcópica, realizaram-se 64 biópsias em 2019 e 114 em 2020 ($p = n.s.$). Identificou-se um carcinoma espinho-celular (estadio FIGO IIA1) em 2019; e em 2020 um adenocarcinoma in situ e três carcinomas espinho-celulares (dois dos quais estadio FIGO IIC1; e um FIGO IVB) ($p = n.s.$). Foram submetidas a excisão da zona de transformação (EZT) 36 mulheres em 2019, correspondendo 36,1% a lesões CIN II, 8,3% a lesões CIN III, e um caso de carcinoma espinho-celular (FIGO IA2). Em 2020, das 43 doentes orientadas para EZT, 51,2% tinham lesões CIN II, 14,6% CIN III, e um caso de adenocarcinoma in situ e outro de carcinoma espinho-celular microinvasor (FIGO IA1) ($p = n.s.$).

Conclusões: Em 2020 verificou-se um aumento de doentes não vacinadas na consulta. Ocorreu um aumento do número de primeiras consultas, porém o tempo médio entre citologia alterada e primeira consulta foi também mais demorado. É importante ressaltar que os constrangimentos sentidos nos cuidados de saúde primários, associados à diminuição dos rastreios poderão ter maiores repercussões a longo prazo.

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE E A SUA IMPORTÂNCIA NO PROJETO REPRODUTIVO DA MULHER

Tiago Meneses¹; Ana Rocha²; Ana Galvão²; Emídio Vale Fernandes³; Cláudia Lourenço³; Isabel Sousa Pereira²; Daniela Sousa⁴; Raquel Brandão⁴; Carla Leal⁴; Márcia Barreiro³; Rosa Zulmira⁵

¹*Serviço de Ginecologia, Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva, Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto), Portugal;* ²*Centro de Procriação Medicamente Assistida e Banco Público de Gâmetas (CMPA/BPG), Serviço de Ginecologia Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva, CMIN-CHUPorto, Portugal;* ³*Centro de Procriação Medicamente Assistida e Banco Público de Gâmetas (CMPA/BPG), Serviço de Ginecologia Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva, CMIN-CHUPorto, Portugal;* *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS, Universidade do Porto, Portugal;* ⁴*Embriologia, CPMA, CMIN-CHUPorto, Portugal;* ⁵*Serviço de Ginecologia, Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva, Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto), Portugal;* *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS, Universidade do Porto, Portugal*

Introdução: A doença oncológica, juntamente com outras patologias médicas que afetam a mulher em idade reprodutiva, pode condicionar uma diminuição da fertilidade. Atualmente, e devido a avanços consideráveis no diagnóstico e tratamento destas doenças, a taxa de sobrevivência é maior e é frequente encontrarmos mulheres cujo plano reprodutivo ainda não se encontrava completo. Para estas mulheres, a preservação da fertilidade pode ser a única hipótese de o concretizarem. **Objetivos:** Caracterização descritiva das doentes que efetuaram preservação da fertilidade (PF).

Material e métodos: Estudo descritivo e retrospectivo dos casos de PF feminina realizados entre abril de 2017 e março de 2022 no

CPMA/CMIN-CHUPorto.

Resultados: No período referido 27 doentes realizaram PF num total de 28 ciclos de estimulação ovárica controlada (EOC). A doença oncológica constituiu o principal motivo para PF (88,9%), sendo o carcinoma da mama e as neoplasias hematológicas as mais frequentes (45,8% e 20,8%, respetivamente). A síndrome de Turner (7,4%) e a artrite psoriática (3,7%) foram as indicações não oncológicas para PF. A idade média das doentes foi 29,6 anos (19 – 39 anos). O doseamento médio da hormona anti-mülleriana sérica foi 3,08 ng/mL. A EOC foi realizada em random start, sendo necessário, aproximadamente, 9,6 dias de EOC e uma dose média de 2625,9 UI de gonadotrofinas. Aquando da maturação ovocitária final, cerca de 10,7% dos ciclos obtiveram mais de 15 folículos. Do total de ciclos efetuados, obtiveram-se uma média de 13,5 ovócitos (0 – 44 ovócitos), onde aproximadamente 24,5% eram imaturos. No final, cerca de 70,2% dos ovócitos foram vitrificados. Ainda nenhuma das doentes iniciou tratamentos de procriação medicamente assistida com os gâmetas criopreservados.

Conclusão: No nosso centro, o carcinoma da mama constituiu a principal indicação para PF. A criopreservação de ovócitos não foi possível em apenas 2 ciclos. Apesar de não constituírem uma garantia de gravidez, os procedimentos de PF podem representar a única oportunidade de parentalidade biológica nestas doentes, tornando-se essencial a sua referenciação, pelo que a sensibilização dos profissionais de saúde que as assistem é fulcral.

PD 45

SUSPEIÇÃO DE ENDOMETRIOSE – QUE SINAIS PARA UM DIAGNÓSTICO PRECOZE?

Joana Mafra¹; Bárbara Gomes¹; Daniela David¹; Ângela Rodrigues¹; Maria João Carvalho²; Sara Campos¹; Carla Rodrigues¹; Fernanda Geraaldes¹; Fernanda Águas¹

¹Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Clínica Universitária de Ginecologia da FMUC

Introdução: A endometriose é muitas vezes associada a diagnóstico tardio, podendo este atraso comprometer o sucesso do tratamento e ter um impacto negativo na fertilidade e qualidade de vida das mulheres. É importante identificar e valorizar queixas algícas numa fase precoce e avaliar a repercussão nas atividades diárias, de modo a que constituam indicações para o diagnóstico e permitam uma orientação precoce.

Objetivo: Identificar fatores clínicos que possam conduzir à suspeição precoce de endometriose.

Material e métodos: Foi aplicado um questionário validado a doentes com diagnóstico histológico e/ou imagiológico de endometriose entre os 18 e 50 anos (grupo A, n = 33). Foi selecionado um grupo controlo constituído por mulheres vigiadas em consulta de planeamento familiar (grupo B, n = 34). O questionário focava a sintomatologia na adolescência, a dismenorreia, necessidade analgésica e absentismo escolar associado. Análise estatística foi realizada com SPSS®, considerando-se um valor significativo para $p < 0,05$.

Resultados: No grupo A, a mediana entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 4 [0–20] anos.

Quando questionadas acerca da gravidade da dismenorreia na adolescência, 63,6% (n = 21) das mulheres do grupo A e 53% (n = 18) do grupo B referiram dismenorreia intensa (p

= n.s.). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à necessidade analgésica (p = n.s.).

No grupo A, 30% (n = 10) referia absentismo escolar mensal ou praticamente mensal, e no grupo B tal ocorria em 6% dos casos (n = 2, p 0,035).

O início de contraceção oral combinada por dismenorreia intensa, ocorreu em 48,5% (n = 16) dos casos do grupo A e 32,4% (n = 11) do grupo B (p = n.s.).

No grupo A existia história familiar de endometriose em 15% (n = 5, p 0,025) e história pessoal de infertilidade em 40% (n = 13, p <0,001).

Conclusões: O diagnóstico precoce de endometriose é essencial para estabelecer um plano terapêutico que evite a progressão da doença e contribua para melhoria de qualidade de vida das doentes. Para além da dor importa valorizar a interferência nas atividades de vida diária e investigar os antecedentes familiares. A intensidade da dismenorreia, a necessidade de analgesia e de contraceção hormonal combinada para o seu controlo foram mais prevalentes no grupo com endometriose. Perspetiva-se que, com uma maior amostra, essa tendência possa ter significado estatístico e que estes elementos possam igualmente vir a desempenhar um papel na suspeição precoce do diagnóstico.

PD 46

12 ANOS DEPOIS... A HISTÓRIA DE UM TÊXTILOMA PÉLVICO MASCARADO DE TERATOMA

Rita Ladeiras¹; Joana Sousa Nunes¹; Beatriz Bettencourt Silva¹; Carla Duarte¹; Pedro Miguel Oliveira¹

¹Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: A retenção de materiais têxteis após uma cirurgia traduz-se numa situação indesejada com potenciais complicações graves e que, por questões médico-legais, é pouco relatada, sendo que se estima que a incidência possa estar em 1/1000-5000 cirurgias abdominais realizadas. Existem várias estratégias preventivas, destacando-se a contagem de compressas como um procedimento crucial durante o ato operatório. Por outro lado, o diagnóstico também se torna num desafio, sendo a apresentação clínica muito variável, bem como os achados imagiológicos.

Descrição do caso clínico: Doente de 36 anos, de nacionalidade brasileira, residente em Portugal há cerca de um ano, com 2 CST anteriores, a última realizada há 12 anos, recorre ao SU por dor abdominal generalizada, mais acentuada a nível da FID, com cerca de 3h de evolução, em cólica, sem irradiação. Ao exame objetivo apresentava um abdómen globoso, mole e depressível, com dor à palpação profunda dos quadrantes inferiores, sem sinais de irritação peritoneal, delimitando-se uma massa no QID de contornos mal definidos, imóvel, com cerca de 15cm de maior diâmetro. Realizou ecografia e TC abdominal e pélvica, tendo sido colocadas como hipóteses de diagnóstico teratoma maduro cístico e mioma subseroso. Foi pedida colaboração de Ginecologia, tendo-se considerado o diagnóstico de teratoma maduro cístico como mais provável por achados ecográficos por via transvaginal de cisto heterogéneo sem rela-

ção aparente como o corpo uterino. A doente foi orientada para a consulta de Ginecologia e posteriormente proposta para laparoscopia exploradora após estudo de marcadores tumorais negativo. Durante a cirurgia, foi identificada uma massa heterogénea localizada a nível anexial direito com cerca de 15x15cm envolvida por múltiplas aderências de epíplon à parede abdominal anterior, útero, bexiga, parede abdominal lateral direita e cólon, contendo uma compressa cirúrgica e envolvendo a trompa direita, mas sem atingimento do ovário direito, nem do anexo esquerdo. Por impossibilidade de progressão por laparoscopia, a remoção da peça cirúrgica foi realizada por laparotomia com colaboração de Cirurgia Geral por múltiplas aderências intestinais, sendo que a doente teve boa recuperação, com alta ao 3º dia.

Conclusão: Os têxtilomas não só estão associados a potenciais complicações graves, com difícil diagnóstico e resolução cirúrgica, como também a questões médico-legais importantes, sendo a prevenção a chave para a abordagem deste problema.

PD 47

TUBERCULOSE GENITAL – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Natacha Sousa¹; Rita Vasconcelos¹; Isabel Gomes Abreu¹; Ana Luisa Graça¹; José Pedro Coutinho¹; Isabel Reis¹

¹Hospital de Braga

A tuberculose (TB) genital é uma causa rara de infeção do sistema reprodutor feminino, com importante impacto na morbidade e fertilidade da mulher. Pela sua apresentação clínica inespecífica e insidiosa, representa frequentemente um desafio diagnóstico.

Descreve-se o caso de uma mulher de 27 anos com história de doença de Crohn (DC) e medicada com anti-TNF, sem outros antecedentes médico-cirúrgicos de relevo. As

serologias infecciosas e rastreio da tuberculose foram negativos previamente ao início da imunoterapia. Recorreu à consulta de Ginecologia por aparecimento de uma úlcera vulvar única, 6 meses antes, de difícil resposta aos tratamentos instituídos. O estudo microbiológico da lesão foi negativo e a histologia revelou a presença de granulomas epitelioides, à data interpretados como associados à DC. Apresentava ainda um quadro de dor pélvica crónica e a avaliação ecográfica revelou duas lesões anexiais multiloculares e heterogêneas, com 10 cm de maior diâmetro, sugerindo doença inflamatória pélvica com abscesso tubo-ovárico. Pelos achados imagiológicos e má resposta à antibioterapia instituída a paciente foi submetida a laparotomia exploradora onde se constatou um processo aderencial extenso, uma coleção pélvica com aspiração de conteúdo aparentemente purulento e múltiplas lesões peritoneais de distribuição miliar. O estudo microbiológico foi negativo e a biópsias peritoneais revelaram a presença de granulomas. Considerando os achados foi solicitada pesquisa de Bacilos álcool-ácido resistentes e PCR do *Mycobacterium Tuberculosis* no pus, os quais foram positivos. Estabelecido o diagnóstico de tuberculose genital e peritoneal efetuou-se a pesquisa de tuberculose pulmonar que também foi positiva. Na revisão clínica a paciente descrevia acessos esporádicos de tosse seca com meses de evolução que atribuía ao tabaco. A TC torax relevou multiplas cavitações pulmonares e o exame micobacteriológico da expectoração foi também positivo, estabelecendo-se o diagnóstico de tuberculose disseminada. Por estabilidade da DC foi suspensa a terapêutica anti-TNF e instituída terapêutica anti-bacilar com boa resposta clínica, estando atualmente a paciente em vigilância na consulta de Infeciologia.

Embora a TB seja um diagnóstico cada vez

mais raro, este caso salienta a importância da avaliação holística do doente, da necessidade de elevada suspeição clínica, e consideração desta patologia no diagnóstico diferencial de massas anexiais em mulheres imunodeprimidas.

PD 48

ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL PÓS-MENOPAUSA, ASSINTOMÁTICO: ATUAR OU VIGIAR?

Sofia Jovina Domingues¹; Luísa Andrade Silva¹; Margarida Cunha¹

¹*Centro Hospitalar de Setúbal*

Introdução: Baseado na literatura, não existe consenso sobre o valor mínimo de espessamento endometrial (EE) detetado incidentalmente por ecografia transvaginal (TV) e que necessite de biópsia endometrial em mulheres pós-menopausa, assintomáticas. Contrariamente, mulheres na pós-menopausa com hemorragia uterina anormal (HUA) e EE ≥ 4 mm devem ser submetidas a estudo endometrial dirigido, porque a HUA é a manifestação clínica mais comum (>90%) de cancro do endométrio nas mulheres pós-menopausa.

Objetivos: Caracterização de todas as mulheres pós-menopausa submetidas a histeroscopia, independentemente do motivo, e comparar as alterações histológicas nas mulheres pós-menopausa assintomáticas com EE entre 4-8mm e >8mm.

Material e métodos: Análise retrospectiva de processos clínicos relativos a 129 mulheres pós-menopausa que realizaram histeroscopia de gabinete entre novembro de 2019 e dezembro de 2021. Foram analisados os seguintes dados: motivos da histeroscopia, impressão diagnóstica e resultado do diagnóstico histológico do material recolhido. As mulheres assintomáticas foram divididas em dois grupos, comparando os resultados do diagnóstico histológico: EE 4-8mm (n = 17)

vs EE >8mm (n = 74).

Resultados e conclusões: A média de idades da amostra (n = 129) é de 64,3+-8,2 anos. A histeroscopia foi realizada em 70,5% (n = 91) dos casos por evidência ecográfica de EE, assintomática (mediana 11,0 mm) e por HUA em 29,5%. A impressão histeroscópica mais comum foi pólipó endometrial (85,3%), atrofia endometrial (6,2%) e hiperplasia endometrial (4,7%). Foi recolhido material para análise histológica num total de 125 histeroscopias. Foi obtido diagnóstico histológico de pólipó endometrial, pólipó endometrial com hiperplasia sem atipia, hiperplasia endometrial sem atipia e adenocarcinoma em 89,6%, 4%, 2,4% e 0,8% dos casos, respetivamente (todos os casos com HUA). Relativamente aos resultados do diagnóstico histológico, não houve diferenças estatisticamente significativa nos grupos de mulheres assintomáticas com EE 4-8 mm vs >8 mm ($p>0,05$).

A ecografia TV é uma técnica não-invasiva com elevada acuidade para o diagnóstico de EE em fases iniciais do cancro do endométrio. Os resultados obtidos corroboram a evidência científica, indicando que as mulheres na pós-menopausa e com achado incidental de EE ≥ 4 mm, sem HUA, devem ser sujeitas a uma avaliação individualizada, com base nas características da doente não implicando a realização de histeroscopia de forma sistemática.

PD 49

SÍNDROME PÓS ESTERILIZAÇÃO TUBAR – MITO OU REALIDADE: CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Mafalda Castro Neves¹; Pedro Viana Pinto¹; Jorge Beires¹

¹Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A esterilização é um método contraceptivo irreversível, seguro de alta eficácia (falha reportada de 0.7%). Atualmente é um dos métodos mais pretendidos, (25% das mulheres em idade reprodutiva). Porém não é um método 100% seguro e eficaz, e com a crescente disponibilidade de métodos reversíveis de longa duração, um aconselhamento adequado é de extrema importância.

Uma das consequências descrita na literatura é o Síndrome pós esterilização tubar (SPET), que tem uma prevalência estimada de 25%. Este diz respeito às alterações a nível do padrão menstrual reportadas pelas utentes. Apesar de ser um tema controverso, a evidência parece mostrar uma tendência ao aparecimento de queixas de padrão menstrual após cirurgia que surgem aproximadamente aos 6 meses, que se devem maioritariamente à cessação de método contraceptivo prévio.

Objetivo: Avaliação da necessidade de tratamento médico ou cirúrgico por hemorragia uterina anómala em mulheres previamente submetidas a esterilização.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo num período de 3 anos (2017 -2019), de todas as esterilizações femininas realizadas no Centro Hospitalar Universitário São João, com exclusão daquelas cujo objetivo não fosse contraceção. Avaliação descritiva de queixas compatíveis com SPET e respectivas atitudes para controlo.

Resultados: Num período de 3 anos, foram efetuadas 459 salpingetomias/laqueações laparoscópicas, das quais 365 com intuito contracecional. Por ausência de informação,

foram excluídos 40 casos. A idade média da população em estudo era de 38 anos, sendo que 33% das doentes apresentavam antecedentes pessoais relevantes (malformações arteriovenosas, patologia trombotica, neoplasia da mama, patologia auto-imune, entre outras). Neste período foram efetuadas 63 laqueações tubárias e 302 salpingectomias. Dos 325 casos que cumpriam todos os critérios de inclusão 55 tiveram episódio subsequente com queixa sugestiva de HUA (17% da população), sendo que para controlo de hemorragia 25 (45,5%) optaram pela colocação de DIU-LNG, 8 pelo uso de ACO (14,5%), e 5 foram submetidas a novo tratamento cirúrgico (3 histerectomias – 5,5% - 1 polipectomia histeroscópica – 1,8% - e uma ablação endometrial – 1,8%).

Conclusão: A nossa população teve uma menor percentagem de queixas associadas a alterações de padrão hemorrágico, quando em comparação com a literatura. No entanto, a natureza retrospectiva e a ausência de dados atuais sobre todas os casos limita as conclusões deste estudo.

PD 50

HISTEROSCOPIA NO AMBULATÓRIO – CASUÍSTICA DE 3 ANOS DE UM HOSPITAL TERICÁRIO

Ariana Bárbara¹; Lília Frada²; Rita Ribeiro¹; Miguel Costa²; Leonor Antunes²; Elisa Rosin²; Isabel Campião³; Fernando Fernandes³

¹Hospital Espírito Santo de Évora, EPE; ²Hospital Espírito Santo de Évora, EPE; ³Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A histeroscopia de ambulatório é um método pouco doloroso, rápido, e sem necessidade de anestesia e dilatação cervical. Atualmente, tem um papel estabelecido no diagnóstico e tratamento da patologia uterina intra cavitária.

Objetivos: Avaliar o papel da histeroscopia de

ambulatório na prática clínica no serviço de Ginecologia do Hospital Espírito Santo de Évora, no período de 1 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2021.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das histeroscopias realizadas no ambulatório, entre 1 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2021, com o uso dos histeroscópios Bettocchi (Karl Storz). Analisámos as indicações para a histeroscopia, procedimentos realizados, tolerância das pacientes, complicações, tempo de duração, e necessidade de histeroscopia cirúrgica posterior.

Resultados: No período selecionado, foram realizadas 864 histeroscopias no ambulatório, sendo a idade média das pacientes de 51,8 anos.

As principais indicações para a histeroscopia foram suspeita de pólipos (49,1%) e espessamento endometrial (24,5%).

A maioria das pacientes tolerou o exame (70,7%), não tendo sido possível finalizar o exame em 5,6% das pacientes. A principal complicação do procedimento foi a reação vasovagal, que ocorreu em 2,8% das pacientes.

O tempo médio do exame foi de 10 min.

Foram realizados procedimentos terapêuticos em 73,0% das pacientes, tendo sido o mais frequente a polipectomia (em 52,0%). O eletrodo bipolar foi usado em 32,5% das histeroscopias.

Em 21,9% das pacientes, foi necessário realizar posteriormente uma histeroscopia cirúrgica.

Conclusão: A histeroscopia de ambulatório é um método diagnóstico e terapêutico seguro, com boa tolerância, que permite um tratamento imediato num número significativo de pacientes, realizado num curto período de tempo, e com baixo número de complicações. A análise casuística do nosso serviço está de acordo com a literatura.

PD 51

BIÓPSIA ENDOMETRIAL DE CONSULTÓRIO – UM ESTUDO OBSERVACIONAL COMPARATIVO (ENDOSAMPLER *VERSUS* NOV

Carolina Carneiro¹; Patrícia Ferreira¹; Sara Cunha¹,
Cátia Rodrigues¹; Susana Leitão¹; Soledade
Ferreira¹; Cristina Costa¹; Teresa Teles¹

¹Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga

Introdução: A biópsia endometrial (BE) é um exame complementar de diagnóstico útil no estudo da patologia endometrial. Pode ser efetuada através de uma BE não-dirigida em consultório, dirigida por histeroscopia ou por dilatação e curetagem.1

Em 5-10% casos, a amostra recolhida por BE em consultório não é suficiente para diagnóstico. 1,2,3

Relativamente à BE de consultório, vários dispositivos estão disponíveis, sendo que os escassos estudos disponíveis, apontam melhores resultados através do uso de Pipelle 2,4

Objetivo: Comparação dos dois métodos de BE disponíveis no serviço: Novak e Endosampler.

Materiais e métodos: Efetuou-se uma análise retrospectiva dos dados das doentes submetidas a BE com recurso a sonda Novak ou Endosampler entre janeiro de 2020 e dezembro de 2021.

Resultados: Obtiveram-se 167 casos: 98 com BE com Endosampler (grupo 1) e 69 com sonda de Novak (grupo 2).

A mediana de idade foi de 57 (IQ 50,75-70) anos. Não se obteve diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos relativamente à idade, co-morbilidades, números de gestações e partos. Em 34,7% dos casos, a amostra colhida na BE foi insuficiente para diagnóstico histológico, sendo que, no grupo 1, essa taxa foi significativamente inferior (26,5% *versus* 46,4%, $p = 0.01$).

Na nossa população, em 64 casos obteve-se

resultado histológico relativo a amostra proveniente de procedimento cirúrgico, sendo que em 19 casos o diagnóstico final foi de neoplasia endometrial. Desses, apenas 9 foram identificados através da BE às cegas, 6 casos no grupo 1 e 3 no grupo 2, obtendo-se valores de sensibilidade de 66,7% e 33,3%, respetivamente; e de especificidade de 100% para ambos os grupos.

Conclusão: Na nossa amostra, a biópsia por endosampler permitiu obter uma maior taxa de casos com amostra suficiente para diagnóstico. Para além disso, obteve-se uma maior sensibilidade na deteção dos casos de neoplasia endometrial em comparação a sonda por Novak, apesar de não ter possível confirmar significância estatística.

Em suma, são necessários estudos de maiores dimensões ou com período de seguimento adequado de forma a poderem validar os resultados pioneiros obtidos no nosso estudo.

PD 52

FATORES PREDITIVOS DE INSUCESSO NA BIÓPSIA ENDOMETRIAL DE CONSULTÓRIO

Carolina Carneiro¹; Susana Saraiva¹; Sara Cunha¹;
Cátia Rodrigues¹; Susana Leitão¹; Soledade
Ferreira¹; Cristina Costa¹; Teresa Teles¹

¹Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga

Introdução: A biópsia endometrial (BE) é um exame complementar de diagnóstico útil no estudo da patologia endometrial, nomeadamente na suspeita de neoplasia endometrial (NE).

A BE de consultório é útil dado que se trata de um método fácil, económico e sem necessidade de internamento ou analgesia.

No entanto, estão descritas limitações ao seu uso, nomeadamente material insuficiente (5-10%) 1,2,3 ou falha no diagnóstico, mais frequente nos casos de patologia focal.

Objetivo: Avaliar fatores preditivos de insucesso na BE de consultório.

Materiais e métodos: Efetuou-se uma análise retrospectiva dos dados das doentes submetidas a BE com sonda Novak ou Endosampler entre Janeiro de 2020 e Dezembro de 2021.

Resultados: Obtiveram-se 167 casos para estudo. A mediana de idade foi de 57 (IQ 50,75-70) anos, sendo que relativamente ao número de gestações e partos prévios as medianas obtidas foram 2 (IQ 1,0-2,0) para ambos.

Em 34,7% casos, a amostra colhida por BE em consultório foi insuficiente para se obter um resultado histológico. Através de um modelo de regressão logística, avaliaram-se os potenciais fatores preditores, sendo que se obteve significância estatística para: estadió pós-menopausa (OR 5,9 IQ95% 1,9-18,7), biópsia endometrial com sonda de Novak (OR 2,6 IQ 1,1-6,0) e motivo de BE - espessamento endometrial com características de suspeição em ecografia transvaginal (TV) (OR 2,9 IQ95% 1,1-7,4). Fatores como idade, comorbilidades, número de gestações, partos, outros motivos para BE ou quantidade de material recolhido não se mostraram como fatores preditivos para falha.

Em 63 casos, obteve-se um resultado histológico através de um procedimento cirúrgico, sendo que em 19 casos houve o diagnóstico de NE e em 6 de hiperplasia endometrial (HE). A BE de consultório identificou apenas 47,4% dos casos de NE, não tendo identificado nenhum dos casos de HE.

Conclusão: Na nossa amostra, a taxa de insuficientes para diagnóstico foi de 34,7%, valor superior ao descrito na literatura. Os fatores preditivos de falha na nossa amostra foram estadió pós-menopausa, BE por espessamento endometrial suspeito em ecografia TV e BE com sonda de Novak.

A BE de consultório tem um conhecido papel limitado no diagnóstico de patologia endometrial focal, o que poderá explicar a falha de diagnóstico dos casos de HE; dado que em

quatro desses casos, se tratava de hiperplasia confinada a pólipo endometrial.

Em suma, são necessários estudos de maior tamanho amostral para conclusões definitivas.

PD 53

HISTEROSCOPIA NA AVALIAÇÃO DO ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL ECOGRÁFICO NA PÓS-MENOPAUSA

Rita Palmar Ribeiro¹; Maria Leonor Antunes¹; Miguel Penas da Costa¹; Ariana Bárbara¹; Lília Frada¹; Lara Caseiro¹; Fernando Fernandes¹

¹Hospital Espírito Santo Évora

Introdução: A identificação de espessamento endometrial ecográfico na pós-menopausa, na presença ou ausência de queixas ginecológicas, é uma causa frequente de consulta de Ginecologia em contexto hospitalar. A avaliação da cavidade uterina e eventual realização de biópsia são essenciais na investigação desses casos, tendo a histeroscopia um papel único ao permitir a observação directa da cavidade e realização de biópsia dirigida.

Objectivos: Avaliar a experiência do serviço de Ginecologia do Hospital Espírito Santo Évora no estudo de casos de espessamento endometrial ecográfico na pós-menopausa através da técnica de histeroscopia.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que englobou todas as doentes diagnosticadas com espessamento endometrial ecográfico na pós-menopausa submetidas a histeroscopia no serviço de Ginecologia do Hospital Espírito Santo Évora durante o período de Janeiro de 2019 e Dezembro de 2021, perfazendo uma amostra de 266 mulheres.

Resultados e conclusões: A amostra estudada apresentava uma idade média de 62,1 anos, sendo que 46,1% manifestava queixas de hemorragia uterina anómala.

Quanto aos achados histeroscópicos, estes incluíram: pólipos em 38,1% dos casos,

leiomiomas em 14,1%, sinéquias em 8,8%, suspeita de adenocarcinoma em 6,2%, malformações uterinas em 5,9%, ausência de patologia em 10,1% e outras patologias em 16,8% (hiperplasia endometrial, endometrite). Neste estudo verificou-se que a maioria das doentes com espessamento endometrial ecográfico na pós-menopausa tem patologia possível de ser identificada através da técnica de histeroscopia. Sendo uma técnica bem tolerada e com poucas complicações, considerou-se que a histeroscopia deve ser a técnica gold standard na investigação de casos de espessamento endometrial ecográfico.

PD 54

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA E SISTEMAS INTRA-UTERINOS: MITO OU REALIDADE?

Ana Beatriz de Almeida¹; Maria Inês Sousa¹; Tiago Meneses Alves¹; Manuela Leal¹; Rosa Zulmira Macedo¹

¹CMIN - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: Alguns estudos associam a colocação de um sistema intra-uterino (SIU) com um maior risco de doença inflamatória pélvica (DIP), nomeadamente nas primeiras quatro semanas após a sua introdução. No entanto, esta relação entre o SIU e a DIP, com ou sem infeção vaginal ativa permanece por esclarecer.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, gesta 2 para 2, fumadora e sem outros antecedentes de relevo recorreu a uma consulta de planeamento familiar para colocação de um SIU. O último parto teria sido há 5 meses e não utilizava método contraceptivo por abstinência sexual desde então. O exame ginecológico mostrou-se sem alterações e o SIU foi colocado sem intercorrências, verificando-se o seu normal posicionamento por ecografia transvaginal no final do procedimento.

Recorreu ao serviço de urgência ao fim de

cinco semanas por quadro de dor abdominal, náuseas e astenia com uma semana de evolução. À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável e apirética, com dor à palpação dos quadrantes inferiores do abdómen, sem irritação peritoneal. Ao exame ginecológico, objetivou-se presença de leucorreia purulenta em quantidade abundante, com dor à mobilização do colo e o estudo analítico realizado demonstrou aumento dos parâmetros inflamatórios. Ao realizar ecografia transvaginal, identificaram-se aspetos compatíveis com complexos tubo-ováricos (CTO) com 69 mm e 38 mm à direita e à esquerda, respetivamente, e presença de líquido intraperitoneal em quantidade moderada. Estes achados foram corroborados por TAC abdomino-pélvica, sugerindo o diagnóstico de DIP.

Internamento no serviço de Ginecologia por DIP complicada, iniciando-se antibioterapia tripla protocolada, mantendo-se o SIU in situ. Apresentou melhoria clínica em D2 e resolução imagiológica dos CTO bem como melhoria dos parâmetros inflamatórios em D4. Foram colhidos exsudados vaginais, com identificação de *Chlamydia Trachomatis*.

Discussão: Não existe consenso quanto ao SIU constituir uma causa etiológica ou proporcionar o desenvolvimento de DIP. Apesar dos estudos sugerirem um aumento da taxa de DIP em mulheres nas quais foi introduzido um SIU, nomeadamente aquando infeção vaginal ativa, a sua incidência permanece baixa (cerca de 0,33%). Este risco pode ainda ser reduzido para 0,15% ao identificar-se as mulheres de alto risco para doenças sexualmente transmissíveis. Assim, nestes casos deve proceder-se ao seu rastreio e consequente tratamento, protelando-se por uma semana a colocação do SIU.

PD 55

IMPACTO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO NA SEXUALIDADE DO CASAL: UM ESTUDO NA POPULAÇÃO DO ALTO MINHO

Sara Passos Silva¹; Andreia Martins Miranda¹; Maria Rui Torres¹; Soraia Cunha¹; Fátima Domingues¹; Paula Pinheiro¹

¹ULSAM

Introdução: A gravidez e o pós-parto constituem uma fase crítica para o início ou agravamento de problemas sexuais, na medida em que, desejo, interesse e atividade sexual tendem a diminuir, durante este período causando sofrimento para a grávida e para o companheiro.

Objetivos: Avaliar o impacto da gravidez na sexualidade do casal e os fatores predisponentes.

Métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo. Foi aplicado um questionário a grávidas e aos 6 meses após o parto na ULSAM de março 2021 a abril 2022. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS® e foi assumida significância para valores de $p < 0.05$.

Resultados: A amostra incluiu 97 mulheres idade média de 32,3 anos. Metade eram primíparas e 31% tinha antecedentes de pelo menos um aborto. 19% revelou que tem pouca abertura com o seu médico para falar sobre a temática da sexualidade. No 1º Trimestre (T) de gravidez quase metade das inquiridas revelou que o desejo sexual não se alterou, em contraste com o 2º e 3º T, em que a maioria, reporta diferenças no desejo sexual, 62 e 71% respectivamente. O maior declínio ocorreu no 3º T. Em relação à frequência coital existe uma diminuição significativa do número de relações sexuais (RS) por semana na gravidez e pós-parto. O maior declínio ocorreu no 3º T (prévio à gravidez $M = 2,41$ vs 3º T $M = 1,51$ $p < 0,001$) e no pós-parto ($M = 1,65$ $p = 0,015$). As mulheres com nível de escolaridade

secundário em média têm maior número de RS no 3º T (1,71) do que as com escolaridade básica (1,14) ou universitária (1,24). Nos outros trimestres de gravidez não se verifica esta diferença. Não há diferença significativa na frequência coital das grávidas que estão empregadas quando comparado com as desempregadas, independente do T. Não existe relação entre antecedentes de aborto e a frequência coital independente do T de gravidez. Em média a penetração vaginal foi suspensa entre as 34 e 35 semanas de gestação. No pós parto a retoma da atividade sexual foi em média aos 2,69 meses, sendo que 40% das inquiridas quando questionadas acerca das maiores dificuldades referiu dispareunia.

Conclusão: Tal como na nossa amostra a maioria dos estudos reporta uma redução do desejo e atividade sexual ao longo da gravidez, com um maior declínio no 3º T e no pós-parto. 1/5 da nossa amostra referiu pouca abertura para abordar a sexualidade com o seu médico, assim é essencial que os profissionais ligados à saúde da mulher estejam à vontade para falar da temática abertamente com a mulher e com o casal.

PD 56

SERÁ O SARS-COV-2 UMA NOVA ETIOLOGIA DE ÚLCERAS VULVARES AGUDAS?

Diogo Pires dos Santos¹; Rita Salgueiro¹; Carlos Macedo¹; Tânia Freitas¹; Filipe Bacelar¹; Ângela Farinha¹

¹Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: As úlceras genitais agudas (UGA) correspondem a uma entidade incomum e auto-limitada que afeta adolescentes ou mulheres não sexualmente ativas. As lesões caracterizam-se por úlceras necróticas a nível da porção inferior da vagina ou vulva, dolorosas e de aparecimento súbito. Constituem um desafio não só em termos de diagnóstico, mas também de tratamento.

Descrição: Adolescente de 15 anos recorreu ao serviço de Urgência com queixas de lesões vulvares dolorosas com 5 dias de evolução. Antecedentes clínicos irrelevantes, com diagnóstico de COVID-19 no dia anterior ao aparecimento das lesões. A jovem negava coitarca, menarca aos 12 anos e ciclos menstruais irregulares. Inicialmente apresentava sensação de queimadura e prurido vulvar, com aparecimento de placa ulcerosa a nível do grande lábio direito no dia seguinte. Refere aparecimento de novas lesões e edema vulvar de forma progressiva com queixas algícas intensas que não cediam ao paracetamol e agravavam à micção. Negava ainda antecedentes de úlceras em outras localizações. Ao exame físico objetivaram-se múltiplas úlceras vulvares, simétricas, de bordos eritematosos e base necrótica. Apresentava ainda edema vulvar e não se objetivaram adenopatias. Efetuou-se pedido de hemograma, PCR, VS, serologias do EBV e HIV, VDRL, colheita de zaragatoa das lesões (PCR *Herpes simplex*, *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*) e colheita de zaragatoa de exsudato (bacteriológico e micológico). O

estudo efetuado foi negativo, estando ainda pendente o HLA B51. Foi proposto tratamento com aplicação de sucralfato e lidocaína tópica, banhos de assento e cuidados de micção. A jovem foi referenciada para consulta de adolescentes, tendo sido avaliada 14 dias depois, com evolução muito favorável das lesões apresentando regressão das mesmas, sem edema e sem presença de adesões nem cicatrizes vulvares.

Conclusão: Neste caso evidenciamos o desafio que é colocado após diagnóstico de UGA. Realçamos o facto das lesões terem apresentado uma rápida resolução sem complicações associadas e sem necessidade de instituir corticoterapia. Apesar de não podermos de momento descartar doença de Behçet o facto de não apresentar clínica sugestiva da mesma e o facto das queixas coincidirem com o diagnóstico de COVID-19, pode sugerir que tenha sido este vírus o responsável pela sua etiologia, podendo ter um mecanismo semelhante ao de outros vírus já conhecidos.

PD 57

HIPERTECOSE OVÁRICA: HAVERÁ UM PADRÃO ECOGRÁFICO SUGESTIVO? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Coutinho Milhano¹; Mariana Simões Beja¹; Verónica São Pedro¹; Helena Pereira¹; Fernando Cirurgião¹

¹Hospital São Francisco de Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE

Introdução: O termo hipertecose refere-se à presença de ilhas de células da teca luteinizadas no estroma ovárico pela diferenciação de células intersticiais em células produtoras de esteroides. Afeta primariamente mulheres pós-menopausa associando-se a um quadro insidioso de hiperandrogenismo severo e resistência à insulina. Normalmente, a suspeita é clínica, sendo corroborada por níveis séricos de testosterona livre aumentados (> 150 ng/

dL) e podendo associar-se a aumento bilateral do estroma ovárico na ecografia transvaginal. A terapêutica é a salpingo-ooforectomia bilateral idealmente por via laparoscópica, permitindo o diagnóstico histológico definitivo.

Descrição do caso clínico: Mulher de 58 anos, nulípara, menopausa aos 47 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada, hipotireoidismo, doença renal crónica e excesso de peso, referenciada à consulta de Ginecologia por quadro de dor pélvica crónica. Tinha realizado previamente ecografias ginecológicas com informação discordante nomeadamente “ovário direito de dimensões aumentadas e aspeto heterogéneo, com componente de predomínio sólido” e posteriormente “anexos sem alterações”. Trazia ainda uma ressonância magnética que descrevia um “tumor sólido à direita, com discreto hipossinal heterogéneo, com restrição à difusão e ténue captação de contraste, sugestiva de fibroma/fibrotecoma” e marcadores tumorais dentro dos valores de referência.

O exame objetivo era inocente, não tendo sido pesquisados sinais de hiperandrogenismo.

Na ecografia realizada na nossa unidade, constatou-se a presença de ovários de dimensões aumentadas para a idade (volume 10,3 cm³ à direita e 6,9 cm³ à esquerda), com parênquima mais hipocogénico que o usual, com aparência estromal mais densa, o que suscitou um doseamento sérico hormonal, com testosterona total de 173 ng/dL.

Foi proposta para anexectomia bilateral laparoscópica, tendo o exame histológico revelado “ovários com hiperplasia estromal bilateral e hipertecose”.

Após 3 meses da cirurgia, a utente referia perda de peso, diminuição da queda de cabelo e melhoria no controlo glicémico.

Conclusão: Apresentamos um caso de hipertecose ovárica cuja suspeição e posterior

diagnóstico advieram do aspecto ecográfico do parênquima ovárico ao invés da sintomatologia clínica típica.

Um diagnóstico atempado desta patologia é fundamental para evitar o desenvolvimento de sinais de virilização, hiperplasia endometrial e melhorar o perfil metabólico.

PD 58

QUANDO A DIABETES MELLITUS PROVOCA ÚLCERA MAMÁRIA: UM CASO DE MASTOPATIA DIABÉTICA

Diogo Pires Dos Santos¹; Ana Calhau¹; Rita Leiria¹; Sara Câmara¹; Filipe Bacelar¹; Rita Freitas¹

¹Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A mastopatia diabética é uma lesão fibroinflamatória da mama infrequente, correspondendo a menos de 1% das lesões benignas da mama. Afeta tipicamente mulheres pré-menopausa com diagnóstico de diabetes mellitus (DM) tipo 1 de longa duração (menos frequentemente DM tipo 2) e mau controlo metabólico. O facto de mimetizar uma lesão neoplásica torna a sua abordagem desafiante.

Descrição: Mulher de 73 anos recorreu ao Serviço de Urgência com presença de sinais inflamatórios na mama esquerda. Antecedentes clínicos de hipertensão arterial, DM tipo 2 (retinopatia e doença vascular periférica) e dislipidemia. Ao exame físico apresentava lesão ulcerada do quadrante supero-interno da mama esquerda com perda de parênquima mamário e exsudato purulento. Apresentava também perfil glicémico descontrolado, tendo-se decidido internamento. Efetuou-se biópsia mamária por agulha do quadrante supero-externo, zaragatoa de exsudato, pedido de ecografia mamária com biópsia, TC-TAP, iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam e ajuste de insulina. Ecografia mamária não identificou nódulos nem adenopatias bilateralmente e TC-TAP sem lesões metas-

táticas. Estudo anatomopatológico inconclusivo, tendo-se efetuado nova biópsia com presença de fibrose, inflamação crónica e exsudato fibrinogranulocitário. Exsudato com isolamento de enterococcus faecalis sensível à ampicilina, tendo-se efetuado o switch antibiótico. Em consulta de decisão terapêutica de patologia mamária foi proposto tratamento em câmara hiperbárica e cuidados de penso. Efetuou 20 sessões em câmara hiperbárica com boa resposta cicatricial. Durante o internamento apresentou melhoria gradual do controlo metabólico após ajuste de insulina. **Conclusão:** A mastopatia diabética é uma causa rara de úlcera da mama, tendo este caso um contexto incomum visto ser uma doente pós-menopausa com diagnóstico de DM tipo 2 (com mau controlo metabólico). O facto de mimetizar um carcinoma da mama ulcerado torna o diagnóstico desafiante, sendo a ecografia e biópsia da mama essenciais para diagnóstico definitivo. Não existem normas concretas relativamente ao seguimento e tratamento desta patologia. Neste caso optou-se por tratamento conversador com controlo metabólico, cuidados de penso e sessões em câmara hiperbárica com sucesso na evolução. Não está indicada a abordagem cirúrgica nestas situações por risco de agravamento e difícil resolução do quadro. Sugere-se ainda seguimento anual com ecografia/mamografia ou RM.

PD 59

SEXUALIDADE NAS MULHERES DO ALTO MINHO EM IDADE REPRODUTIVA

Sara Passos Silva¹; Andreia Martins Miranda¹; Maria Rui Torres¹; Soraia Cunha¹; Fátima Domingues¹; Paula Pinheiro¹

¹ULSAM

Introdução: A sexualidade representa uma parte muito importante na vida do ser humano, sendo que, muitas vezes é ignorada. Ainda permanece um assunto que poucas vezes é abordado, algumas vezes por desconhecimento mas, na maioria das vezes, por alguma vergonha tanto do próprio como também dos profissionais de saúde.

Objetivo: Avaliar a saúde sexual das mulheres em idade reprodutiva e os possíveis fatores perturbadores

Métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo. Foi aplicado um questionário a mulheres em idade reprodutiva na ULSAM de março 2021 a dezembro de 2021. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS[®] e foi assumida significância para valores de $p < 0.05$.

Resultados: A amostra incluiu 97 mulheres entre os 21 e 43 anos (média 32,3 anos). Em relação ao nível de escolaridade a maioria completou o ensino secundário (51%), 36,7 % tem graduação universitária e apenas 5% a escolaridade básica. Cerca de 20% refere estar em situação de desemprego ou doméstica. 50% das inquiridas não tem filhos. Na nossa população o método contraceutivo de eleição foi a contraceção hormonal combinada com 66% das inquiridas seguida do preservativo masculino com 18%. Outros métodos menos usados foram o implante subcutâneo (2%), dispositivo intra-uterino (4.1%) e métodos naturais (3%). Na maioria das vezes (68%) é o companheiro que tem iniciativa para a atividade sexual, apenas 14% refere ser da parte feminina a iniciativa para o contato se-

xual. A maioria (95%) revela estar satisfeita com a sua vida sexual, embora cerca de 12% relate ter dispareunia. A frequência média de atividade sexual é de 2,41 vezes por semana (DP 1,17). As mulheres com dispareunia têm estatisticamente menos relações sexuais por semana (2,56 vs 1,27 $p < 0.001$). Não existe correlação entre a idade da mulher ou o nível de escolaridade e a frequência coital (FC). Existe uma correlação positiva embora baixa (coeficiente 0.278 $p = 0.008$) entre o número de filhos e a FC por semana. Uma possível explicação para esta correlação é o facto de existir uma associação significativa no que respeita à situação laboral e o número de filhos. Na nossa amostra as mulheres com mais filhos são domésticas ou desempregadas.

Conclusão: A maioria das mulheres está satisfeita com a sua vida sexual embora os dados específicos sejam mais discordantes. Cerca de 12% revela dispareunia. A FC média é de 2,41 vezes por semana não havendo diferenças significativas consoante a idade ou o nível de escolaridade.

PD 60

PAPEL DA GINECOLOGIA NA PUBERDADE DE ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS: ESTUDO OBSERVACIONAL

Daniela David¹; Ângela Rodrigues¹; Fernanda Gerales¹; Fernanda Águas¹

¹*Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

Introdução: Para adolescentes com perturbações do neurodesenvolvimento (PND) a menarca pode trazer problemas significativos, como vulnerabilidade, perturbação do comportamento e humor e agravamento do padrão convulsivo. Estas alterações podem representar um desafio adicional tanto para os cuidadores, como para os ginecologistas, que podem ter um impacto importante na pu-

berdade destas adolescentes.

Objetivos: Objetivo primário: Caracterização de adolescentes com PND e descrição das estratégias terapêuticas adotadas. Objetivo secundário: avaliação das preocupações dos cuidadores relativamente à puberdade.

Métodos: Estudo observacional com análise dos processos de adolescentes com compromisso cognitivo e/ou motor referenciados à consulta de Ginecologia da Infância e Adolescência (GIa) durante três anos (2019-2021). Para análise do objetivo secundário foi aplicado um questionário aos cuidadores.

Resultados e conclusões: Foram selecionadas 31 doentes, 54,8% ($n = 17$) com perturbação grave do desenvolvimento psicomotor e 32,3% ($n = 10$) com paralisia cerebral. Relativamente às alterações do neurodesenvolvimento, 48,4% ($n = 15$) apresentam alterações cognitivas e motoras. Em 35,8% ($n = 8$) as doentes eram não verbais, 38,7% ($n = 12$) utiliza cadeira de rodas diariamente, 58,0% ($n = 18$) necessita de apoio para banho e cuidados de higiene por cuidadores e 29,0% ($n = 9$) utiliza fralda diariamente. A média de idade da menarca foi $12,28 \pm 1,8$ anos. O motivo de consulta foi HUA menstrual [25,8% ($n = 8$)] e necessidade contracetiva [25,8% ($n = 8$)]. As alterações do humor/ comportamento verificaram-se em 21,0% ($N = 9$). Houve necessidade de terapêutica em 93,1% ($n = 27$), sendo o método mais utilizado o progestativo isolado (27,6% $n = 8$). A contraceção de longa duração utilizou-se em 16,7% ($n = 5$). Relativamente às preocupações parentais, 29,0% ($n = 9$) demonstrou haver necessidade contracetiva e 12,9% ($n = 4$) preocupação pelos cuidados de higiene. A maioria referiu não ter preocupação acrescida quanto à antecipação de cuidados associados ao início da menarca [58,3% ($n = 7$)]. Em 41,6% ($n = 5$) houve necessidade de supressão da menstruação.

Este estudo demonstra as necessidades dis-

tintas desta população e o papel da ginecologia na gestão dos problemas menstruais e alívio das preocupações dos respetivos cuidadores. A contraceção hormonal oral, seguida de implante subcutâneo constituíram abordagens terapêuticas eficazes na resposta a questões complexas da puberdade, menstruação e sexualidade deste grupo populacional.

PD 61

VIA CIRÚRGICA DA HISTERECTOMIA: CASUÍSTICA ANUAL DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Sara Forjaz¹; Rita Almendra¹; Luís Braga¹; Isabel Reis¹

¹Hospital de Braga

Introdução: A histerectomia é a cirurgia ginecológica major mais frequentemente realizada nos países desenvolvidos.

Objetivo: Análise das histerectomias realizadas no Hospital de Braga em 2021.

Material e métodos: Foram analisadas as 241 histerectomias realizadas de janeiro a dezembro de 2021. A população foi dividida em 3 grupos: histerectomia laparotómica (LT), vaginal (V) e laparoscópica (LPS). Foram avaliadas variáveis antropométricas, antecedentes médicos/ obstétricos e os desfechos.

Resultados e conclusões: Realizaram-se 149 LT, 50 V e 42 LPS. A idade média foi 53.4 anos (± 10.4) nas LT, 51.1 (± 9.0) nas LPS e 66.3 (± 9.3) nas V ($p < 0.001$). A maioria das mulheres apresentava comorbidades ($p = 0.487$). A patologia mais frequente nos 3 grupos foi hipertensão arterial. A presença de cirurgia abdominal prévia verificou-se em 51.7% das LT, 47.6% das LPS e 40% das V ($p = 0.374$). A proporção de mulheres com peso normal foi superior nas V (76% vs 57.1% nas LPS vs 53.7% nas LT; $p = 0.001$); houve uma maior proporção de obesas nas LT (32.9%) vs LPS (19%) vs V (4%), $p = 0.001$ entre

LT e V. A proporção de nulíparas foi superior nas LT (12.4%) vs LPS (0.8%) vs V (0%), $p < 0.001$. As mulheres do grupo V eram múltiparas. A existência de cesariana anterior foi superior nas LT (27.5%) vs LPS (19%) vs V (6%), $p = 0.006$. A indicação cirúrgica mais frequente nas LT e LPS foi hemorragia uterina anómala, em 53.7% e 50% ($p > 0.05$); nas V, o motivo mais frequente foi prolapso de órgãos pélvicos (96%). A ooforectomia concomitante foi realizada em 71.1% das LT e 64.3% das LPS ($p > 0.05$). Houve um reduzido número de complicações intraoperatórias nos 3 grupos ($p = 0.123$): 2 casos (1.3%) nas LT e 2 casos nas LPS (4.8%). Houve 3 casos de conversão de cirurgia laparoscópica em laparotómica. Registaram-se raras complicações pós-operatórias ($p = 0.119$): 7 casos nas LT (4.7%) e 6 nas V (12%). Objetivou-se uma estadia mais prolongada nas LT, com tempo de internamento médio de 3.8 dias (± 2.1 ; $p < 0.001$) vs LPS (2.3 dias, ± 1.1) vs grupo V (2.7 dias ± 1.1), sem diferença significativa entre estes últimos. Os diagnósticos mais frequentes no SU foram deiscência da cúpula (4 casos, todos das LT) e infeção do trato urinário (4 casos). Os leiomiomas foram o diagnóstico histológico mais frequente nas LT (43%), sem ou com associação a outros achados (7%), assim como nas LPS (50%); nas V, foi “lesões características de prolapso uterino” (96%). Verificou-se um número superior de patologia maligna nas LT ($p = 0.02$).

PD 62

PÓLIPO ENDOMETRIAL ECOGRÁFICO: HÁ DIFERENÇAS NO DIAGNÓSTICO HISTEROSCÓPICO ENTRE PRÉ E PÓS ME

Susana Marques Saraiva¹; Sara Cunha¹; Patrícia Ferreira¹; Cátia Rodrigues¹; Ana Paula Reis¹; Célia Araújo¹; Cristina Costa¹

¹Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A patologia endometrial pode estar presente em mulheres pré e pós menopausa, podendo ocorrer em mulheres sintomáticas ou assintomáticas. A ecografia transvaginal é fundamental para avaliação inicial endometrial, pela sua inocuidade, acessibilidade e baixo custo. Como tal, a acuidade entre os meios não invasivos e invasivos para a deteção de pólipos endometriais (PE) tem vindo a ser cada vez mais estudada.

Objetivos: Avaliar a concordância entre a suspeita ecográfica de pólipo endometrial e a confirmação de PE na histeroscopia diagnóstica (HSD), de acordo com o resultado anatomopatológico, nas mulheres em período pré e pós menopausa.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo das suspeitas ecográficas de pólipos endometriais no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, nos anos 2020 e 2021, em mulheres pré e pós-menopausa e comparação entre ambos os grupos. A análise estatística foi realizada no SPSS Statistics®

Resultados: Foram avaliadas 64 mulheres com suspeita ecográfica transvaginal de PE, das quais 56% (n = 36) pré-menopausicas e 44% (n = 28) pós menopausicas. Existe uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos relativamente a HTA (p = 6,97; X²=0,008), diabetes mellitus (p = 3,63; X²=0,048), patologia osteoarticular (p = 4,05; X²=0,042) e obesidade (p = 7,11; X²=0,008), sendo a proporção maior no grupo de mulheres pós menopausicas. No total da amostra, obteve-se a confirmação de PE em 53% (n =

34) dos casos, via histeroscopia diagnóstica. Dos casos confirmados, 44% (n = 15) ocorreram no grupo pós menopausa e 56% (n = 19) no grupo pré-menopausa. A concordância entre a suspeita ecográfica e o diagnóstico histeroscópico de PE (confirmado por estudo anatomopatológico) não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos pré e pós menopausa.

Conclusões: A suspeita ecográfica de PE foi confirmada por HSD na maioria dos casos (53%; n = 34), realçando a importância da ecografia transvaginal na suspeita diagnóstica assim como o seu crescente papel na avaliação endometrial de primeira linha. Apesar do número limitado de casos, não se verificaram diferenças na concordância imagiológica e histológica entre mulheres na pré e pós menopausa.

PD 63

LINFOMA DO TRATO GENITAL FEMININO: UM DIAGNÓSTICO RARO.

Mariana Solinho¹; Rita Vicente Costa¹; Ana Rolha²; Vera Santos Loureiro¹; Paula Barroso¹

¹Hospital de Santarém, ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Os linfomas são um grupo heterogéneo de doenças proliferativas malignas do sistema linfático e representam 3-4% de todos os processos neoplásicos. Embora os linfomas sejam predominantemente neoplasias dos gânglios linfáticos, podem envolver outros órgãos ou tecidos; no entanto, o envolvimento do aparelho genital feminino é extremamente raro. Os linfomas ginecológicos podem ser secundários e ocorrer no contexto de doença disseminada ou, em casos mais raros, podem ser a manifestação primária da doença.

Descrição do caso: Mulher de 76 anos, índice obstétrico 3003, menopausa aos 58 anos, com antecedentes de hipertensão arterial,

obesidade, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e portadora de pacemaker. Recorre ao serviço de urgência de Ginecologia por perdas hemáticas vaginais com um dia de evolução, sem outra sintomatologia. Ao exame objetivo, verificou-se a presença de abundantes coágulos na vagina, identificou-se um colo muito alargado, não sendo possível visualizar o orifício cervical externo. Ao toque, colo muito endurecido e aumentado de volume. A ecografia ginecológica mostrou um útero heterogéneo, em posição indiferente, com 132/67/64 mm, colo uterino com 49 mm de comprimento, alargado e muito vascularizado, e um espessamento endometrial de 11 mm. Optou-se por internamento e realização de curetagem uterina. Na curetagem uterina, observou-se saída de material em abundante quantidade, que foi enviado para estudo anatomopatológico. O diagnóstico histológico revelou um linfoma não Hodgkin B, CD20+, cuja morfologia e perfil imunohistoquímico foi compatível com linfoma folicular, grau 1-2. A doente foi encaminhada para a consulta de hematologia oncológica. Em investigação adicional (TC toraco-abdomino-pélvica e PET/CT) verificou-se uma volumosa lesão heterogénea no colo uterino com extensão ao corpo, múltiplas infiltrações adenopáticas e infradiafragmáticas e ainda algum atingimento subcutâneo/músculo-esquelético e osteo-medular. Após 8 ciclos de terapêutica com rituximab, ciclofosfamida, vincristina e prednisona (R-CVP), realizou nova PET/CT que mostrou resposta metabólica completa à terapêutica, pelo que a doente iniciará radioterapia de manutenção. **Conclusão:** Os linfomas do trato genital feminino são muito raros e de reconhecimento clínico difícil, mimetizando frequentemente a apresentação clínica de outras neoplasias ginecológicas. Uma vez que possuem abordagens distintas, o diagnóstico diferencial com outros tumores pélvicos é fundamental.

PD 64

INFLUÊNCIA DA LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DE TUMORES DA MAMA NA CARGA TUMORAL TOTAL DO GÂNGLIO SENTINELA

Daniela David¹; Mariana Robalo Cordeiro²; Inês Gante²; Margarida Figueiredo Dias²

¹Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: O estadiamento ganglionar axilar é um fator determinante no tratamento e prognóstico de doentes com cancro da mama. *One Step Nucleic Acid Amplification* (OSNA) é uma técnica inovadora utilizada para avaliação da presença de metastização no gânglio sentinela (GS) e que, ao permitir a avaliação da carga tumoral total (TTL), pode ser usada como fator preditor independente do envolvimento ganglionar extra-GS. A localização primária do tumor na mama parece ter estreita relação com a positividade do GS e possibilidade de metastização.

Objetivos: Determinar a influência da localização mamária do tumor na TTL.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo de doentes com carcinoma da mama invasor que foram submetidas a biópsia do GS com estudo OSNA. Os critérios de exclusão foram: localização bilateral e multicêntrica. Para avaliação da influência da localização tumoral e relação com positividade do GS e TTL avaliaram-se 3 grupos consoante a localização (L): L1 engloba os quadrantes externos e prolongamento axilar; L2 engloba os quadrantes internos e L3 engloba a localização retroareolar. Para análise estatística foi utilizado o SPSSv[®], e considerado como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 107 doentes, com média de idade de 60 [39-79] anos. O tipo histológico mais comum foi

carcinoma invasor NST [n = 88, 82,2%]. Relativamente à L tumoral, a maioria encontrava-se no quadrante supero-externo [36,4% (n = 39)], seguida da união quadrantes externos [10,3% (n = 11)]. A L retroareolar foi a que revelou maior taxa de GS positivos (50,0% vs 19,8%, p = 0,11) e de invasão linfo-vascular (ILV) (33,3% vs 10,9% p = 0,15). L1 contém 68,2% dos casos (n = 73), L2 26,2% dos casos (n = 28) e L3 5,6% (n = 6). Em L1 21,9% tinham pelo menos um GS positivo, no L2 14,3% e no L3 50,0% (L1 e L2 vs L3 p = 0,11). Em L1, 37,5% (n = 6) com micrometástases e 62,5% (n = 10) com macrometástases. Em L2 75,0% (n = 3) com micrometástases e apenas um com macrometástases (25,0%). Em L3, 66,6% (n = 2) com micrometástases e apenas um com macrometástases (L1 e L2 vs L3 p = 0,27). Relativamente à média da TTL de GS positivo, L1 apresentava média de 75127,1, L2 de 140190,0 e L3 de 2376,6 (L1 e L2 vs L3, p = 0,16).

Conclui-se que apesar de a localização retroareolar parecer estar associada a uma maior taxa de ILV e GS positivos, devido ao reduzido tamanho da amostra, não foi possível detetar diferenças na TTL relacionadas com a localização do tumor.

PD 65

HEMATOCOLPOS POR UM HÍMEN IMPERFERURADO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Margarida Cordoeiro¹; Sara Sales¹; Sandra Cardoso¹; Joana Santos¹; António Pipa¹; Helena Solheiro¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: O hímen imperfurado é uma rara anomalia do aparelho reprodutor feminino, com prevalência de 0.1%, que culmina frequentemente com amenorreia primária, na presença de caracteres secundários. Geralmente manifesta-se na menarca, com dor abdominal cíclica devido à formação de hemato-

colpos. O adequado tratamento é necessário, visto que pode cursar com uma panóplia de complicações desde endometriose, infertilidade até mesmo insuficiência renal. O objetivo deste caso clínico é descrever um episódio de uma adolescente de 16 anos, com amenorreia primária e dor abdominal cíclica, tendo se diagnosticado hímen imperfurado e hematocolpos com posterior resolução cirúrgica.

Descrição do caso: Uma adolescente de 16 anos, com antecedentes de síndrome de junção pielo-ureteral à direita e amenorreia primária, apresentou-se na Urgência de Pediatria, por agravamento de dor recorrente nos quadrantes inferiores do abdómen. Ao exame objetivo, apresentava um estadio V de Tanner no desenvolvimento dos caracteres sexuais e observou-se um hímen imperfurado com abaulamento. Consequentemente, a doente foi encaminhada para a Urgência de Ginecologia, onde foi realizada ecografia supra-pública, visualizando-se útero com dimensões normais, sem hematometra, e vagina com dimensões aumentadas e preenchida com uma coleção líquida hemática de 82x128mm. Foi explicado à adolescente e à mãe o contexto e a necessidade de tratamento cirúrgico e foi realizada himenotomia com drenagem de hematocolpos, sob anestesia geral.

Conclusão: O hímen imperfurado é uma rara patologia obstrutiva do aparelho reprodutor e uma causa de amenorreia primeira. O tratamento tem excelentes resultados, com resolução completa da dor abdominal recorrente e início de menstruação. Apesar de rara, existe uma prevalência significativa de patologia renal concomitante, como neste caso. É importante salientar que o hímen imperfurado deve ser sempre suspeitado perante uma adolescente com dor pélvica cíclica e amenorreia primária, nomeadamente se antecedentes de patologia renal.

PD 66

DISMENORREIA MEMBRANOSA – UMA ENTIDADE ESQUECIDA

Mariana Sucena¹; Vera Ramos¹; Cláudia Andrade¹;
Fernanda Geraldês¹; Fernanda Águas¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A dismenorreia membranosa (DM) é uma entidade clínica pouco conhecida, com prevalência e incidência desconhecidas. Caracteriza-se por dor menstrual intensa associada à descamação em bloco do endométrio, com consequente expulsão vaginal de tecido membranoso em formato de “molde” uterino. Trata-se de uma situação com baixa taxa de recorrência e com bom prognóstico, não sendo conhecidas consequências negativas a longo prazo.

Descrição do caso: Adolescente de 15 anos, saudável, menarca aos 11 anos. Antecedentes de dismenorreia pré-menstrual com necessidade de analgesia, ciclos irregulares e fluxo abundante, motivo pelo qual foi medicada com estroprogestativo oral aos 14 anos. Na consulta de reavaliação mantinha queixas de dismenorreia, tendo sido alterada a formulação do estroprogestativo e o regime de administração para toma contínua.

Passados 4 meses, recorreu à urgência pediátrica com dor pélvica muito intensa associada a spotting e vômitos. No decurso deste episódio expulsou, pela vagina, uma formação de aspeto membranoso, com formato triangular, semelhante a um “molde” da cavidade uterina. Após a eliminação desta formação todos os sintomas algícos melhoraram. A ecografia pélvica realizada identificou a presença de um septo uterino incompleto.

O estudo anátomo-patológico do material eliminado revelou retalho de endométrio com glândulas atroficas e acentuados fenómenos de pseudodecidualização do estroma com extensas áreas de necrose hemorrágica.

Suspendeu posteriormente o estroprogestativo e, em consulta de seguimento apresentava ciclos menstruais regulares e ausência de dismenorreia.

Conclusão: A dismenorreia membranosa é uma entidade clínico-patológica rara e várias hipóteses têm sido propostas para explicar a sua causa. Os casos descritos na literatura mostram que a dismenorreia membranosa não está limitada ao uso de uma ou outra formulação hormonal, nem a sua recorrência se associa à continuidade do seu uso.

No caso reportado, o quadro de dismenorreia membranosa foi subsequente à introdução de um estroprogestativo prescrito para controlo de dismenorreia primária. Este deve ser um diagnóstico diferencial, nas hemorragias uterinas anormais das adolescentes associadas a dor pélvica intensa e eliminação de material membranoso.

PD 67

ANGIOFIBROMA CELULAR – UM RARO CASO DE TUMOR BENIGNO VULVAR

Patrícia Gomes Ferreira¹; Susana Saraiva¹; Vânia Ferreira¹; Isabel Monteiro¹; Teresa Paula Teles¹

¹Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: O angiofibroma celular da vulva corresponde a uma lesão mesenquimatosa benigna rara que foi descrita pela primeira vez em 1997 por Nucci *et al.* Tipicamente surge na 5ª década de vida. Frequentemente, o tamanho é < 3 cm, bem circunscrito e indolor. Crescimento normalmente lento e recorrência local rara. O seu tratamento é excisão local. Descrevemos um caso de crescimento rápido e com dimensões maiores que o habitual.

Descrição do caso: Mulher com 45 anos referenciada para consulta de Ginecologia por lesão vulvar esquerda com surgimento há 1 ano. Refere crescimento rápido nos últimos 3 meses e nega dor, hemorragia ou infeção. Sem antecedentes pessoais de relevo. La-

queação tubar bilateral há 5 anos. Menarca aos 16 anos e coitarca aos 17 anos. 5 gestações com 5 partos eutócicos. Catamênios de 5 dias e interlúnios irregulares (28 a 40 dias). Sem história familiar de cancro da mama ou ginecológico.

Ao exame ginecológico, massa pediculada com cerca de 6 cm de comprimento com inserção no 1/3 posterior do pequeno lábio direito. Sem outras alterações no restante exame.

Realizada laqueação e corte ao nível do pedículo da massa.

O estudo histopatológico relevou macroscopicamente uma formação com 6 x 4 cm de diâmetro com superfície externa lisa e com tecido elástico, esbranquiçado e de aspecto mixóide. Microscopicamente, o exame histológico confirma tratar-se de um tumor mesenquimatoso sem características de malignidade, sugestivo de angiofibroma celular.

A paciente mantém-se assintomática e sem evidência de recorrência local 7 meses após a excisão.

Conclusão: Dado que as primeiras descrições destes casos surgiram apenas a partir de 1997, são ainda escassos os casos descritos na literatura. Contudo, de acordo com os casos relatados, esta entidade aparenta ter baixas taxas de recidiva após excisão local completa e um bom prognóstico.

PD 68

CARCINOMA DO OVÁRIO NA GRÁVIDA – UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL.

Mariana Solinho¹; Rita Vicente Costa¹; Mariline D'Oliveira¹; Vera Santos Loureiro¹

¹Hospital de Santarém

Introdução: Os cancros epiteliais do ovário representam aproximadamente 90% de todas as neoplasias invasivas primitivas do ovário. Os tumores serosos constituem o subtipo histológico mais comum, sendo a grande maioria

de alto grau.

Esta patologia apresenta uma elevada taxa de mortalidade, constituindo a mais letal de todas as neoplasias ginecológicas. No entanto, se no momento do diagnóstico a neoplasia estiver circunscrita ao ovário, a taxa de sobrevivência a 5 anos é superior a 90%.

Descrição do caso: Mulher de 28 anos, índice obstétrico 1001, amenorreia de 9 semanas, TIG +, sem antecedentes de relevo. Recorre ao serviço de urgência por dor na fossa ilíaca direita. Ao exame objetivo, identificou-se útero ligeiramente aumentado de volume, compatível com o tempo de gravidez e massa anexial à direita endurecida, dolorosa e pouco móvel. Na ecografia ginecológica, verificou-se gravidez evolutiva intrauterina com cerca de 9 semanas de gestação, e na área anexial direita, uma formação multilocular sólida, com septos espessos e contornos irregulares, color score 4, sugestiva de malignidade.

O caso foi discutido em reunião de serviço, optando-se por intervenção cirúrgica eletiva. Foi realizado lavado peritoneal e anexectomia à direita, cujo diagnóstico histológico foi compatível com adenocarcinoma seroso do ovário, bem diferenciado, sendo o lavado peritoneal negativo para células neoplásicas. Às 11 semanas de gestação, a grávida sofreu um aborto espontâneo incompleto com necessidade de esvaziamento cirúrgico. Posteriormente, programou-se nova cirurgia com realização de histerectomia, anexectomia à esquerda, omentectomia e lavado peritoneal, de forma a completar o estadiamento. Todas as peças cirúrgicas foram negativas para neoplasia, considerando-se o estadio IA (classificação FIGO).

A doente fez *follow-up* periódico sem sinais, sintomas ou exames complementares de diagnóstico sugestivos de recidiva. Teve alta da consulta após cinco anos.

Conclusão: Numa gravidez, a cuidadosa ins-

peção e palpação das regiões anexiais não deve ser descurada, devendo sempre efetuar-se o estudo de massas anexiais de novo. Aproximadamente 2 a 3% das neofomações excisadas durante a gravidez são malignas. A anexectomia, com ou sem estadiamento, parece ser a melhor terapêutica nestas situações. No entanto, uma vez que não existem estudos prospetivos, as opções terapêuticas e sobretudo o momento ideal para intervir durante a gravidez não são consensuais.

PD 69

VENTRE AGUDO GINECOLÓGICO: O QUE MUDOU EM 10 ANOS

Almeida Santos; Alexandra¹; Carvalhos; Carlota¹; Antunes, Dora²; Carvalho; Maria João³; Frutuoso; Cristina¹; Falcão; Francisco¹; Águas; Fernanda¹
¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;
³Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
Clínica Universitária de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: O ventre agudo ginecológico requer avaliação e tratamento urgente. Os diagnósticos mais comuns são a gravidez ectópica, a torção anexial, a rotura de quisto ovárico e o abscesso tubo-ovárico, sendo a laparoscopia o gold standard para a abordagem cirúrgica destas situações.

Objetivo: Analisar os casos de abdómen agudo ginecológico orientados num hospital universitário e comparar a sua abordagem terapêutica, em dois períodos diferentes, com um intervalo de 10 anos.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo incluindo as cirurgias urgentes por ventre agudo ginecológico, realizadas em 2011 e em 2021. A amostra foi anonimizada, tendo sido recolhidos dados epidemiológicos, clínicos e patológicos. Para a análise estatística usou-se o programa SPSSv28, com um

valor $p < 0,05$.

Resultados: Em 2021 verificou-se um número mais elevado de cirurgias urgentes por abdómen agudo face ao ano de 2011 ($n = 40$ vs $n = 12$), não existindo diferença na distribuição das idades, no escalão de idade mais frequente (30-39 anos), na paridade e na fase da vida reprodutiva. A gravidez ectópica tubária foi a etiologia mais frequente em ambos os períodos ($n = 7; 58,3\%$ em 2011 vs $n = 22; 55,0\%$ em 2021), seguindo-se a torção anexial ($n = 2; 16,7\%$ em 2011 vs $n = 12; 30,0\%$ em 2021). A apresentação clínica inicial foi dor abdominal isolada em 50,0% das mulheres em 2011 e 67,5% em 2021. O número de dias de internamento foi maior em 2011 ($5,2 \pm 6,3$ [2-25] vs $2,3 \pm 2,6$ [1-13] dias), $p < 0,01$. Em 2011, a abordagem laparotómica foi predominante (91,7%; $n = 11$), tendo sido usada laparoscopia apenas para realização de salpingectomia unilateral por gravidez extrauterina. Por via aberta realizaram-se cinco salpingectomias, três anexectomias e duas quistectomias do ovário. Em 2021, 95% das cirurgias foram por laparoscopia ($n = 38$), tendo sido realizadas 24 salpingectomias unilaterais, quatro anexectomias e quatro quistectomias do ovário. Por laparotomia, realizaram-se duas anexectomias bilaterais. Não se verificou qualquer complicação pós-operatória após abordagem laparoscópica em nenhum dos anos. Após cirurgia aberta, foram descritos quatro casos com complicações (anemia e sépsis com falência multiorgânica). **Conclusões:** Em 10 anos, o número de cirurgias urgentes por ventre agudo ginecológico aumentou, mantendo-se como principais causas a gravidez ectópica e a torção anexial. A laparoscopia tornou-se a abordagem cirúrgica preferencial, com diminuição do tempo de internamento e menos complicações associadas.

PD 70

HIDRADENOMA PAPILÍFERO DA VULVA – UM CASO RARO DE TRANSFORMAÇÃO MALIGNA

Catarina Neves¹; Ana Patrícia Soares¹; Ana Codorniz¹; Fernando Guerreiro¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão

Introdução: O hidradenoma papilífero (HP) é um tumor benigno raro das glândulas sudoríparas apócrinas que ocorre na região anogenital feminina, maioritariamente em mulheres entre os 25 e os 40 anos de idade. Apresenta-se como uma lesão única, bem delimitada e de crescimento lento; os achados histológicos incluem áreas quísticas, papilares e glandulares. A malignização do HP é extremamente rara.

Descrição do caso: Descreve-se um caso de uma mulher de 78 anos referenciada à consulta externa de Ginecologia do CHUA – Unidade de Portimão por uma formação quística vulvar esquerda com 10 anos de evolução. Por antecedentes pessoais de carcinoma da mama, a doente mantinha vigilância noutra instituição hospitalar, sem recidiva; nesta instituição, foi submetida a várias drenagens do quisto vulvar, com restituição da formação. Clinicamente, a doente apresentou-se à consulta com sensação de massa vulvar e desconforto associado; o exame objetivo, revelou uma formação do grande lábio esquerdo, de superfície lisa, com aproximadamente 15cm de maior diâmetro; não se identificaram adenopatias inguinais. Foi realizada drenagem aspirativa, com saída de cerca de 1000cc de líquido de coloração acastanhada. O estudo citológico foi negativo para células malignas. O estudo imagiológico complementar com ressonância magnética pélvica mostrou uma lesão quística vulvar esquerda, com 16,5 x 7,3 x 13,5 cm, com projeção profunda distando 3mm da bexiga, com cinco formações

polipóides na parede da formação quística, a maior de 2cm de maior eixo, com características imagiológicas suspeitas. Foi realizada exérese cirúrgica do tumor quístico e vulvoplastia. O pós-operatório decorreu sem complicações. O estudo histopatológico revelou um carcinoma pouco diferenciado com 5mm de maior dimensão num hidradenoma papilífero, com margens de ressecção cirúrgica livres. Estádio FIGO IA. A doente foi referenciada para um centro oncológico – a equipa multidisciplinar optou por vigilância clínica. A doente mantém-se clinicamente estável, sem recidiva ao 1º ano de *follow-up*.

Conclusão: Este caso clínico enfatiza a importância de uma correta avaliação clínica e imagiológica perante uma massa quística vulvar para o estabelecimento do diagnóstico e do planeamento cirúrgico. O diagnóstico definitivo é, contudo, histológico. A transformação maligna do HP é extremamente rara, com poucos casos reportados na literatura.

PD 71

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA – UM AGENTE ETIOLÓGICO ATÍPICO

Margarida Basto Paiva¹; Maria Rosário Cercas¹; Vera Vilhena¹; Ana Paula Lopes¹

¹Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução: A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma infeção do trato genital superior, habitualmente ascendente e que pode envolver o útero, trompas de Falópio, ovários e estruturas pélvicas adjacentes. Uma das suas complicações é a formação de abscessos tubo-ováricos. A maioria dos casos de DIP são atribuíveis a infeções por *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*. No entanto, outros microorganismos podem ser responsáveis, sendo frequentemente uma infeção polimicrobiana. Reportamos um caso clínico de DIP por um agente etiológico atípico, o *Streptococcus anginosus*. **Caso clínico:** Jovem de 24 anos, nulípara,

sem antecedentes pessoais relevantes. Sem utilização de método contraceptivo e com único parceiro sexual. Admitida no serviço de urgência por dor pélvica com 1 semana de evolução e agravamento há 2 dias, associado a febre. Ao exame objetivo a destacar mobilização dolorosa do colo uterino e à palpação do fundo de saco de Douglas. Ecograficamente a realçar massa heterogénea retrouterina com 110x63mm compatível com abscesso tubo-ovárico. Analiticamente a destacar leucocitose com neutrofilia e PCR de 136 mg/L. Serologias e BHCG negativas. Decidido internamento com a hipótese de diagnóstico de DIP associada a abscesso tubo-ovárico. Realização de antibioterapia tripla (Ceftriaxone, metronidazol e doxiciclina). Ao 3º dia de internamento, por ausência de melhoria clínica, analítica e imagiológica, foi submetida a laparotomia exploradora. Intraoperatoriamente foi identificado extenso processo aderencial com “pélvis congelada” e abscesso retrouterino de grandes dimensões. Realizada drenagem de líquido purulento abundante, no qual se isolou posteriormente *Streptococcus anginosus*. Alta ao 10º dia de internamento, clínica e laboratorialmente melhorada, sob doxiciclina 100mg per os (14 dias). Reavaliação ao 20º dia, assintomática, no entanto, ainda com formação ovoide no fundo saco Douglas ligeiramente dolorosa ao toque. Mantém-se em vigilância em consulta.

Conclusão: A infeção ascendente do trato genital inferior por *Streptococcus anginosus*, microorganismo pertencente à flora comensal da cavidade oral, trato urogenital e intestinal do ser humano, é uma situação rara, sendo a literatura escassa quanto à orientação e prognóstico desta infeção. Os escassos casos descritos associam-se a colocação ou remoção de DIU e adolescentes sem início da vida sexual.

PD 72

SÍNDROME DE LYNCH E CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Mariana Solinho¹; Ana Sofia Domingos¹; Ana Filipa Maia¹; Vera Santos Loureiro¹

¹Hospital de Santarém

Introdução: A síndrome de Lynch é uma doença autossómica dominante associada à predisposição hereditária para o desenvolvimento de diversos tipos de cancro, principalmente o colorretal, o do endométrio, entre outros. Portadores desta síndrome, têm um risco de até 71% de desenvolver cancro do endométrio ao longo da vida, em comparação com 2,7% na população geral. O carcinoma do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente dos países desenvolvidos, constituindo o carcinoma de células claras apenas 2% da sua totalidade.

Descrição do caso: Mulher de 60 anos, G1P1, menopausa aos 53 anos. Como antecedentes familiares de relevo refere história de carcinoma do cólon (pai) e carcinoma hepático (irmão). Foi referenciada à consulta de patologia uterina por metrorragias com início há 2 meses. Apresentou ecografia ginecológica que relevou formação intracavitária com 23 mm, sugestiva de pólipó endometrial. Optou-se por realização de histeroscopia diagnóstica, verificando-se uma neoformação com vasos atípicos na cavidade uterina, que foi biopsada e enviada para estudo anatomopatológico. O resultado histológico foi compatível com carcinoma de células claras. Realizou RMN pélvica que identificou uma zona de espessamento endometrial na região corpórea/fúndica com uma extensão de 3 cm e espessura de 19 mm, compatível com carcinoma do endométrio, invadindo menos de 50% do miométrio. Posteriormente, a doente foi submetida a histerectomia total, anexectomia bilateral e linfa-

denectomia pélvica bilateral e lombo-aórtica, que confirmou o diagnóstico de carcinoma de células claras, estágio IA. O estudo imunohistoquímico das *mismatch repair proteins* verificou perda de expressão da proteína PMS2, sugestivo de síndrome de Lynch, pelo que se propôs seguimento em consulta de genética clínica, para confirmação de diagnóstico. Após discussão em reunião clínica, foi proposta braquiterapia intracavitária, tendo sido realizados três ciclos. Atualmente a doente mantém seguimento em consulta.

Conclusão: Os antecedentes familiares são de extrema importância na colheita de qualquer história clínica e podem constituir pistas essenciais ao diagnóstico, *follow-up* e até na prevenção secundária. O síndrome de Lynch é disto um exemplo paradigmático. Mulheres assintomáticas portadoras de mutações associadas a síndrome de Lynch deverão ser alvo de rastreio do carcinoma do endométrio, através da realização de ecografia ginecológica e biópsia endometrial, a partir dos 35 anos, anualmente.

PD 73

HISTERECTOMIA EM ÚTEROS VOLUMOSOS – MORBILIDADE CIRÚRGICA DA VIA LAPAROTÓMICA VS. LAPAROSCÓPICA

Ana Carolina Coimbra¹; Mafalda Neves¹, Pedro Viana Pinto¹; João Cavaco Gomes¹; Ana Sofia Fernandes¹; Margarida Martinho¹; Jorge Beires¹

¹*Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário São João*

Introdução: A cirurgia laparoscópica é cada vez mais a predominante em Ginecologia e as suas vantagens estão amplamente descritas. Contudo, a histerectomia em úteros volumosos constitui um desafio cirúrgico e a evidência sobre os desfechos de uma abordagem minimamente invasiva é ainda limitada.

Objectivo: Avaliar as complicações cirúrgicas de histerectomia total (HT) em úteros volu-

mosos e comparar diferenças na morbidade entre a via laparoscópica e laparotómica.

Métodos: Análise retrospectiva do processo das doentes submetidas a HT por via laparotómica e laparoscópica no Centro Hospitalar de São João de 2018 a 2/2022. Incluíram-se os casos em que o exame anatomo-patológico revelou benignidade e útero com >400g ou >12cm de maior diâmetro. Foram registadas as complicações intra e pós-operatórias até à consulta de reavaliação cirúrgica. Definiram-se complicações major como lesão/disfunção de órgão, infecção profunda, re-intervenção cirúrgica e intubação >48h. Complicações minor incluíram infecção do tracto urinário, transfusão e infecção/deiscência superficial de ferida cirúrgica. Comparação de variáveis categóricas com teste 2 e contínuas com teste Mann-Whitney.

Resultados: Foram incluídos 117 casos de HT com úteros volumosos – 36,8% por via laparoscópica e 63,2% por via laparotómica.

As populações não diferiram quanto à idade, paridade, cirurgia abdominal prévia, status de menopausa ou índice de massa corporal. Na via laparoscópica a mediana de peso do útero foi 430g (IQR 342-527) com uma média de 13.2±2.4cm. Na via laparotómica a mediana de peso do útero foi 642g (IQR 465-987) e 13.6cm (IQR 12.2-16.4) de maior dimensão.

Registaram-se 9 casos de complicações major (7,7%) e 17 complicações minor (14,5%). A complicação major mais frequente foi a laceração vesical (n = 4) e a complicação minor mais prevalente foi a necessidade transfusional (n = 6).

Não se verificaram diferenças quanto à ocorrência de complicações major e/ou minor entre as duas vias. Contudo, a via laparoscópica associou-se a um tempo operatório superior (mediana de 155 minutos vs. 85 na via aberta; p < 0.0001). Por outro lado, as doentes submetidas a HT laparoscópica tiveram interna-

mentos de menor duração (mediana de 3 dias vs. 4 por laparotomia; $p < 0.0001$).

Conclusão: Nesta população, a via laparoscópica não mostrou diferenças relativamente à via aberta quanto à ocorrência de complicações cirúrgicas. Associou-se contudo a um maior tempo operatório e internamento mais curto.

PD 74

TUMOR UTERINO SEMELHANTE AOS TUMORES DOS CORDÕES SEXUAIS DO OVÁRIO – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Marta Xavier¹; Marta Campos¹; Inês Filipe Gouveia¹; Ana Mações¹; Carla Bartosh²; Evelin Pinto¹; João Gonçalves¹

¹Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho;

²Instituto Português de Oncologia do Porto FG

O tumor uterino semelhante aos tumores dos cordões sexuais do ovário (UTROSCT) é uma entidade rara que corresponde a $<0.5\%$ dos tumores uterinos malignos. A apresentação clínica mais frequente é a hemorragia uterina anómala e/ou dor pélvica. O diagnóstico é baseado em aspectos morfohistológicos e marcação imunohistoquímica. Trata-se de um tumor de baixo potencial maligno, visto apresentar um comportamento tendencialmente benigno, mas com possível recorrência.

Mulher de 43 anos, nulípara, recorreu ao SU por perceção de aumento de volume abdominal, sem outras queixas. Na ecografia observada tumefação heterogénea, com aparente ponto de partida uterino, irregular, com $>20\text{cm}$ de diâmetro. Solicitada TAC e RM que corroboram achado de volumosa lesão expansiva pélvica, sugestiva de fibromioma com degenerescência cística ou sarcoma uterino. Ca125 positivo (59,0 U/mL), restantes marcadores tumorais negativos. Submetida a laparotomia exploradora, com lavado peritoneal, histerectomia total e anexectomia bilateral, com exame extemporâneo (EE) do útero. O EE

revelou neoplasia mesenquimatosa de baixo grau e o exame definitivo revelou sarcoma do estroma endometrial, de baixo grau, com elementos dos cordões sexuais, sem invasão linfo-vascular (Estadio I FIGO).

Ao 3º ano de seguimento detetada neofor-mação centrada na escavação pélvica, endurecida, assintomática. RM confirma massa com 74 x 63 x 73 mm sugestiva de recidiva tumoral e deteta lesão sugestiva de implante tumoral, com 32 x 42 x 32 mm, na vertente esquerda do espaço de Retzius. Biopsias guiadas por radiologia de intervenção confirmam tratar-se de recidiva tumoral. Submetida a exérese das mesmas. Exame histológico revela neoplasia com quadro morfológico semelhante à previamente caracterizada, no entanto o perfil imunohistoquímico e genético não apoia o diagnóstico prévio. Revisão de lâminas no IPOP revelam tratar-se de um UTROSCT, sem invasão linfovacular. Após quatro meses detetado nódulo sólido com 15mm na parede vaginal. Exame histológico revelou tratar-se de UTROSCT.

O UTROSCT não apresenta achados imagiológicos específicos pelo que o diagnóstico diferencial pré-operatório é difícil. O EE apresenta limitações visto os padrões histológicos serem partilhados com outras lesões. A marcação imunohistoquímica desempenha um papel fundamental no diagnóstico e é portanto imprescindível a sua utilização, de forma a ser possível o diagnóstico diferencial com patologias com potencial maligno intermedio ou alto.

PD 75

TUMOR DE BRENNER: UM INCIDENTALOMA

Patricia Pereira Amaral¹; Catarina Ferreira¹; Sara Nascimento¹; Joaquim Fonseca¹; Fernanda Matos¹; José Silva Pereira¹; Antónia Nazaré¹

¹Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

O tumor de Brenner foi descrito pela primeira vez em 1898. Tem havido controvérsia em relação à sua origem, mas pensa-se que seja um subtipo de tumor de células de transição, representando apenas 2% de todos os tumores do ovário. Na sua maioria são benignos, sendo que os tumores *borderline* e malignos representam 2% dos casos. A maioria são diagnosticados entre a 4^a e a 8^a década de vida. São unilaterais (90-95%) e assintomáticos, sendo muitas vezes um achado cirúrgico. Por razões ainda desconhecidas, o tumor de Brenner pode estar associado a outros tumores do ovário em 20-30% dos casos. Na ecografia, estes tumores tendem a ser de pequenas dimensões, tipicamente 1-2cm, hipoecogénicos com cone de sombra e podem conter calcificações. A sua aparência é semelhante a outras lesões sólidas, fazendo diagnóstico diferencial com fibromas, fibrotecomas e miomas pediculados. Na análise microscópica, podem ser identificados pela marcada hiperplasia da matriz fibromatosa interstetada por células epitelióides, apresentando um aspeto de “grãos de café”. O tratamento é cirúrgico.

Mulher de 61 anos, caucasiana. Com antecedentes pessoais de hipertensão arterial medicada, uveíte granulomatosa e tuberculose latente. Fumadora (20 UMA). Menopausa aos 40 anos, sem necessidade de terapêutica hormonal de substituição. Seguida em consulta de Ginecologia por útero miomatoso. Dos exames complementares de diagnóstico salienta-se ecografia que revelou útero com dimensões aumentadas 180x100x110mm com múltiplos e volumosos miomas, ovários

não visualizados, não se observando massas anexiais anómalas, ausência de líquido livre na cavidade pélvica. Foi admitida para cirurgia eletiva, estando proposta para histerectomia total com anexectomia bilateral. Intraoperatoriamente verifica-se massa anexial esquerda com 15cm, sólida, enviando-se para exame extemporâneo. Procedeu-se à restante intervenção cirúrgica sem intercorrências. A doente teve alta ao 3^o dia. O exame histológico (extemporâneo e definitivo) revelou tumor de Brenner do ovário.

Este caso pretende ilustrar um caso de Tumor de Brenner, uma entidade rara mas bem descrita na literatura. Destaca-se pela ausência de diagnóstico pré-cirúrgico de uma massa anexial de grandes dimensões, que poderá ter sido confundida com um mioma pediculado, realçando a dificuldade no diagnóstico. Salienta-se o exame extemporâneo e uma equipa cirúrgica experiente como fundamentais para a decisão cirúrgica no caso de um incidentaloma.

PD 77

COMPARAÇÃO DE SIMS VS TOT NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Joana Araújo Pereira¹; Susana Costa²; Andreia Miranda¹; Mariana Carlos Alves¹; João Pedro Prata¹; João Pedro Silva¹; Agostinho Carvalho¹; Paula Pinheiro¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo; ²Centro Hospitalar e Universitário de S. João

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) refere-se à perda involuntária de urina associada a esforço físico.

Objetivo: Comparar a eficácia e as complicações do sling de incisão única ajustável (SIMS) vs. sling da uretra média transobturadores outsider-in (TOT) no tratamento cirúrgico da IUE.

Métodos: Foi realizado um estudo retros-

petivo e observacional que incluiu mulheres submetidas a cirurgia de correção de IUE com SIMS ou TOT, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019. Foram excluídas mulheres com correção de prolapso uterino no mesmo ato ou sem follow-up. Avaliou-se a eficácia objetiva das cirurgias realizadas comparando os resultados pós-cirúrgicos no teste de esforço e a eficácia subjetiva comparando a pontuação obtida na questão nº 3 do questionário de qualidade de vida – ICIQ-SF. As doentes foram avaliadas 6 semanas e 12 meses após a cirurgia. Assumiu-se significância estatística para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 156 doentes, das quais 64,7% ($n = 101$) submetidas a colocação de SIMS e 35,3% ($n = 55$) de TOT. A mediana das idades foi diferente nos dois grupos, sendo superior no grupo de mulheres submetidas a TOT (54 vs. 51, $U=3314,5$, $p = 0,046$). Não houve diferenças entre as medianas do IMC e do tempo de duração da IUE nos dois grupos. 81,5% ($n = 44$) das doentes submetidas a colocação de TOT eram múltiparas vs. 61,4% ($n = 61$) das doentes submetidas a colocação de SIMS ($p = 0,011$), existiram também diferenças na percentagem de doentes com IU mista prévia, superior no grupo de colocação de TOT (41,8% vs. 24,8%, $p = 0,031$). Todas as doentes tinham teste de esforço positivo previamente à cirurgia. Não existiram diferenças no tempo operatório dos procedimentos. Não houve diferenças entre a eficácia objetiva dos procedimentos e da eficácia subjetiva, avaliando a qualidade de vida das doentes no pós-operatório. De complicações do ato cirúrgico, destaca-se a extrusão de duas próteses no grupo de colocação de SIMS (1,9%) e dois casos (3,6%) no grupo de TOT. No grupo de TOT reportam-se duas retenções urinárias no pós-operatório imediato com necessidade de algaliação e uma retenção no grupo de co-

locação de SIMS. Sete (6,9%) das doentes submetidas a colocação de SIMS, foram posteriormente submetidas a colocação de TOT (follow-up superior a um ano).

Quando avaliados os resultados os dois tipos de sling parecem ser similares no tratamento da IUE da mulher, com menor taxa de recidiva no grupo de colocação de TOT e sem diferenças nas complicações.

PD 78

ENDOMETRIOMA DECIDUALIZADO – O IMITADOR MALIGNO

Susana Correia Costa¹; Pedro Viana Pinto¹; João Cavaco Gomes¹; Ana Sofia Fernandes¹; Joana Lyra¹; Margarida Martinho¹; Jorge Beires¹
¹Centro Hospitalar e Universitário São João

Introdução: O ovário é o órgão mais frequentemente afetado por endometriose, sob a forma de endometrioma (67%). A sua decidualização pode mimetizar lesões malignas e está frequentemente associada à gravidez

Descrição do caso: Mulher de 26 anos com queixas de dismenorreia, sintomas urinários catameniais e dispareunia profunda referenciada por lesão anexial e suspeita de endometriose profunda para provável tratamento cirúrgico. Sem antecedentes cirúrgicos. Nuligesta com infertilidade de 2 anos. Ao exame objetivo, constatado nódulo fundo de saco vaginal posterior com extensão retrocervical, duro-elástico e doloroso ao toque com cerca de 3 cm sugestivo de endometriose. Foi medicada com contraceção hormonal combinada (CHC) e pedido estudo imagiológico. Realiza ecografia endovaginal que revelou lesão multilocular direita, 52x36x54 mm, com 3 locas, conteúdo em vidro fosco, sem componentes sólidos, sem fluxo, compatível com endometrioma ecograficamente atípico. Visualização do nódulo do fundo de saco vaginal posterior por sonovaginografia, com 11x7mm, com protusão a nível da cavidade vaginal.

Realizou RM para otimização cirúrgica e esclarecimento adicional da neoformação anexial direita que, pela presença de hiperrealce do produto de contraste, sinal intermédio nas sequências ponderadas em T2, moderada restrição à difusão e gânglios ilíaco-obturadores suspeitos, levanta a hipótese de neoplasia. O CA 125 encontrava-se aumentado (169 U/ml) e os restantes marcadores estavam normais. Pela suspeita de malignidade na RM, é proposta para anexectomia direita laparoscópica com exame extemporâneo. Intra-operatoriamente, constatado endometrioma do ovário direito com cerca de 50 mm, trompa direita aderente ao ligamento redondo e com lesões de endometriose, lesões de endometriose profunda do tórus uterino com cerca de 30 mm e do ligamento uterossagrado bilateralmente. O exame extemporâneo do ovário direito revelou endometriose ovárica com transformação de decíduose intensa sem sinais de malignidade, pelo que se prosseguiu com a exérese das lesões de endometriose profunda identificadas (abertura da vagina durante excisão de lesão retrocervical/vaginal). O pós-operatório decorreu favoravelmente com alta ao 3º dia. Retomou CHC em toma contínua até à consulta de infertilidade

Conclusão: A decidualização de um endometrioma é rara, especialmente se não associado a uma gravidez, devendo ser um diagnóstico a considerar no estudo de um endometrioma ecograficamente atípico

PD 79

DEFEITO DO COMPARTIMENTO ANTERIOR: CORREÇÃO COM TECIDO NATIVO VERSUS PRÓTESE DE INCISÃO ÚNICA

Susana Correia Costa¹; Joana Araújo Pereira²; Mariana Carlos-Alves²; João Pedro Prata²; João Pedro Silva²; Paula Pinheiro²

¹Centro Hospitalar e Universitário de São João;

²Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo

Introdução: A colpoplastia anterior (CPA) é um dos procedimentos mais realizados na Uroginecologia, contudo tem um risco de recorrência elevado. O tratamento da recidiva de prolapso de órgãos pélvicos (POP) anterior representa uma indicação para o uso de redes.

Métodos: Estudo retrospectivo, incluindo 84 cirurgias vaginais realizadas para correção de POP anterior, CPA com recurso a tecidos nativos ou rede InGYNious® (monofilamento de polipropileno, de incisão única, com 6 pontos de fixação), realizadas na unidade de Uroginecologia, entre janeiro de 2020 e dezembro 2021. Foram incluídas doentes com POP anterior ≥ 2 e POP apical ≤ 2 , sintomáticas.

Objetivo: Comparar as duas técnicas relativamente à duração da cirurgia, complicações intra- e/ou pós-operatórias, recidiva anatômica ou sintomática e taxa de reintervenção.

Resultados: Das 84 doentes incluídas, 61 foram submetidas a CPA (21 com histerectomia vaginal (HV) concomitante) e 23 a colocação de rede. A idade, paridade, IMC e grau de POP anterior e apical foram semelhantes entre os dois grupos. A taxa de cirurgia prévia por POP foi superior nas doentes submetidas à colocação de rede (26.1% vs 4.9%, $p = 0.01$).

A duração da cirurgia foi superior no caso da colocação de rede (mediana de 1h15min vs 00h55, $p = 0.008$). A mediana do tempo de internamento foi semelhante entre as duas técnicas (2 dias).

A taxa de complicações associadas à cirur-

gia nas primeiras 6 semanas foi de 21.7% no grupo com colocação de rede (2 casos de cistite, um de retenção urinária, um de hidronefrose e um de exposição da rede) *versus* 3.3% na CPA (um caso de cistite e um de retenção urinária, $p = 0.015$). Duas das complicações associadas a rede necessitaram de reintervenção cirúrgica (exérese de rede exposta e colocação de cateter duplo J).

Com um *follow-up* mediano de 6 meses, foram diagnosticadas 9 recidivas anatómicas de POP anterior ao exame físico nas doentes submetidas a CPA, 2 das quais sintomáticas (*versus* nenhuma recidiva anatómica após colocação de rede ($p < 0.05$)). Apenas as doentes submetidas a CPA foram reintervencionadas por POP e IUE de novo ($n = 2$ em ambos os casos).

Conclusão: Não se registaram casos de recidiva com o tratamento cirúrgico de POP anterior com rede InGYNious®. No entanto, verificou-se que neste subgrupo a taxa de complicações foi mais elevada, o que poderá ser justificado pelo uso desta técnica para tratamento de recidivas pós cirurgia por POP (26.1%) e/ou curva de aprendizagem inerente a uma nova técnica cirúrgica.

PD 80

EXISTIRÁ UM PERFIL DE COMORBILIDADES ASSOCIADO À ENDOMETRIOSE?

Bárbara Gomes¹; Joana Mafra¹; Daniela David¹; Ângela Rodrigues¹; Sara Campos¹; Maria João Carvalho²; Fernanda Galdes¹; Fernanda Águas¹

¹*Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;* ²*Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

Introdução: A endometriose é uma doença ginecológica crónica que afeta até 10% das mulheres em idade reprodutiva. A etiologia permanece desconhecida, mas fenómenos imunológicos poderão estar envolvidos. Tra-

balhos recentes têm associado a endometriose com a existência de outras comorbilidades, nomeadamente patologia autoimune, gastroenterológica e até oncológica. Esclarecer estas associações parece ser relevante para melhorar a prestação de cuidados de saúde nas mulheres em idade fértil, onde as consequências de um diagnóstico precoce se revestem de maior importância.

Objetivo: Avaliar a possível associação da endometriose a outras comorbilidades.

Materiais e métodos: Estudo observacional retrospectivo com análise dos processos clínicos de mulheres diagnosticadas com endometriose e vigiadas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, entre os 18 e 49 anos (GE, $n = 61$). O grupo de controlo (GC, $n = 80$) inclui mulheres com a mesma faixa etária seguidas na consulta de Planeamento Familiar. Foi realizada análise estatística com SPSS®.

Resultados e conclusões: O grupo com endometriose apresenta uma média de idade de $38,6 \pm 6,9$ [24-51] anos, significativamente superior ao grupo controlo ($34,4 \pm 8,4$ [18-49], $p = 0.002$). A idade mediana de diagnóstico de endometriose foi aos $33,3 \pm 7,5$ [31-51] anos. Utilizando a nomenclatura da ESHRE, 23 mulheres apresentavam endometriose peritoneal (37,7%), 36 profunda (59,0%), 15 intestinal (24,6%), 2 vesical (3,3%), 38 sob forma de endometrioma (62,3%) e 9 extra-abdominal (14,8%). A maioria (63,9%, $n = 39$) apresentava uma sobreposição entre os vários subtipos de endometriose. Não foram encontradas diferenças significativas na frequência de patologia psiquiátrica, autoimune, endocrinológica, cardiovascular, gastrointestinal nem oncológica, quando comparados GE com GC. Nos casos de endometriose, 6,6% ($n = 4$) apresentavam patologia reumatológica (nomeadamente fibromialgia e lúpus), sem casos reportados no grupo controlo, asso-

ciação esta com significado estatístico ($p = 0,033$, RR 2,404 [1,97-2,93]).

A prevalência de doenças reumatológicas foi duas vezes superior na população com endometriose. Uma maior consciencialização para a coexistência de ambas as patologias poderá contribuir para uma orientação multidisciplinar mais adequada, essencial para a melhoria de qualidade de vida das mulheres em idade fértil.

PD 82

POLICITEMIA – CASO CLÍNICO DE UMA COMPLICAÇÃO RARA DE MIOMAS UTERINOS

Rita Ladeiras¹; Joana Sousa Nunes¹; Carla Duarte¹

¹Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: A policitemia/eritrocitose é uma complicação rara associada a miomas uterinos e a sua fisiopatologia parece estar relacionada com a produção autónoma de eritropoietina pelos leiomiomas. O Síndrome de Eritrocitose Miomatosa está descrito como uma doença ginecológica rara definida por eritrocitose associada a miomas uterinos e em que há uma recuperação para o normal perfil hematológico após histerectomia/miomectomia. A incidência estimada é de 0.02-0.5%, no entanto esta pode ser superior uma vez que muitas vezes este quadro fica mascarado pela hemorragia uterina abundante associada à patologia miomatosa.

Descrição do caso clínico: Doente de 65 anos, com antecedentes de HTA e dislipidemia, enviada à consulta de Ginecologia por massa abdominal volumosa associada a dor pélvica. Ao exame objetivo apresentava uma massa abdominal móvel com limite palpável a cerca de 15cm da sínfise púbica. Ecograficamente, os achados eram sugestivos de mioma uterino localizado na parede lateral esquerda do corpo do útero, tipo 2-5 segundo a classificação FIGO. Realizou RMN por apa-

rente crescimento rápido da massa abdominal, com descrição de volumosa massa heterogénea, medindo cerca de 17,1x21x10,8cm, predominantemente hipointensa em T1 e T2, com corroboração da hipótese diagnóstica. A doente foi proposta para histerectomia e anexectomia bilateral (HTSOB). O estudo pré-operatório revelou Hb 20.3g/dL, hematócrito de 61.4% e eritrócitos 7.34×10^6 /uL, sem outras alterações, motivo pelo qual foi reencaminhada para a consulta de Medicina Interna e Imuno-hemoterapia, tendo realizado estudo de policitemia, com pesquisa de mutação JAK2 negativa e mielograma sem alterações. Realizou 5 flebotomias pré-cirúrgicas, tendo sido realizada HTSOB com Hb 16g/dL. A cirurgia decorreu sem intercorrências e teve boa recuperação pós-operatória com alta ao 3º dia, com Hb 13.6g/dL, eritrócitos 5.2×10^6 /uL e hematócrito 43.5%. Posteriormente teve alta das consultas de Medicina Interna, Ginecologia e Imunohemoterapia por resolução do quadro clínico. O estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de volumoso mioma uterino.

Conclusão: A policitemia é uma complicação rara associada a miomas uterinos que exige uma avaliação multidisciplinar cuidada com o objetivo de diminuir a morbimortalidade cirúrgica, nomeadamente aquela relacionada com o elevado risco trombótico desta patologia.

CITOLOGIA NEGATIVA EM MULHERES COM TESTE DE HPV POSITIVO – QUAL A ORIENTAÇÃO?

Bárbara Gomes¹; Alexandra Santos¹; Bárbara Sepodes²; Carlota Carvalhos¹; Daniela David¹; Daniela Melo³; Joana Mafra¹; Mariana Robalo Cordeiro³; Raquel Sousa¹; Fátima Peralta¹; Fernanda Santos¹; Vera Ramos¹; Olga Caramelo¹; Teresa Rebelo³; Fernanda Águas¹

¹Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A infeção por HPV está associada a mais de 90% das neoplasias cervicais. O HPV 16 é responsável por quase metade mas os outros tipos de alto risco também têm potencial carcinogénico. Não há consenso para a abordagem das mulheres com citologia negativa com teste de HPV positivo, embora seja reconhecido o risco de desenvolvimento de lesões de alto grau.

Objetivo: Comparar os achados colposcópicos, histológicos e respetiva orientação consoante o tipo de HPV.

Materiais/metodos-estudo: Retrospectivo de 89 doentes referenciadas à consulta de patologia cervico-vulvar do CHUC entre 2016-2020 por tipificação HPV positiva e citologia morfológica NILM. Foram criados dois grupos: grupo 1 (G1) com HPV 16 ou 18 positivo; grupo 2 (G2) com doentes com HPV positivo para outros. Foram incluídos no G1 os casos de HPV 16 ou 18 com outros HPV de alto risco.

Resultados/conclusões: O G1 (n = 61; 54,9%), dos quais 47 HPV16 e 14 HPV18, apresentava uma idade média de 43,3±9,9 anos e o G2 (n = 28; 45,1%) de 39,4±11,0 anos. Nos 2 grupos não houve diferenças estatisticamente significativas relativamente à

idade, coitarca, contraceção hormonal combinada oral ou terapêutica hormonal, status menopáusico, nuliparidade, hábitos tabágicos ou estado de imunodepressão. A taxa de vacinação foi superior no G2 (G1 8,5% vs G2 31,8%, p = 0.014). A colposcopia não revelou alterações na maioria dos casos (G1 60,4% vs G2 71,4%). Não houve diferença significativa nos achados colposcópicos grau 1 (G1 32,1%/n = 17 vs G2 14,3%/n = 3) nem grau 2 (G1 7,5%/n = 4 vs 14,3%/n = 3). No G1 27,8% e no G2 12% foram submetidas a biópsia (p = 0.120), não havendo diferenças relativamente ao achado de lesão de alto grau (G1 8,2%/n = 5 vs G2 3,6%/n = 1, p = 0.66). Nenhuma mulher do G2 foi submetida a excisão de zona de transformação (EZT) (G1 9,8%, n = 6 vs G2 0%, p = 0.09). A única lesão de alto grau manteve-se em vigilância com biópsias sem lesões. Das 6 EZT realizadas no G1, o estudo histológico revelou 3 LSIL, 2 HSIL e 1 Carcinoma. O G2 apresentou uma taxa de eliminação de HPV superior (G1 32,8% vs G2 57,1%, p = 0.030), com uma média de 47 (G1) e 51 (G2) meses (p = 0.866).

Na nossa população existiu um predomínio de infeção por HPV 16 ou 18, grupo com mais lesões HSIL e com mais EZT, diferenças estatisticamente não significativas. Nas mulheres com positividade para HPV outros, a eliminação viral foi superior e não foram encontradas alterações displásicas graves, reforçando como adequada a repetição de nova tipificação nos cuidados de saúde primários.

PD 85

UM CASO RARO DE MIOMA ISOLADO DA VAGINA

Catarina Monteiro Ferreira¹; Rute Branco¹; Vanessa Santos¹; José Silva Pereira¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Os leiomiomas são tumores benignos comuns no útero, mas a sua localização na vagina é muito rara. Ocorrem principalmente entre os 35 e 50 anos, são mais frequentes na parede anterior da vagina e raros nas paredes posterior ou lateral. Podem ser intramurais ou pediculados, sólidos ou quísticos. Maioritariamente surgem isolados, são benignos e com crescimento lento. Porém, estão descritos casos de transformação sarcomatosa. A apresentação clínica é variável, incluindo sensação de corpo estranho, hemorragia vaginal, dor abdominal, obstrução urinária e dispareunia; raramente, podem ser assintomáticos. A avaliação pré-operatória inclui ecografia pélvica, mas pode ser útil ressonância magnética (RM) para melhor caracterização da lesão e dos planos de clivagem. Neste exame aparentam lesões sólidas homogéneas, bem definidas com sinal idêntico ao miométrio, mas o diagnóstico definitivo é histológico. O tratamento é cirúrgico, sempre que possível por via vaginal. A sua recorrência é incomum.

Descrição: Multipara, 37 anos, saudável, encaminhada à consulta de Ginecologia por nódulo da vagina e dispareunia, com um ano de evolução. No exame ginecológico destaca-se nódulo regular, pediculado com 3cm, consistência elástica e base póstero-lateral no terço inferior da vagina. Ecograficamente destaca-se formação arredondada (23x24x22 mm), conteúdo isoecóico, útero normodimensionado e ecoestrutura homogénea. A RM revelou lesão sólida (28x26x27 mm), contornos regulares e bem definidos; estrutura hetero-

génea, hiposinal em T2 e ligeiro hipersinal em T1, com captação homogénea de contraste, contatando com o reto, com plano de clivagem, condicionando ligeiro efeito de massa. Analiticamente, marcadores tumorais CEA e CA125 negativos. Discutido caso em reunião multidisciplinar e decidido tratamento cirúrgico: excisão da massa pediculada na parede posterior da vagina após laqueação do pedículo, sob anestesia locoregional. O diagnóstico histológico descreveu mucosa revestida por epitélio de tipo vaginal com proliferação fuso-celular no córion, sem atipia nuclear, enquadrável em fibroleiomioma. Na consulta pós-operatória apresentava boa evolução cicatricial, sem queixas urinárias, intestinais ou dispareunia.

Conclusão: Descreve-se um caso clínico com uma patologia rara, alertando para a existência de miomas isolados em localizações atípicas, como a parede posterior da vagina. O exame ginecológico, aliado a exames de imagem, são fundamentais para a melhor abordagem cirúrgica.

PD 86

ÚTERO BICORPORAL COMPLETO – CASO CLÍNICO

Rita Lobo¹; Mariana Santos¹; Rita Torres Martins¹; Tatiana Semedo Leite¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

As anomalias congénitas do trato genital inferior feminino resultam do desenvolvimento anormal dos ductos müllerianos. O útero didelfos caracteriza-se por um defeito completo da fusão dos dois canais müllerianos, com o desenvolvimento individual de cada um, levando à duplicação do útero, colo e dos dois terços proximais da vagina. Pode também existir um septo vaginal transversal que leva à obstrução de um dos lados da vagina proximal. Estes casos estão frequentemente asso-

ciados a agenesia renal ipsilateral – síndrome Herlyn-Werner-Wunderlich.

Reportamos um caso de uma mulher (cariótipo 46,XX) de 32 anos, diagnosticada na infância com uma malformação urogenital, agenesia renal direita e útero bicorporal completo, sem outros antecedentes de relevo, seguida em consulta de apoio à fertilidade. Gravidez espontânea aos 25 anos sem intercorrências de relevo. Parto por cesariana às 39 semanas devido a apresentação pélvica, tendo-se confirmado, intraoperatoriamente, a presença de dois úteros com cavidades e áreas anexiais independentes. Desde então inicia múltiplos quadros de dor pélvica por formação de hematocolpos na cavidade uterina direita, por provável imperfuração cervical ipsilateral, com resolução expectante. Internamento aos 32 anos por dor pélvica, constatando-se na ecografia endovaginal a presença de hematocolpos, hematometra e hematossalpinge à direita. Realizou-se vaginostomia com aumento do ponto de drenagem existente. Por persistência dos sintomas e após envolvimento da doente na decisão, decidiu-se histerectomia. Realizada histerectomia total esquerda e direita (confirmada por anatomia-patológica) com fusão das vaginas na sua metade superior.

As malformações müllerianas constituem um desafio para os ginecologistas. A gestão dos sintomas, das expectativas das doentes, por exemplo no que toca ao seu plano reprodutivo, e das dificuldades na abordagem cirúrgica são alguns dos obstáculos perante estes casos.

PD 87

MELANOMA DA VULVA – UMA NEOPLASIA RARA DO TRATO GENITAL FEMININO

Mariana Robalo Cordeiro¹; Rosa Lourenço¹;
Fernanda Geraldês¹; Fernanda Águas¹

¹*Departamento de Ginecologia, Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra, Portugal*

Introdução: O melanoma da vulva é uma neoplasia rara, com incidência aproximada de 5% dos tumores primários da vulva. Trata-se de um tumor agressivo, de etiologia multifatorial, que afeta, maioritariamente, mulheres na 6ª década de vida. Localiza-se frequentemente na região justa-clitoriana e nos pequenos e grandes lábios. Clinicamente pode ter uma apresentação variável, com eventual associação a prurido, dor e hemorragia. O diagnóstico definitivo é histológico, feito por biópsia da lesão macroscopicamente suspeita, tipicamente uma lesão de pigmentação heterogénea, aparência macular e assimétrica. O tratamento de primeira linha é cirúrgico. Este é um tumor que poderá ter mau prognóstico, dependendo, sobretudo, da extensão tumoral local, da espessura histológica da lesão, invasão linfática e metastização.

Descrição do caso: Este caso clínico refere-se a uma doente com 70 anos de idade, Performance Status 0 e antecedentes de hipertensão arterial. Recorreu à consulta por referir dor e “hematoma” após traumatismo vulvar. Ao exame objetivo, apresentava lesão vulvar dolorosa, pigmentação heterogénea, bordos irregulares e ulceração central, localizada na face externa do pequeno lábio esquerdo, com cerca de 1cm de diâmetro. A biópsia incisional da lesão revelou presença de melanoma ulcerado e invasor da vulva (primário/metastático), pelo que realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica de estadiamento, não se observando lesões suspeitas de metastização. Foi submetida a hemivulvectomy esquerda com alargamento

da margem profunda, cujo estudo histológico revelou a presença de melanoma invasor e ulcerado, com espessura máxima de 0,4mm, sem permeação linfovascular nem invasão perineural, desenvolvido no contexto de hiperplasia melanocítica atípica extensa e sem infiltração neoplásica no alargamento de margem profunda, pTNM: T1bNxMx.

Desde então, mantém vigilância clínica trimestral em consultas de Dermatologia Oncológica e Patologia Cervico-Vulvar de Ginecologia. O controlo imagiológico é feito por tomografia de emissão de positrões (PET) e ecografia de tecidos moles, sendo que a última PET realizada não observou alterações hipermetabólicas suspeitas de doença em atividade e a ecografia de tecidos moles inguinal não identificou gânglios com critérios de adenomegalias.

Conclusão: O melanoma vulvar é um tumor agressivo, sendo fundamental ter um alto grau de suspeição perante lesões vulvares mesmo que associadas a traumatismo prévio como no caso descrito.

PD 88

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ DE REPETIÇÃO – O QUE ESTÁ A FALHAR?

Mara Vera Cruz Gomes Cravid¹; Maria João Gomes¹; Margarida Rocha²; Teresa Vargas¹

¹USF Prof. Guilherme Jordão, ²UCSP Sete Rios

Introdução: As mulheres que se submetem a interrupção voluntária da gravidez (IVG) de repetição geralmente são estigmatizadas e incompreendidas, sendo por vezes acusadas de usarem o aborto como método contraceptivo. Neste contexto, torna-se premente analisar quais as características e vulnerabilidades destas utentes, para um acompanhamento mais adequado não apenas no que concerne ao planeamento familiar, mas também em termos sociais.

Objectivos: Determinar quais as característi-

cas sociodemográficas e o tipo de contracepção das mulheres que se submetem a abortos de repetição, de modo a prevenir nova IVG.

Material e métodos: Pesquisa na base de dados de Pubmed, Medline e Cochrane Library de artigos publicados nas línguas portuguesa e inglesa, desde 2005, recorrendo às palavras-chave: *voluntary termination of pregnancy, induced abortion, repeat abortion.*

Resultados e conclusões: Revisões de literatura indicam que cerca de um terço (28.2% a 34.4%) das mulheres que se submetem a interrupção voluntária da gravidez já tiveram outra(s) IVG(s) anterior(es). Em diversos estudos parece haver uma estreita relação entre abortos induzidos de repetição e dificuldade económica, idade superior, relações abusivas, existência de filhos e uso inconsistente de métodos contraceptivos de toma/uso diário. O recurso a métodos reversíveis de longa duração revela-se a chave essencial para prevenção de grande parte destes abortos.

PD 89

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA: ESTAREMOS A PREVENIR O SUFICIENTE?

Beatriz Féria¹; Marta Almeida¹; Inês Gomes¹; Cristina Vilhena¹

¹Hospital Garcia de Orta

Introdução: A doença inflamatória pélvica (DIP) corresponde à infeção aguda do aparelho genital superior, com envolvimento tanto dos ovários, trompas e/ou útero. Na maioria dos casos a infeção é ascendente, causada por microrganismos transmitidos por via sexual (85%), podendo também ocorrer após procedimentos cirúrgicos, gravidez ou por contiguidade de outro processo inflamatório intra-abdominal. A longo prazo, associa-se a quadros de dor pélvica crónica, infertilidade e gravidez ectópica.

Objetivos: Caracterização do perfil clínico, sociodemográfico e fatores de risco associados

de pacientes internadas por doença inflamatória pélvica num hospital terciário.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo, no qual foram analisados os processos clínicos de doentes internadas no Hospital Garcia de Orta entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2021, com o diagnóstico de DIP (N70, ICD-10). Para tratamento estatístico foi utilizado o software SPSS statistics 27.

Resultados e conclusões: Foram internadas 144 mulheres com o diagnóstico de DIP. A média de idade foi de 35 anos, com registo de maior número de casos entre as faixas etárias de 40-50 anos (n = 46, 31.9%) e 20-30 (n = 39, 27.1%). A etnia caucasiana foi a mais prevalente (78.5%; n = 113). A maioria da população tinha escolaridade até ao 3º ciclo (n = 77, 53.5%). 99 mulheres (68.7%) eram múltiparas e 137 apresentavam-se em idade fértil (95.1%). Apenas 14 mulheres (9.7%) utilizavam preservativo, 38 (26.4%) realizava contraceção reversível de longa duração (LARC), 31 (21.5%) contraceção hormonal oral e 31.3% não utilizava qualquer método. Registaram-se 3 (2,1%) casos após interrupção voluntária da gravidez, 1 (0.7%) caso associado a colocação recente do DIU e 8 (5.6%) casos relacionados com procedimentos cirúrgicos como: cirurgia convencional, ressetoscopia, técnicas de medicina da reprodução e biópsia do colo uterino.

A DIP é uma situação com potenciais sequelas futuras, associada a múltiplos fatores de risco modificáveis. A educação e sensibilização da população para a evicção de comportamentos de risco, conjuntamente com o rastreio de doenças sexualmente transmissíveis são medidas importantes na prevenção desta patologia, que devem ser implementadas.

PD 90

QUAL A RELAÇÃO ENTRE ACHADOS ECOGRÁFICOS E ANATOMOPATOLÓGICOS HISTEROSCÓPICOS NA PÓS-MENOPAUSA

Maria Ines Sousa¹; Ana Rosa Andrade¹; Ana Beatriz Almeida¹; Tiago Meneses¹; Ana Rocha¹; Rosa Zulmira Macedo¹

¹CMIN-CHUPorto

Introdução: A hemorragia de origem uterina na pós-menopausa carece de investigação etiológica, inicialmente por meio de ecografia ginecológica, progredindo para técnicas minimamente invasivas como a histeroscopia (HSC) quando justificável. Por outro lado, a abordagem a anomalias intrauterinas assintomáticas nesta população é pouco consensual, permanecendo alvo de debate na atualidade.

Objetivos: Determinar a correlação entre os achados ecográficos e os resultados do estudo anatomopatológico (EAP) de material obtido por HSC em mulheres após a menopausa.

Material e métodos: Análise observacional retrospectiva efetuada num centro terciário, durante o ano de 2021, que incluiu as HSC executadas após a menopausa. Excluíram-se os casos sem registo ecográfico ou sem EAP. A análise estatística foi realizada através do SPSS, considerando-se significância estatística para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Das 314 mulheres submetidas a HSC após a menopausa, 280 cumpriram os critérios de inclusão. As principais indicações para HSC foram a existência de espessamento endometrial (EE) assintomático em 57,1%, a presença de hemorragia uterina anormal (HUA) em 5,7% e a coexistência de EE e HUA em 36,4%.

Perante a ocorrência de alterações ecográficas (n = 268), o EAP revelou alterações em 85,8%; pelo contrário, na ausência de alterações ecográficas (n = 12), o EAP foi normal em 33,3%. A sensibilidade (S) da ecografia para a deteção de anomalias intracavitárias

ou endometriais foi alta (96,6%), enquanto a especificidade (E) foi baixa (9,5%). A presença de EE focal teve uma S de 49,7% e uma E de 74,3% para a detecção de pólipos endometriais ($\kappa=0,21$; $p < 0,01$), enquanto um EE difuso teve uma S de 76,9% e uma E de 47,9% para a detecção de hiperplasia endometrial ($\kappa=0,04$; $p = 0,08$). Dos 7 carcinomas do endométrio (2,5% do total) diagnosticados, 1 apresentou um EE de 8 mm sem HUA associada, enquanto os restantes se manifestaram com HUA e EE entre 9-22mm. O grau de concordância entre achados ecográficos e resultados do EAP foi baixo, permanecendo este último como o gold standard para a avaliação da patologia endometrial e intracavitária. Dada a sua elevada sensibilidade, a ecografia reafirma-se como um bom teste de avaliação inicial na suspeita de patologia uterina. Ainda assim, o rastreio universal na pós-menopausa não está recomendado e o seu uso é questionável em mulheres assintomáticas, pela baixa custo-efetividade e fraca correlação com a presença de cancro do endométrio.

PD 91

ACHADOS ECOGRÁFICOS E HISTEROSCÓPICOS NUMA POPULAÇÃO DE MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA

Catarina Neves¹; Ana Codorniz¹; Fernando Guerreiro¹
¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão

Introdução: A histeroscopia é o exame gold-standard para o estudo de patologia uterina intracavitária, nomeadamente nas mulheres na pós-menopausa e com hemorragia uterina anormal.

Objetivos: Descrever a população de mulheres na pós-menopausa submetidas a histeroscopia, avaliando os fatores de risco para patologia endometrial. Avaliar a concordância entre os achados ecográficos e os achados na

histeroscopia e o estudo anatomopatológico. **Material e métodos:** Estudo descritivo retrospectivo, incluindo todas as mulheres na pós-menopausa referenciadas para a realização de histeroscopia, no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão, entre Janeiro de 2020 e Dezembro de 2021. **Resultados e conclusões:** Entre 2020 e 2021, foram realizadas 417 histeroscopias, 168 delas em mulheres na pós-menopausa (40,3%). Entre estas, a média de idade foi de $63,9 \pm 8,5$ anos. 52,4% apresentava hipertensão arterial, 20,2% eram diabéticas, 18,5% obesas e 6,0% apresentava antecedentes de carcinoma da mama. As principais indicações para histeroscopia foram a suspeita ecográfica de pólipo (60,1%) e o achado ecográfico de espessamento endometrial (39,9%). 81 mulheres (48,2%) apresentaram um ou mais episódios de hemorragia uterina anormal (HUA). Os achados intraoperatórios mais frequentes foram pólipos endometriais (64,2%), miomas submucosos (11,3%) e endométrio com aspecto hiperplásico (7,1%); 16,1% apresentou um exame normal. O exame histopatológico das lesões identificadas revelou pólipos em 60,7% das mulheres, miomas em 6,5%, hiperplasia endometrial sem atipia em 6 casos, hiperplasia com atipia em 7 casos e malignidade em 8 casos (4,8%). 66,6% ($n = 14$) das 21 mulheres com carcinoma do endométrio/hiperplasia apresentaram HUA. Na nossa amostra, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os achados histológicos malignos/pré-malignos e a HUA, a diabetes, a hipertensão arterial, a obesidade ou o carcinoma da mama. 33,3% ($n = 7$) das 21 mulheres com carcinoma do endométrio/hiperplasia apresentaram uma histeroscopia com achados aparentemente benignos e, na maioria dos casos, a ecografia transvaginal apenas suspeitava de pólipo endometrial. Na nossa amostra, a concordância entre os

achados ecográficos e histeroscópicos e o diagnóstico final pareceu fraco, o que enfatiza a importância da histeroscopia no estudo de patologia intracavitária, mesmo nas mulheres sem aparentes fatores de risco para carcinoma do endométrio.

PD 92

AS CICATRIZES DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

Marta Tibério de Almeida¹; Beatriz Féria¹; Inês Gomes¹; Cristina Vilhena¹

¹Hospital Garcia de Orta

Introdução: A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma infeção polimicrobiana do aparelho genital superior feminino que afeta principalmente mulheres jovens em idade fértil.

O tratamento de 1ª linha é antibioterapia de largo espectro, realizada em ambulatório ou em internamento, dependendo da gravidade da doença. Em alguns casos, a cirurgia pode ser necessária. O atraso no diagnóstico e, consequentemente, no início do tratamento pode ter consequências para a saúde da mulher, comprometendo o seu futuro reprodutivo. É um momento para sensibilizar a mulher para saúde sexual e rastrear outras infeções sexualmente transmissíveis.

Objetivo: Avaliar as complicações imediatas e a longo prazo em mulheres internadas com DIP.

Materiais e métodos: Estudo observacional e retrospectivo no qual foram avaliados os processos clínicos das doentes internadas por DIP no Hospital Garcia de Orta, entre 2017 e 2021. Tratamento de dados estatísticos: SPSS statistics 27.

Resultados e conclusões: Registámos 144 casos de internamento por DIP, dos quais 16 (11%) de DIP recorrente e 7 (4,9%) de reininternamento.

A média de dias de internamento foi 5,6 dias, sendo mais prolongado nos casos de trata-

mento cirúrgico, onde se verificou uma média de 7 dias. Nas situações de DIP complicada com abscesso e/ou complexo tubo-ovárico (CTO) (n = 75; 52,1%) não se verificou um internamento mais prolongado.

Em 101 (70%) casos obteve-se resposta com tratamento médico, em 43 (30%) casos houve necessidade de tratamento cirúrgico, com salpingectomia em 19 (13,2%; 12 bilateral e 7 unilateral), dos quais 13 foram realizados em mulheres com mais de 40 anos. Identificou-se uma maior probabilidade de tratamento cirúrgico nos casos em que houve suspeita de abscesso e/ou CTO, sendo que 28 (65%) doentes foram submetidas a cirurgia (p < 0,05).

Após alta hospitalar foram avaliadas 92 mulheres podendo apurar-se: 17 (18,5%) casos de dor pélvica crónica, 23 (16%) de infertilidade, 1 caso de gravidez ectópica posterior e 17 gestações espontâneas após DIP.

A DIP é uma infeção polimicrobiana primariamente tratada com antibioterapia, com necessidade de cirurgia nos casos refratários. Na nossa amostra verificamos uma taxa de tratamento cirúrgico de 30%, com maior probabilidade nos casos de DIP complicada com abscesso e/ou CTO. O seguimento em consulta de ginecologia é importante para se apurar complicações, prevenir recorrências e avaliar eficácia do tratamento.

PD 93

HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROTÓMICA – REALIDADE DO HOSPITAL DE BRAGA NOS ÚLTIMOS 2 ANOS

Maria Flores Casteleiro¹; Rita Vasconcelos¹; Sara Forjaz¹; Rita Almendra¹; Fedra Rodrigues¹; Isabel Reis¹

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Braga

Introdução: A histerectomia (HT) é a cirurgia ginecológica mais frequentemente realizada. As vantagens da via laparoscópica são sobejamente conhecidas: menor dor, menos complicações da ferida, mobilização precoce, diminuição do risco tromboembólico, internamento de menor duração e retorno rápido às atividades. Assim impõe-se uma compreensão e reflexão sobre a realidade das doentes submetidas a HT laparotómica.

Objetivos: Verificar as características das doentes com HT total realizada por via laparotómica.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo que incluiu todas as doentes submetidas a HT total laparotómica, excluindo pós-parto imediato, no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Braga nos anos de 2020 e 2021. Como variáveis foram incluídos os antecedentes médicos, cirúrgicos e ginecológicos das doentes, as indicações para histerectomia, o tempo de internamento, o resultado anatomopatológico e as complicações operatórias.

Resultados e conclusões: O estudo incluiu 271 HT laparotómicas, em 196 cirurgias (72,3%) foi também realizada ooforectomia uni ou bilateral. A idade média das doentes foi de 53,6 ±10,6 anos (82,7% superior a 44 anos). Quanto a antecedentes, 74,8% das doentes apresentavam doença cardiovascular, oncológica, hepática, psiquiátrica ou diabetes. Das 271 doentes, 78 (28,8%) tinham algum grau de obesidade e 35 (12,9%) ex-

cesso de peso. Quanto à paridade as doentes nulíparas perfaziam um total de 18,7% (n = 50) e as múltiparas 81,3% (n = 217). Sobre os antecedentes cirúrgicos, 57,2% (n = 155) das doentes apresentavam cirurgia abdominal/pélvica anterior, sendo que 31,7% (n = 86) tinha história de cesariana. Relativamente à indicação cirúrgica, os principais motivos foram os miomas uterinos (29,5%) e a hemorragia uterina anormal (23,6%). A patologia maligna do útero contribuiu para 16,6% (n = 45) das cirurgias e 12,5% (n = 34) foram realizadas por massa anexial suspeita. O tempo de internamento mediano, excluindo a cirurgia oncológica, foi de 3,0 ±1,0 dias. Quanto às complicações pós-operatórias em 7 doentes foi necessária nova intervenção cirúrgica seja por abscesso pélvico, hematoma, laceração vesical ou deiscência da aponevrose. Concluindo, a maioria destas doentes apresentavam antecedentes de alguma comorbilidade médica ou cirúrgica. A melhor forma de complementar esta análise e verificar fatores decisores da via cirúrgica será através do estudo comparativo entre este grupo e as sujeitas a HT laparoscópica.

PD 94

TUMEFACÃO VULVAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cristiana Moreira¹; Ana Varejão²; Joana Dos Santos³; João Fortuna²; Gisela Fornelos²

¹Departamento de Saúde da Mulher e Medicina Reprodutiva, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto; ²Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; ³Serviço de Anatomia Patológica, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: As tumefações vulvares são um problema ginecológico comum podendo representar doença benigna ou maligna. Tendo em conta os vários tipos de tecidos e estruturas cutâneas anexas ao nível genital, o dia-

gnóstico diferencial é extenso. Apresenta-se um caso de tumefação vulvar cujo diagnóstico foi efetuado após biópsia excisional.

Descrição do caso: Mulher de 71 anos. Antecedentes pessoais de hipertensão crónica, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hipotireoidismo e gastrite crónica. IIIGIP. Status pós-menopausa, cujo início não sabe especificar. Encaminhada para a consulta hospitalar de ginecologia por tumefação vulvar com 3 anos de evolução e crescimento recente, após instituição antibioterapia oral nos cuidados de saúde primários, sem sucesso terapêutico. Na consulta de especialidade não apresentava queixas ginecológicas. Ao exame objetivo observou-se tumefação no bordo superior do grande lábio à direita, dura, móvel, com 3x1,5cm, de contornos regulares e orifício de drenagem com exsudação escassa sero-hemática; sem outros achados relevantes a destacar ao exame objetivo. Foi proposta biópsia excisional da tumefação descrita, tendo sido efetuada em bloco de ambulatório, sob anestesia local, com boa tolerância e sem intercorrências. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou tratar-se de um hidradenoma papilífero.

Conclusão: O hidradenoma papilífero é um tumor benigno dos anexos cutâneos, de etiologia desconhecida, com origem nas glândulas apócrinas anogenitais, envolvendo com particular frequência a vulva. Apresenta-se como uma tumefação nodular assintomática, em mulheres na 3a e 4a décadas de vida. O prognóstico é bom e a evolução para malignidade muito rara. É comumente orientado como abscesso da glândula de Bartholin, podendo associar-se a esta condição. Existem atualmente 5 casos descritos na literatura, 2 localizados na região genital. Dado tratar-se de um entidade clínica rara, pretende alertar-se para o diagnóstico diferencial das tumefações vulvares e para o papel da biópsia ex-

cisional no correto diagnóstico e subsequente orientação terapêutica. Histologicamente, é um tumor composto por túbulos e papilas com eixos fibrovasculares revestidos por células cuboides/columnares e células mioepiteliais.

PD 95

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE RECIDIVA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO APÓS SLING SUBURETRAL

Patrícia Gomes Ferreira¹; Sara Cunha¹; Cátia Rodrigues¹; Maria Luísa Sousa¹; Teresa Paula Teles¹
¹*Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga*

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) corresponde à perda involuntária de urina com esforços. A colocação do sling transobturador (TVT-O) corresponde atualmente ao procedimento cirúrgico de primeira linha para correção da IUE. A taxa de recidiva de IUE é variável, podendo chegar aos 15% dos casos. Os factores de risco de recidiva incluem: idade avançada, obesidade, diabetes mellitus, cirurgia concomitante de prolapso dos órgãos pélvicos e outros.

Objetivos: Identificar os casos de recidiva de IUE, após sling suburetral, com necessidade de nova intervenção cirúrgica.

Material e métodos: Estudo descritivo e retrospectivo em que foram identificadas as mulheres submetidas à colocação de novo sling suburetral após recidiva de IUE entre 1 de Janeiro de 2015 e 31 de Dezembro de 2022. Identificados 7 casos e comparados com grupo de controlo numa relação de 1:5. Análises estatística com SPSS® 27.0 e $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados e conclusões: No período referido, foram realizadas 295 cirurgias de sling suburetral, sendo que 7 (2,4%) necessitaram de nova intervenção de cirúrgica por recidiva. Em média, as pacientes foram submetidas a nova cirurgia ao fim de 36 meses (mínimo 9

meses e máximo 111 meses). A média de idade foi de 48 anos no grupo de casos e de 51 anos no grupo controlo. A média do IMC foi de 30 kg/m² nos casos e de 27 kg/m² nos controlos. A obesidade, a paridade e a presença de co-morbilidades (diabetes mellitus, HTA, doença psiquiátrica) não tiveram associação com a recidiva. A histerectomia e cirurgia concomitante dos órgãos pélvicos também não se associaram a recidiva.

Apesar dos resultados estarem de acordo com o descrito na literatura, os autores consideram que o tamanho da amostra constitui uma das limitações deste estudo.

PD 96

ANGIOSSARCOMA PRIMÁRIO DA MAMA AOS 23 ANOS – A GRAVIDEZ COMO FATOR DE RISCO?

Rita Salgueiro Neto¹; Diogo Santos¹; Rita Leiria Gomes¹; Sara Câmara¹; Filipe Bacelar¹; Luís Farinha¹
¹Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: O angiossarcoma da mama é uma neoplasia rara (<1% das neoplasias da mama) proveniente do tecido conjuntivo e histologicamente heterogénea. Pode ser primária ou, mais frequentemente, surgir num contexto de pós-radioterapia (RT) ou de linfedema crónico do membro superior ou da mama (síndrome de Stewart-Treves). O angiossarcoma primário da mama tende a ocorrer em mulheres mais jovens (idade média de 40 vs. 64 anos nos angiossarcomas pós-RT), muitas vezes sem identificação do fator causal.

Descrição do caso: Mulher de 23 anos, previamente saudável, com antecedentes obstétricos de cesariana há 3 anos e parto vaginal há 6 semanas, tendo amamentado durante 2 semanas. Recorre à consulta de Patologia Mamária do HNM por nódulo de aparecimento recente na mama direita, com dor tipo pica-da associada. Imagiologicamente, detetou-se

volumosa (60x95x73mm) lesão heterogénea com áreas hemorrágicas e de necrose ocupando os quadrantes inferiores, em íntimo contacto com o músculo peitoral, sem aparente invasão. Estadiamento locoregional e à distância negativos.

A investigação imunohistoquímica sugeriu o diagnóstico de angiossarcoma primário, confirmado na peça de mastectomia simples direita (R0). Foi decidida em reunião multidisciplinar a realização de RT adjuvante. Simultaneamente, constatou-se localização abdominal do DIU de cobre e gravidez inicial, pelo que se procedeu à remoção laparoscópica do DIU e curetagem-aspiração uterina, tendo iniciado progestativo oral.

Aos 3 meses pós-operatórios, refere nódulos na cicatriz da mastectomia, cuja investigação excluiu sinais de malignidade. No entanto, no QSI da mama contralateral surge nódulo de novo com aspectos semelhantes ao angiossarcoma diagnosticado anteriormente. Realizada mastectomia simples esquerda (R0) e reconstrução mamária bilateral diferida. Estudo genético em curso.

Conclusão: O diagnóstico definitivo de angiossarcoma primário da mama, raro e de mau prognóstico, é difícil e exige uma equipa experiente. No caso que apresentamos surge duas décadas mais cedo em relação à média das séries publicadas. Na hipótese de serem excluídas as predisposições genéticas conhecidas para sarcoma da mama, realçamos como possível fator de risco a gravidez recente.

Cerca de 80% das recorrências ocorrem nos primeiros 2 anos de *follow-up*. A obtenção de margens livres (R0) é o único determinante conhecido da sobrevivência a longo prazo. Especialmente em mulheres jovens, o risco-benefício da RT deve ser cuidadosamente aferido.

PD 97

GRAVIDEZ ECTÓPICA CERVICAL: TRATAMENTO COM METOTREXATO

Cristiana Marinho Soares¹; Rita Rosado¹; Inês Martins¹; Carla Nunes¹; Susana Santo¹; Ana Luísa Ribeiro¹

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A gravidez ectópica (GE) ocorre quando há implantação do saco gestacional fora da cavidade uterina, o que acontece em cerca de 2% das gestações. A grande maioria das GE ocorre nas trompas. A implantação acontece ao nível do colo uterino em cerca de 1% das GE. O tratamento depende do valor de b-hCG basal e, quando os níveis superam as 5000 mUI/ml, a abordagem terapêutica sugerida envolve a administração de metotrexato (MTX) local. Perante insucesso do tratamento médico ou instabilidade clínica, a terapêutica mais consensual consiste no esvaziamento cirúrgico com aspiração ou curetagem, após embolização das artérias uterinas ou laqueação cirúrgica do ramo descendente das artérias uterinas, dado o elevado risco hemorrágico deste tipo de gestação.

Descrição do caso: Mulher de 46 anos, saudável, G3P1 (1 parto eutócico e um aborto espontâneo), foi referenciada ao serviço de urgência após realização de ecografia transvaginal precoce, por suspeita de GE. Havia sido submetida a uma transferência de embrião congelado há 7 semanas e não se visualizava saco gestacional (SG) na cavidade uterina. À admissão na urgência, encontrava-se assintomática. Apresentava palpação abdominal e exame ginecológico indolores, hemoglobina de 13 g/dl e b-hCG 5960 mUI/ml. O diagnóstico de gravidez ectópica cervical foi estabelecido pela avaliação ecográfica transvaginal, observando-se um SG contendo um embrião com atividade cardíaca, compatível com 5 semanas e 5 dias. Administraram-se localmente 5 ml de cloreto de

potássio e 50 mg de MTX (25 mg no SG e 25 mg no trofoblasto). Foram realizados doseamentos seriados de b-hCG, com descida de 13,8% em D7 relativamente a D4 – nesta fase, observava-se um SG muito irregular na região cervical, sem embrião claramente identificado. Pela descida de b-hCG perto dos 15%, optou-se pelo reforço terapêutico com MTX sistémico (70 mg por via intramuscular). Uma semana depois, no exame com espéculo apresentava exteriorização de conteúdo sugestivo de restos ovulares pelo orifício cervical externo, cuja análise anátomo-patológica confirmou GE cervical. A reavaliação ecográfica já não evidenciou SG. A posterior monitorização dos valores de b-hCG mostrou negatividade após 3 semanas. A doente manteve-se sempre clínica e analiticamente estável, sem necessidade de intervenções adicionais.

Conclusão: o tratamento com MTX local e sistémico pode ser uma opção segura e eficaz no tratamento da GE cervical.

PD 98

HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA – REALIDADE DO HOSPITAL DE BRAGA EM 2021

Rita Vasconcelos¹; Maria Flores Casteleiro¹; Sara Forjaz¹; Rita Almendra¹; Cecília Marques¹; Diogo Cunha¹; Isabel Reis¹

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Braga

Introdução: A cirurgia minimamente invasiva tem vindo a implementar-se como abordagem cirúrgica preferencial em Ginecologia. As vantagens da histerectomia (HT) por via laparoscópica são sobejamente conhecidas: menor dor no pós-operatório, menos complicações da ferida operatória, mobilização precoce com diminuição do risco de tromboembolismo venoso, internamento de menor duração e retorno rápido às atividades diárias. **Objetivos:** Verificar as características das

doentes e desfechos da HT realizada por via laparoscópica.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo que incluiu todas as doentes submetidas a HT laparoscópica no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Braga em 2021. Como variáveis foram incluídos os antecedentes médicos, cirúrgicos e ginecológicos, as indicações para histerectomia, o tempo de internamento, o resultado anatomopatológico e as complicações intra e pós-operatórias.

Resultados e conclusões: O estudo incluiu 41 HT laparoscópicas, em 27 cirurgias (65,9%) foi realizada ooforectomia bilateral. A idade média das doentes foi de $51,2 \pm 9,0$ anos. No total 85,4% (n = 35) das doentes apresentavam algum antecedente médico como doença cardiovascular, doença psiquiátrica ou diabetes. Das 41 doentes, 8 (19,5%) tinham algum grau de obesidade e 10 (24,4%) excesso de peso. Quanto à paridade, apenas uma doente era nulípara. Sobre os antecedentes cirúrgicos, 85,4% (n = 35) das doentes apresentavam cirurgia abdominal/pélvica anterior, sendo que 48,8% (n = 20) das pacientes tinha história de cesariana. Relativamente à indicação cirúrgica, os principais motivos foram a hemorragia uterina anormal (39,0%; n = 16), a hiperplasia endometrial (14,6%; n = 6) e os miomas uterinos (12,2%; n = 5). O tempo mediano de internamento foi de $2,0 \pm 1,0$ dias. Quanto às complicações, em 2 casos foi necessário converter para HT laparotômica e verificaram-se 2 casos de lesão iatrogénica da bexiga. Concluindo, o presente estudo revela uma baixa taxa de complicações na histerectomia por via laparoscópica, o que comprova a sua segurança. De modo a verificar as vantagens da via laparoscópica pretende-se a realização de um estudo com uma maior dimensão amostral e comparativo com a HT laparotômica.

PD 99

ANGIOFIBROMA CELULAR VAGINAL RECORRENTE, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Susana Patrícia Lima Oliveira¹; Ana Andrade²; Maria João Carinhas²; Rosália Cubal²; Elvira Sellyze²

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ²Centro Materno-Infantil do Norte

Introdução: Descrito pela primeira vez por Nucci em 1997, o angiofibroma celular representa um tumor mesenquimatoso benigno e raro do trato genital distal, com igual predileção por homens e mulheres. No sexo feminino, o local anatómico mais comum é a região vulvovaginal, sendo um tumor frequentemente assintomático e de crescimento insidioso, detetado na 5ª década de vida. O diagnóstico diferencial engloba o tumor fibroso solitário, o leiomioma, o angiomioblastoma e o angiomixoma agressivo. Na sequência, apresentamos um caso de angiofibroma vaginal recorrente.

Descrição do caso: C.B.L., 44 anos, G2P2, antecedentes de depressão medicada e de excisão completa de angiofibroma vaginal há 11 anos, foi referenciada a consulta de Patologia do Colo por massa vaginal de crescimento lento há cerca de 2 anos. À observação, a lesão de dimensões 7x3cm, era nodular com base larga vascularizada (3x2cm), inserida na parede vaginal póstero-lateral direita, pericervical, com consistência elástica, não dolorosa à palpação. A genitália externa, colo e restante vagina não apresentavam alterações macroscópicas. As citologias prévias eram negativas para lesão intraepitelial ou malignidade. A lesão descrita foi excisada com recurso a LASER e eletrocirurgia, sem intercorrências intra ou pós-operatórias, com alta em D2. O exame histológico revelou “células fusiformes sem atipia, inseridas num estroma laxo com numerosas estruturas vasculares, na ausência de necrose ou mitoses”. A imuno-histo-

química revelou positividade focal para CD34 e difusa para recetor de estrogénios, compatível com diagnóstico de angiofibroma. Na consulta de revisão pós-operatória (D33 após alta), o leito de exérese vaginal apresentava-se com cicatrização favorável.

Conclusão: A excisão cirúrgica com margens livres representa a abordagem mais adequada do angiofibroma vaginal, permitindo o tratamento e o diagnóstico histológico corretos. Após excisão completa, o potencial de recorrência local destas lesões é baixo, com apenas 1 caso reportado na literatura para além do caso descrito. No entanto, essa hipótese deve ser considerada no diagnóstico diferencial aquando do aparecimento de uma lesão vaginal similar em características morfológicas à anteriormente excisada.

PD 100

HÍMEN IMPERFURADO – UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

Paulina Costa¹; Ana Catarina Borges²; Beatriz Palmeira¹; Rita Sousa¹; Saritta Nápoles¹; Sara Azevedo¹; Ana Isabel Rodrigues¹

¹Centro Hospitalar do Médio Ave, ²Hospital de Braga

Introdução: Hímen imperfurado (HI) é uma anomalia congénita incomum (incidência 0,05% a 0,1%) representando, no entanto, uma das causas mais comuns de obstrução do trato genital feminino. Frequentemente há falha no diagnóstico ou este é realizado tardiamente devido à baixa incidência e baixo grau de suspeição. Na maioria das vezes, o diagnóstico é realizado na altura da menarca no contexto de amenorreia primária associada a dor pélvica cíclica e presença de hematocolpos. Quando ocorre distensão marcada da vagina pode apresentar-se de forma mais incomum: quadro de dor lombar, disquesia, retenção urinária e/ou dificuldade na micção.

Descrição do caso: Jovem de 11 anos, saudável, sem menarca, que recorreu ao servi-

ço de urgência (SU) por um quadro de dor lombar e disúria. Observada inicialmente por Pediatria, teve alta medicada com analgesia por presumível dor músculo-esquelética. Por ausência de melhoria, recorreu novamente ao SU, apresentando nessa altura um quadro de dor lombar mediana, com 4 dias de evolução, associada a desconforto miccional e noção de diminuição do número de micções. O exame físico era normal, à exceção de dor à palpação da região paravertebral lombo-sagrada, e o exame sumário da urina não apresentava alterações. Foi solicitada colaboração de Ortopedia, tendo realizado TC-lombar que evidenciou na região pélvica uma imagem sugestiva de distensão vaginal. Foi observada de seguida por Ginecologia tendo-se constatado ao exame ginecológico, hímen imperfurado com abaulamento. A ecografia transperineal evidenciou a presença de útero com forma e contorno normais e inferiormente a este uma volumosa área anecoica e homogénea sugestiva de hematocolpos. Foi submetida a himenectomia com drenagem de 500cc de conteúdo hemático. O pós-operatório decorreu sem intercorrências com resolução das queixas urinárias e dor lombar, tendo tido alta 1 dia após a intervenção. Na consulta de reavaliação 1 mês após a cirurgia, encontrava-se assintomática e com hímen permeável com normal cicatrização.

Conclusão: A ocorrência de hematocolpos por HI, apesar de rara, é uma causa de dor lombar e queixas urinárias em adolescentes. Perante adolescentes com estas queixas, associadas a ausência de menarca, deve ser levantada esta suspeita, cujo diagnóstico e tratamento são de fácil execução, permitindo uma rápida resolução do problema.

PD 101

GRAVIDEZ HETEROTÓPICA – A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO ECOGRÁFICA

Mariana Beja¹; João Milhano¹; Carolina Smet¹; Ana Martins¹; Helena Pereira¹; Rui Gomes¹; Fernando Cirurgião¹

¹Hospital São Francisco de Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE

Introdução: Gravidez heterotópica traduz-se pela presença concomitante de uma gravidez intra e extrauterina, sendo uma condição rara (1:30.000 gravidezes). No entanto, com o desenvolvimento e acessibilidade a técnicas de procriação medicamente assistida a sua incidência tem vindo a aumentar. A presença de uma gravidez intrauterina torna o seu diagnóstico difícil, sendo fulcral a avaliação imagiológica detalhada no primeiro trimestre, especialmente na presença de massas anexas suspeitas ou hemoperitoneu.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma primigesta de 34 anos, saudável, com 7 semanas de amenorreia, sem recurso a técnicas de procriação medicamente assistida. Recorreu ao Serviço de Urgência por perda hemática por via vaginal e dor pélvica, com um dia de evolução. À observação, encontrava-se hemodinamicamente estável, referindo apenas ligeira dor à palpação abdominal profunda, predominantemente nos quadrantes inferiores. A ecografia ginecológica revelou a presença de saco gestacional intrauterino, irregular, com placa embrionária sem batimentos cardíacos com 14mm, compatível com uma gestação de 7 semanas. Descrita igualmente massa anexial esquerda heterogénea, com 60 mm de maior diâmetro, sem vascularização periférica; e corpo lúteo ipsilateral visualizado. Por manutenção das queixas algicas e perda hemática aumentada, regressou ao Serviço de Urgência após cinco dias. À observação, encontrava-se normotensa, com abdómen

sem sinais de irritação peritoneal. Ecograficamente, destaca-se a presença de conteúdo heterogéneo intracavitário, sugestivo de restos ovulares, e visualizada a massa anexial anteriormente descrita, com líquido livre na cavidade pélvica. Analiticamente, apresentava hemoglobina de 7.6g/dl e aumento dos níveis séricos de bHCG (cerca de 18%). Por suspeita de gravidez heterotópica, decidiu-se internamento e foi submetida a laparoscopia exploradora por agravamento do hemoperitoneu. Intra-operatariamente, aspirados 400cc de sangue na cavidade e constatada gravidez tubária, tendo sido realizada salpingectomia esquerda sem intercorrências. O exame anatomopatológico revelou gravidez ectópica tubária. Por estabilidade clínica, teve alta após 24 horas de vigilância.

Conclusão: A gravidez heterotópica é uma condição rara, cuja presença de gravidez intrauterina viável pode levar ao atraso no seu diagnóstico, aumentando consequentemente a morbimortalidade materna.

PD 102

TUMOR ABDOMINOPÉLVICO GIGANTE NA PÓS-MENOPAUSA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Susana Patrícia Lima Oliveira¹; Tiago Pavão¹; Dora Antunes²; Joana Aidos¹; Nuno Nogueira Martins¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Um dos dilemas clínicos mais frequentes na Ginecologia envolve o diagnóstico diferencial de uma massa pélvica, sendo fulcral definir a provável etiologia e potencial de malignidade, conjugando fatores como idade, estado reprodutivo com achados clínicos e de exames complementares.

Descrição do caso: M.G.G., 58 anos, Caucásiana, antecedentes de hipertensão arterial/dislipidemia/angina instável, pós-menopáusia, referenciada ao serviço de Urgência por

exuberante distensão/desconforto abdominal e astenia progressivos com noção de perda de peso não quantificada, quadro clínico iniciado nos 3 meses prévios. Negava febre, dispneia ou alterações gastrointestinais ou geniturinárias. No exame físico destacava-se IMC 42.5 kg/m²; abdómen globoso, com proclividade dos flancos, hérnia umbilical extensa e telangiectasias dispersas; tenso e indolor à palpação com pesquisa de onda líquida positiva. Nos MCDTs evidenciou-se, analiticamente, bicitopenia (com necessidade de suporte transfusional por anemia grave), ecograficamente, ascite volumosa e TAC-TAP complementar descrevendo lesão predominantemente quística, desde o epigastro até abaixo da sínfise púbica, de provável origem anexial. ROMA de alto risco 34.7% (CA125 155.6pMol/L). Na laparotomia exploradora prioritária procedeu-se à exérese da massa tumoral de 47cm/35.4 kg, em aparente relação anexial direita. O exame extemporâneo da massa era compatível com benignidade, pelo que a intervenção prosseguiu com histerectomia total extrafascial, anexectomia esquerda e hernioplastia anatómica umbilical. O pós-operatório decorreu sem incidentes exceto desadaptação funcional ao ortostatismo/deambulação pela redução drástica da massa central, tendo iniciado programa de reabilitação funcional com resultado favorável aos 6 meses após intervenção. O exame anatomo-patológico definitivo da peça revelou provável leiomioma para-anexial, com degenerescência central quística/hemorrágica, sem estrutura ovárica homolateral preservada.

Conclusão: Uma massa pélvica volumosa na pós-menopausa com marcadores tumorais elevados apresenta potencial de malignidade acrescido, sendo indicação para exploração cirúrgica. No entanto, a maior probabilidade diagnóstica nunca é irrefutável até que finda a investigação e bons desfechos inesperados

como o caso clínico descrito continuam a desafiarem o raciocínio clínico do Ginecologista.

PD 103

PROLAPSO UROGENITAL: UM DISFARCE EM CASO DE CARCINOMA DA VAGINA

Lisandra Mendonça¹; Mariana Mouraz²; Sónia Gonçalves¹; José Damasceno Costa¹; Nuno Nogueira Martins¹

¹Centro Hospitalar de Tondela Viseu; ²Hospital Militar de Coimbra

Introdução: O carcinoma primário da vagina é raro, representando 1 a 2% de todos carcinomas ginecológicos. A maioria dos carcinomas vaginais são metastáticos, mais frequentemente oriundos de outros órgãos pélvicos como os ovários, o endométrio e o colo do útero. A sua incidência é máxima entre os 60 e os 80 anos de idade e a localização preferencial é o terço superior da parede vaginal posterior, sendo o espinocelular o tipo histológico mais frequente. Os fatores de risco associados a este carcinoma são: infeções bacterianas de repetição, trauma (particularmente o causado por pessário), prolapso e infeção pelo HPV.

Descrição do caso clínico: Mulher de 85 anos, com antecedentes de demência e dois partos vaginais, sem citologia cervico-vaginal recente. Recorreu à urgência de Ginecologia por dor pélvica intensa associada a prolapso urogenital de grau IV que a doente já apresentava desde 2012, altura em que recusou tratamento cirúrgico. Ao exame objetivo, além do prolapso referido, apresentava ulceração da parede vaginal esquerda com cheiro fétido associado, tendo sido instituída antibioterapia oral e reavaliada uma semana depois, sem melhoria evidente. Foi efetuada biópsia da lesão ulcerada cujo exame histológico revelou a presença de carcinoma epidermoide e pesquisa de HPV que foi negativo. A ressonância magnética pélvica mostrou volumosa formação expansiva medindo 14 cm de diâmetro

antero-posterior e 11,6 cm de diâmetro longitudinal, envolvendo a vagina, a uretra na sua plenitude, com um trajeto fistuloso entre a parede anterior e inferior da bexiga e a neoplasia na sua vertente anterior e, posteriormente, envolvimento do ânus e a região proximal do reto. Apresentava ainda adenopatias inguinais e da cadeia ilíaca externa bilateralmente e uma fina lâmina de derrame peritoneal. Foi internada para controlo da dor com apoio da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e proposta para radioterapia a título paliativo.

Conclusões: A associação entre prolapso uterino e carcinoma vaginal é extremamente rara. Em cerca de 60% dos casos, a sintomatologia de prolapso antecede em pelo menos 10 anos o diagnóstico de carcinoma e a irritação mecânica constante causada pelo prolapso uterino é um fator de risco presumível como corrobora este caso. De uma forma geral, nos estadios FIGO II a IV dos carcinomas vaginais epidermóides, a abordagem passa pela radioterapia e/ou quimioterapia e exige uma equipa multidisciplinar em articulação constante.

PD 104

CALCIFILAXIA DA MAMA: UMA CONSEQUÊNCIA RARA DA DIÁLISE CRÓNICA

Mariana Robalo Cordeiro¹; Joana Belo¹; Fernanda Águas¹

¹*Departamento de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal*

Introdução: A calcifilaxia, condição rara com incidência aproximada de 1-4%, envolve a deposição de cálcio nas arteríolas dos diferentes sistemas de órgãos, como consequência do compromisso na excreção renal de cálcio. Maioritariamente, encontra-se associada a insuficiência renal terminal ou crónica. A isquemia resultante da calcifilaxia promove a necrose do tecido adiposo e o desenvolvi-

mento de áreas necróticas na pele. A principal apresentação desta condição é o surgimento de nódulos cutâneos com necrose central, sobretudo localizadas no abdómen e nos membros inferiores. Raramente se manifesta na região mamária, com o aparecimento de lesões ulceradas ou com características semelhantes ao carcinoma inflamatório da mama.

Descrição do caso: Este caso clínico refere-se a uma doente com 76 anos e antecedentes de insuficiência renal sob diálise crónica há 14 anos, diabetes mellitus não insulino dependente e hipertensão arterial.

Recorreu ao serviço de urgência em 2015 por lesão necrosada no quadrante infero-interno da mama esquerda acompanhada de sinais inflamatórios após traumatismo local. A avaliação ecográfica da mama esquerda não revelou alterações suspeitas de malignidade. Na altura, realizou-se biópsia da referida lesão e limpeza cirúrgica. O estudo histológico revelou a presença de infiltrado granulocítico associada a necrose. A doente manteve vigilância nas consultas de doenças da mama. As mamografias bilaterais e ecografias mamárias que realizou foram sempre classificadas como BI-RADS 2 ou 3, com relato de múltiplas calcificações vasculares bilaterais e sem lesões mamárias.

Em 2022, surge uma nova lesão ulcerada localizada no quadrante infero-externo da mama direita com exsudato purulento associado a sinais inflamatórios. A mamografia demonstrou a presença de áreas de citosteatonecrose calcificada e exuberantes calcificações vasculares bilateralmente, não sugestivas de malignidade. A doente ficou internada para limpeza cirúrgica da lesão e administração de antibioterapia endovenosa.

O diagnóstico mais provável é o de calcifilaxia mamária com necrose gorda e calcificações benignas.

Conclusão: A calcifilaxia, por deposição de

cálcio nas arteríolas, leva a isquémia e necrose tecidual. A sua localização na mama é rara e pode mimetizar lesões de carcinoma inflamatório da mama. É fundamental a sensibilização para este diagnóstico, sobretudo em doentes com insuficiência renal crónica, de forma a otimizar a abordagem multidisciplinar diagnóstica e terapêutica.

PD 105

MIOFIBROBLASTOMA DA VULVA - UM TUMOR MESENQUIMATOSO RARO

Mariana Veiga¹; Maria Oliveira²; Sandra Lemos²; Marisa Moreira²

¹Hospital de Cascais; ²Centro Hospitalar Baixo Vouga

A literatura descreve uma variedade de tumores benignos, malignos e pré-malignos que podem ser encontrados na região vulvar. O miofibroblastoma é um tumor mesenquimatoso benigno raro do trato genital feminino que frequentemente surge como uma massa bem delimitada e indolor.

Apresenta-se o caso de uma doente de 32 anos com uma massa localizada no grande lábio direito de crescimento lento ao longo de um período de cinco anos. Ao exame objetivo, observava-se a presença de uma massa ovalada, de consistência elástica com cerca de 5 cm circunscrita ao grande lábio direito. A palpação sugeria uma mobilidade relativa e uma localização superficial. Apesar de indolor, era causa de desconforto à mobilização da doente pelo que foi proposta para excisão. Na cirurgia foi confirmada a localização subcutânea da massa; macroscopicamente tratava-se de uma formação nodular com 5,1x3,6x3cm, bem circunscrita não capsulada, de superfície amarelada com áreas congestivas dispersas. Em secção, observava-se tecido denso, homogéneo de consistência elástica em toda a extensão da formação nodular. Histologicamente, era constituída por células monomorfas de disposição em

toalha com celularidade moderada, não se identificando atividade mitótica. O estroma era maioritariamente colagenoso, com alguns vasos ectásicos dispersos, sem evidência de tecido adiposo. Foi identificada imunomarcagem para CD34, recetores de estrogénios e de progesterona, Desmina, Actina do músculo liso e H-Caldesmon, com negatividade para Proteína S100, STAT6 e DOG. A lesão foi totalmente excisada. Os achados anatomopatológicos foram compatíveis com o diagnóstico de miofibroblastoma da vulva.

Os tumores mesenquimatosos definem-se por lesões de crescimento de tecido conjuntivo. A sua correta identificação é conseguida através de uma análise histopatológica. Esta possibilita o diagnóstico diferencial com outras lesões mesenquimatosas da vulva de comportamento potencialmente agressivo, nomeadamente com o angiomixoma e angiofibroma celular da vulva.

PD 106

ADMISSÕES POR PATOLOGIA GINECOLÓGICA NA UCI DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO: 5 A

Susana Saraiva¹; Patrícia Ferreira¹; Sara Cunha¹; Cátia Rodrigues¹; Ana Paula Reis¹

¹Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A necessidade de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios (UCI / UCIM) por patologia ginecológica é pouco frequente e, geralmente, está associada à coexistência de outras patologias.

Objetivos: Analisar os internamentos na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios por patologia ginecológica ou complicações decorrentes de cirurgias ginecológicas.

Material e métodos: Análise retrospectiva e descritiva dos internamentos na UCI/UCIM do Centro Hospital de Entre o Douro e Vouga entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021, por patologia ginecológica. Análise de dados

realizada no Microsoft Excel®.

Resultados: Num total de 3572 internamentos de Ginecologia, nos últimos 5 anos, houve necessidade de internamento em UCI/UCIM por patologia ginecológica em 10 doentes internadas. 40% dos internamentos ocorreram em 2019 (n = 4), 30% em 2021 (n = 3), 20% em 2018 (n = 2) e 10% em 2017(n = 1). A idade média à admissão do internamento foi 53 anos (min = 31, máx=36). A duração média dos internamentos foi de 4 dias. Os diagnósticos de admissão foram choque hemorrágico (n = 3), choque séptico (n = 2), vigilância pós-operatória (n = 2), choque hipovolémico (n = 1), suspeita de enfarte tipo 2 (n = 1) e complicação do procedimento cirúrgico (n = 1). Dos casos descritos, 3 tinham patologia oncológica. A taxa de mortalidade foi de 0 %. O score APACHE de todas as doentes internadas na UCI foi inferior a 25.

Conclusões: A necessidade de cuidados intensivos por motivos ginecológicos é incomum. A coexistência de morbilidades prévias parece constituir fator de risco para internamento na UCI. Assim, é importante a avaliação holística da doente ginecológica, de forma a minimizar intercorrências intra-operatórias e as complicações pós-operatórias.

PD 107

CONTRACEÇÃO EM MULHERES SUBMETIDAS A TRANSPLANTE DE ÓRGÃO SÓLIDO

Raquel Sousa¹; Ana Sofia Pais¹; Ana Rolha¹; Catarina Miranda Silva¹; Dora Antunes¹; Kristina Hundarova¹; João Paulo Marques¹; Vera Ramos¹; Fernanda Águas¹

¹CHUC

Introdução: Nas mulheres transplantadas é importante uma contraceção eficaz, nomeadamente durante períodos de descompensação da doença de base. Embora muitas estejam em amenorreia durante a falência

de órgão, o risco de gravidez não é nulo. Por outro lado, após o transplante a fertilidade é rapidamente retomada.

Objetivos: Avaliar as opções contraceptivas das mulheres submetidas a transplante de órgão sólido.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, descritivo através da consulta de processos clínicos de mulheres seguidas em consulta de “alto risco – transplantes” da Ginecologia entre 2008 e 2020. Foram incluídas, mulheres submetidas a transplante de órgão sólido, em idade fértil, com vida sexual ativa e sem desejo de gravidez à data da 1ª consulta.

Resultados: Obtivemos um total de 150 doentes. A idade média das doentes na 1ª consulta foi 37,09±8,44 anos [18-53]. O tempo médio entre o transplante e a primeira consulta foi 4,36±4,69 anos [0-19]. Destas 40,7% eram nulíparas (n = 61).

O órgão mais transplantado foi o rim (64,7%), sendo a etiologia mais frequente a doença poliquística; logo seguido do fígado (27,3%) sendo a etiologia mais frequente a polineuropatia amiloidótica familiar.

A contraceção hormonal foi utilizada em 51,7% (n = 74). Em alguns destes casos esta foi escolhida para tratamento de patologia ginecológica: hemorragia uterina anómala (21,3%), quistos anexiais (2,7%), hirsutismo (0,7%) e dismenorreia (0,7%)

Os métodos barreira isoladamente foram os escolhidos em 16.1% dos casos.

Os métodos definitivos foram utilizados em 25,5% dos casos, na grande maioria das vezes foi por opção da mulher. Apenas em 2 casos ocorreu por indicação médica.

Ao longo de período estudado verificamos uma diminuição no uso de métodos definitivos (32.3% em 2008-2013 vs. 12% em 2014-2020). Paralelamente houve um aumento dos métodos de longa duração (15.2% em 2008-2013 vs. 24% em 2014-2020)

O agravamento da doença de base teve influência na escolha do método em 11.5% dos casos e a deterioração do órgão transplantado teve influência em 15.9%. Na grande maioria dos casos esta mudança teve a ver com a necessidade de suspender contraceção hormonal combinada.

Conclusões: Na nossa população a grande maioria das mulheres usa métodos eficazes, sendo os métodos hormonais os preferidos. Apesar de todos os métodos contraceptivos serem elegíveis para mulheres com transplante não complicado, por vezes é necessário fazer ajustes por agravamento da doença de base ou por disfunção do enxerto.

PD 108

ACHADOS ECOGRÁFICOS E INTRA-OPERATÓRIOS EM RESSETOSCOPIA DE AMBULATÓRIO EM MULHERES COM HUA

Ana Beatriz de Almeida¹; Diana Rodrigues Martins¹; Susana Carvalho¹, Sandra Soares¹; Rosa Zulmira Macedo¹

¹CMIN - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A ecografia ginecológica (EG) constitui a primeira linha na avaliação de hemorragia uterina anormal (HUA), ao passo que a ressetoscopia (RSC), realizada aquando suspeita de patologia uterina intracavitária, permite a visualização direta das lesões e respetivo tratamento. Apesar da elevada sensibilidade da EG, por vezes surgem incongruências entre os achados ecográficos e cirúrgicos.

Objetivos: Comparar achados imagiológicos intracavitários e cirúrgicos aquando realização de RSC, em mulheres com clínica de HUA. Como resultados secundários, avaliou-se a correlação entre os achados intraoperatórios e histológicos.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo que incluiu as RSC realizadas em mulheres com clínica de HUA, num centro

terciário entre janeiro de 2019 e dezembro de 2021. Como critérios de exclusão destacam-se ausência de relatório de EG prévia, mais do que um achado ecográfico intracavitário e situações de HUA pós-abortamento/parto.

Resultados e conclusões: Em 285 RSC efetuadas no período referido, 156 preencheram os critérios de elegibilidade. A média de idades foi 48 anos, sendo que 20% dos casos corresponderam a HUA pós-menopausa. Cerca de 22% das mulheres eram nulíparas e o IMC médio foi de 27,6 kg/m².

Dos achados ecográficos, destacaram-se 57 miomas submucosos (MSM), 50 pólipos endometriais (PE) e 49 espessamentos endometriais difusos (EED), com uma frequência de 37%, 32% e 31%, respetivamente. O achado ecográfico de MSM coincidiu com o diagnóstico cirúrgico em 86% dos casos, correspondendo a maioria a miomas FIGO tipo 1. Relativamente aos PE, os achados intraoperatórios corroboraram o diagnóstico ecográfico em 66% dos casos, sendo o MSM o segundo achado mais frequente (18%). Quanto aos EED, 50% dos casos corresponderam a PE, 20% a hiperplasia endometrial e 13% a MSM, destacando-se ainda duas lesões sugestivas de adenocarcinoma, posteriormente confirmadas por histologia. Das 156 RSC realizadas, apenas 8 (5%) não apresentaram achados intraoperatórios.

Analisando a correlação dos achados cirúrgicos com a histologia, verificou-se correlação em 89% dos casos de PE e MSM e em 77% dos casos de EED.

A acuidade diagnóstica da EG mostrou-se semelhante à da RSC para os MSM mas foi inferior nos PE. Por outro lado, e embora inespecífico, o EED correspondeu sobretudo a achados benignos. Assim, a EG e a histeroscopia/RSC revelam-se métodos complementares importantes no diagnóstico de patologia endometrial e intracavitária.

PD 109

AVALIAÇÃO DA DOR E SATISFAÇÃO DAS UTENTES NA HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO

Andreia M Miranda¹; Sara Silva¹; Rosália Coutada¹; Mariana Alves¹; Elisabete Gonçalves¹; Ângela Santos¹; Domingos Ribeiro¹; Paula Pinheiro¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A histeroscopia é o método *gold standard* no diagnóstico e tratamento de patologia uterina intracavitária, sendo que a sua realização em contexto office reduz o risco de complicações e encontra-se associado a uma diminuição do tempo de espera e a uma recuperação mais rápida. Contudo, a dor relacionada pode ser um fator impeditivo para a realização deste procedimento.

Objetivos: Avaliação da satisfação e dor na histeroscopia office.

Material e métodos: Avaliação da dor e satisfação numa amostra de doentes submetidas a histeroscopia de consultório entre junho de 2021 e abril de 2022. Foram utilizados histeroscópios rígidos de 4mm; 4,9mm; 5mm e 5,5mm. A vaginoscopia foi a única técnica de entrada utilizada.

Foram preenchidos questionários antes e imediatamente após a realização da histeroscopia. O primeiro com dados relativos a características sociodemográficas, tempo de espera até ao procedimento e dor esperada (escala visual analógica de dor) e o segundo com vista a avaliação da dor percebida e foi questionado às doentes se estas repetiriam o procedimento nas mesmas condições.

Resultados e conclusões: No período em análise foram realizadas 117 histeroscopias e preenchidos 104 questionários (88,8%). A dor esperada durante o procedimento foi maioritariamente descrita como leve em 23,6% ou moderada em 43,4%. Em 23,6% a expectativa surge entre a dor forte e muito forte, sendo que apenas 0,94% esperava dor máxima.

Em relação ao tempo de espera 85% revelam satisfação.

Quanto às explicações médicas e cuidado dos profissionais de saúde, o índice de satisfação foi 96,2%. O conforto do gabinete regista satisfação em 97,1% e as informações após o procedimento 95,2%.

A dor percebida recaiu novamente como leve em 25,9%, moderada em 29,8%, entre dor forte e muito forte foi de 23,1% e dor máxima foi registada em 3,8% das inquiridas.

74% das doentes submeter-se-iam novamente ao procedimento, enquanto que 13,5% concordam parcialmente com esta afirmação. 5,8% não realizariam novamente o procedimento em contexto office.

Assim, a histeroscopia de consultório apresenta elevados níveis de satisfação e a dor sentida durante o procedimento é na sua grande maioria tolerável, pelo que deve ser realizada sempre que possível.

PD 110

ANGIOMIOFIBROBLASTOMA VAGINAL, UMA ENTIDADE RARA NA PÓS-MENOPAUSA

Susana Patrícia Lima Oliveira¹; Ana Andrade²; Anabela Branco²

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, ²Centro Materno-Infantil do Norte

Introdução: O angiomiofibroblastoma representa um tumor mesenquimal, benigno, raro do trato genital feminino. Foi descrito pela primeira vez por Fletcher em 1992 e a sua localização mais frequente é vulvar, com relatos extremamente raros de localização na vagina. Maioritariamente abrange mulheres na pré-menopausa e cerca de 10% dos casos ocorrem em pós-menopausa. Na localização vaginal, o diagnóstico diferencial envolve o leiomioma, o angiomixoma e, menos frequentemente, o quisto da glândula de Bartholin ou do ducto de Gartner, o divertículo uretral e outros tumores sólidos da vagina. Particular-

mente, a sua diferenciação histomorfológica do angiomixoma agressivo, um tumor mesenquimal mixoedematoso localmente recorrente e invasivo, é fundamental. Apresentamos um raro caso de 2 angiomiofibroblastomas numa mulher em pós-menopausa.

Descrição do caso: R.N.C., 71 anos, antecedentes de hipertensão e dislipidemia medicadas, 3 partos eutócicos prévios e menopausa cirúrgica aos 49 anos (patologia benigna), foi referenciada a consulta de Uroginecologia por sensação de corpo estranho vaginal com origem há 2 anos, sem outros sintomas genito-urinários ou gastrointestinais associados. Citologias vaginais anteriores normais. À observação ginecológica detetou-se uma genitália externa sem alterações macroscópicas, prolapso da cúpula vaginal de 3º grau e a presença de 2 protuberâncias pendentes situadas na parede vaginal posterior, que se exteriorizavam através do introito vaginal. Tratavam-se de 2 massas polipoides, pediculadas, móveis, de consistência firme, cobertas por pregas vaginais, medindo 27x16mm e 21x11mm. Foi realizada excisão completa das mesmas sob anestesia local. À microscopia observou-se uma lesão circunscrita não encapsulada, com proliferação de células fusiformes, sem atipia, celularidade variável, em estroma colagenoso com focos edematosos e vários vasos em redor de parede hialinizada. A imuno-histoquímica revelou positividade para desmina e recetor de estrogénios. 1 ano após excisão, a paciente não apresenta recorrência das lesões.

Conclusão: O angiomiofibroblastoma representa uma entidade rara que deve ser equacionada no diagnóstico diferencial de lesões vaginais na pós-menopausa, principalmente se achado de massa circunscrita, de reduzidas dimensões e crescimento insidioso. A excisão local é o tratamento preferencial, sendo a taxa de recorrência na ordem dos 30-40%.

PD 111

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH: UMA ETIOLOGIA RARA DE DOR ABDOMINAL NA ADOLESCÊNCIA

Catarina Cabral Soares¹; Jacinta Mendes¹; Catarina Vasconcelos¹; Jorge Ribeiro¹

¹Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha

Introdução: A síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (SHWW) é uma variante rara das anomalias congénitas dos ductos müllerianos, caracterizada pela combinação de útero didelfo, hemivagina septada e agenesia renal ipsilateral. Estima-se que a incidência varie entre 0,1 e 3,8%. Tipicamente, manifesta-se após a menarca.

Descrição do caso: Adolescente de 12 anos, com antecedentes de agenesia renal direita, sem vida sexual ativa, recorreu ao Serviço de Urgência por dismenorreia de agravamento progressivo nos 6 meses seguintes à menarca. Ao exame objetivo, encontrava-se apirética, apresentava abdómen mole, timpanizado, doloroso à palpação do hipogastro, palpando-se massa elástica com cerca de 5cm a este nível. Os genitais externos não apresentavam alterações. Ao toque vaginal unidigital palpava-se estrutura tubular elástica na parede vaginal direita. Ecograficamente, identificavam-se dois corpos uterinos, estando o direito preenchido por lâmina de líquido, em comunicação com imagem compatível com hematocolpos com 14x7x9cm, anexos sem alterações.

A ressonância magnética nuclear (RMN) permitiu identificar a existência de hematometra em útero bicorporal completo (classe U3b) bicervical (subclasse C2) e de hematocolpos associado a septo vaginal longitudinal obstrutivo (subclasse V2) à direita. Foi estabelecido o diagnóstico de síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich.

Foi realizada incisão longitudinal do septo vaginal sob anestesia geral para drenagem

do hematocolpos, ponderando-se a ressecção completa do septo vaginal num segundo tempo cirúrgico.

Na avaliação pós-operatória, a adolescente encontrava-se assintomática, verificando-se boa evolução cicatricial e a permeabilidade do septo vaginal.

Conclusão: A SHWW resulta da ausência de fusão dos ductos müllerianos entre a sexta e nona semanas de vida intrauterina. Dada a origem embrionária comum, deve ser considerada investigação de malformações ginecológicas em adolescentes com antecedentes de malformações nefrológicas.

O atraso no diagnóstico e tratamento apresenta elevado risco de complicações associadas a hematometra, hematocolpos e menstruação retrógrada como piohematocolpos, doença inflamatória pélvica, endometriose ou infertilidade.

A ressecção do septo vaginal é o tratamento de eleição. Após tratamento atempado o prognóstico clínico é favorável. Contudo, mulheres com útero didelfo apresentam maior risco de aborto espontâneo, parto pré-termo e parto por cesariana.

PD 112

HISTERECTOMIA VAGINAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 119 CASOS

Rita Almendra¹; Sara Forjaz¹; Maria Flores Casteleiro¹; Rita Vasconcelos¹; Luis Braga¹; Hermínia Afonso²; Isabel Reis¹

¹Hospital de Braga; ²Hospital Braga

Introdução: A histerectomia vaginal (HV) está entre as vias mais seguras e custo-efetivo das histerectomias, sendo uma abordagem de 1ª linha. O prolapso uterino dos órgãos pélvicos constitui uma indicação frequente.

Objetivos: Análise das histerectomias vaginais (HVs) e procedimentos complementares realizados no Hospital de Braga triénio 2019-2021 e avaliação das complicações intra e pós-ope-

ratórias e taxas de recidiva associadas.

Material/métodos: Análise retrospectiva das HVs realizadas no Hospital de Braga com base nos processos clínicos, entre janeiro/2019 e dezembro/ 2021.

Resultados/conclusões: As doentes tinham em média 64.2 ± 10 anos e 37.8% tinham excesso de peso ou obesidade. 84.9% encontrava-se na menopausa. Todas eram múltiparas, 98.3% com pelo menos um parto vaginal e uma média de 2.5 partos vaginais por mulher. As indicações cirúrgicas foram a existência de prolapso do compartimento apical, anterior ou posterior, associado ou não a outros achados. No período em análise foram realizadas 119 HVs (2019: 15.8%, n = 37; 2020: 27.6%, n = 32; 2021: 20.7%, n = 50) (p < 0.05). Associadamente à HV, foram realizados outros procedimentos cirúrgicos: correção do prolapso do compartimento anterior (64.7%, n = 77), posterior (4%, n = 5) ou ambos (9.2%, n = 11); suspensão apical da cúpula vaginal com prótese BSC[®] em 4 casos (3.3%) e correção de incontinência urinária de esforço concomitante em 9 (7.6%): sling-suburetral KIM[®] (n = 5); TVT-O[®] (n = 3); TVT-Abbrevio[®] (n = 1). Não se verificou nenhuma complicação intraoperatória. Registaram-se 5.9% (n = 7) complicações pós-operatórias (3 casos de hematoma da cúpula vaginal, 1 caso de necessidade de reintervenção cirúrgica precoce por vaso sangrante, 1 caso de retenção urinária, 2 casos de infeção febril do trato urinário). Houve um total de 9 recidivas (7.6%), 7 do compartimento anterior (77.7%) e 2 do compartimento apical (22.2%). O peso médio da peça operatória foi 57.9 ± 33.3 g. A duração média de internamento foi de 2.7 ± 1 dias. Registou-se um aumento significativo da preferência pela via vaginal nos anos de 2020 e 2021 face a 2019. A ausência de complicações intraoperatórias e as complicações pós-operatórias todas elas minor refletem, como descrito na

literatura, que a HV é uma das vias mais seguras e, como tal, de 1ª linha. A recidiva foi maior para o compartimento anterior. As taxas de recidiva reportadas, embora inferiores a algumas descritas na literatura, apresentam a limitação de se reportar, ainda, a um curto período de follow-up.

PD 113

TUMOR GINECOLÓGICO DE 14 KG EM MULHER PÓS-MENOPÁUSICA

Maria Borges Oliveira¹; Mariana Veiga²; Ana Marta Pinto¹; Rita Dunkel¹; Marisa Moreira¹; Mário Oliveira¹
¹Centro Hospitalar Baixo Vouga; ²Hospital de Cascais

Introdução: Os cistadenomas mucinosos fazem parte do grupo de massas ováricas benignas mais comuns. Podem ser uni ou multiloculados e o seu tamanho varia entre 5 e 20 cm. O diagnóstico definitivo é histológico. Na maioria dos casos são assintomáticos, sendo comumente achados incidentais da ecografia pélvica. O seu crescimento pode causar dor, distensão abdominal e sintomas urinários.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 74 anos, nuligesta e pós-menopáusica, que recorreu ao serviço de urgência por aumento do perímetro abdominal com dois meses de evolução, vômitos e retenção urinária desde o dia anterior, sem outra sintomatologia associada. Como antecedentes pessoais apresentava história de etilismo crónico, hipertensão arterial e dislipidemia. À observação apresentava abdómen globoso, tenso, com presença de ascite, indolor à palpação. Foi pedida uma tomografia computadorizada abdomino-pélvica que revelou uma volumosa formação expansiva medindo cerca de 39 x 21 x 34 cm, localizada na escavação pélvica e flanco esquerdo, com múltiplas áreas quísticas e septos espessos, em relação provável com lesão expansiva anexial, com aparente origem no ovário direito. A formação condicionava colapso do cólon descendente e

desvio das restantes ansas para o quadrante superior direito, com dilatação intestinal a montante.

A doente foi submetida a laparotomia exploradora onde se constatou volumoso tumor do ovário direito, tendo sido realizada histerectomia total com anexectomia bilateral. O estudo anatomopatológico revelou: ovário direito transformado em formação quística com 40x32x17cm, pesando 14 kg, de conteúdo seroso e translúcido, amarelado e gelatinoso. Em secção foram observadas várias locas, com dimensões compreendidas entre 0,6 e 26cm de maior eixo. Microscopicamente, a formação era revestida por epitélio mucossecretor (PAS-D positivo), em monocamada e sem atipia citológica, tendo sido classificado como cistadenoma mucinoso, sem aspetos proliferativos.

Conclusão: As massas ováricas são o tipo de massa anexial mais comum, afetando 3 a 17% das mulheres pós-menopáusicas. A sua avaliação e estudo é de particular relevância nesta faixa etária face ao potencial de malignidade. Os cistoadenomas mucinosos são tumores benignos, no entanto o seu crescimento excessivo pode condicionar a compressão de estruturas adjacentes e potenciais complicações como, suboclusão intestinal e obstrução urinária, que podem requerer tratamento cirúrgico urgente.

PD 115

MALFORMAÇÕES UTERINAS – UM CASO DE CLÍNICO DE SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER

Márcia Vieira-Coimbra¹; Cátia Pais¹; Ângela Melo¹; António Pipa¹; António Santos Paulo¹

¹Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução: A síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (SMRKH) é uma patologia não frequente dentro das malformações müllerianas, correspondendo à ausência congénita da vagina. Apresenta uma prevalência de 1/4000-10000 casos e está associada a malformações extragenitais, nomeadamente urológicas e esqueléticas. A apresentação clínica mais frequente é a amenorreia primária, podendo também cursar com dor abdomino-pélvica. O diagnóstico é feito com recurso ao exame ginecológico, que determina a presença de vagina, colo e útero, complementado com a imagiologia.

Descrição do caso: Trata-se de uma jovem atualmente com 21 anos referenciada para consulta de Ginecologia da Adolescência aos 15 anos, por amenorreia primária. Ao exame objetivo apresentava vulva normal, com esboço vaginal de 1cm. Ecograficamente ovários e rins normais, não sendo visualizada estrutura uterina. Realizou laparoscopia diagnóstica que demonstrou cavidade pélvica com anexos de estrutura normal, presença de cornos uterinos com ausência de corpo, istmo e colo. Aos 20 anos de idade foi detetada imagiologicamente uma massa pélvica direita com 43x37mm com índice de ROMA de alto risco de malignidade, tendo sido proposta para cirurgia exploradora. Intraoperatoriamente constatadas duas formações adjacentes à parede pélvica lateral compatíveis com estruturas uterinas rudimentares, a direita maior e com congestão da serosa. Foi realizada exérese da estrutura uterina direita e anexo ho-

molateral. O exame histológico mostrou ovário multifolicular com leiomioma aderente à parede da trompa com focos de endometriose e útero com endométrio e miométrio normais. Cerca de 1 ano após a cirurgia a doente inicia quadro de algias pélvicas com agravamento progressivo. O exame ecográfico não mostrou alterações patológicas de relevo. Por dor pélvica crónica não controlável foi proposta para exérese de remanescente uterino com salpingectomia esquerda. Neste momento com seguimento em consulta hospitalar, clinicamente assintomática, sexualmente ativa. **Conclusão:** O presente caso pretende demonstrar o diagnóstico e evolução de um caso de SMRKH. Neste caso, a utente desenvolveu uma massa anexial suspeita, que culminou na remoção de estrutura uterina rudimentar direita e anexo homolateral; posteriormente por dor pélvica crónica foi também removido útero remanescente. Trata-se, portanto, de um caso cuja evolução e seguimento foi atípico culminando numa histerectomia e anexectomia direita.

PD 116

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL AGUDA

Margarida Basto Paiva¹; Maria Rosário Cercas¹; Vera Vilhena¹; Ana Paula Lopes¹

¹Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução: A hemorragia uterina anormal (HUA) aguda é um motivo frequente de admissão no serviço de urgência. Em caso de HUA aguda ou grave, poderá ser necessário uma intervenção urgente ou emergente, que poderá envolver terapêutica cirúrgica.

Caso clínico: 43 anos, IO: 1021 e antecedente de tromboflebitis, que motivaram descontinuação de contraceptivo oral combinado e início de progestativo oral, encontrando-se em amenorreia. Recorreu ao serviço de urgência por HUA associada a lipotímia. À observação constatou-se saída de coágulos

abundantes e útero de dimensões e consistência aumentado. Analiticamente apresentava anemia grave (hemoglobina 5,6 g/dL), com TP 67%. Ecograficamente, destacava-se útero com ecoestrutura heterogênea, a destacar 2 nódulos de miomas submucosos com 24x27 e 28x26mm, respectivamente. Dificil estabilização hemodinâmica com necessidade de perfusão de cristaloides, transfusão de 6 unidades de concentrado eritrocitário, 4 unidades de plasma fresco congelado, 2g de fibrinogénio e 1g ácido tranexâmico. Manteve terapêutica com progestativo oral, mas sem eficácia. Por manter perda hemática moderada a abundante e por a doente não desejar manter a fertilidade, optou-se pela realização de histerectomia abdominal. Foi confirmado por diagnóstico histológico leiomioma uterino. **Conclusão:** Os leiomiomas uterinos são os tumores pélvicos mais frequentes na mulher, podem ser assintomáticos ou provocar sintomas como a hemorragia uterina anormal, nomeadamente HUA aguda. O sucesso da abordagem da HUA aguda exige uma equipa multidisciplinar e uma actuação precoce. Muitas vezes, o tratamento representa um verdadeiro desafio e deve ser definido em função da estabilidade hemodinâmica, etiologia provável e desejo de fertilidade.

PD 117

PERSISTÊNCIA DE HPV E FATORES ASSOCIADOS

Rita Almendra¹; Natacha Quintal Sousa¹; Sara Forjaz¹; Cátia Correia¹; Isabel Reis¹

¹Hospital de Braga

Introdução: A infeção persistente pelo papiloma vírus humano (HPV) é um passo crítico na carcinogénese cervical. Assim, a compreensão epidemiológica e biológica da história natural da infeção por HPV é fundamental para criar estratégias preventivas e de orientação. **Objetivos:** Investigar a persistência da infeção

por HPV e cofatores associados. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo prospetivo e observacional. Selecionou-se uma coorte de pacientes submetidas a excisão da zona de transformação (EZT) de abril a outubro de 2019, com *follow-up* subsequente a 12 e 24 meses. Foram excluídas as pacientes com diagnóstico pós-EZT de carcinoma, aquelas cujo exame histológico revelou interseção de margens e casos com perda de *follow-up*. Após aplicados os critérios de exclusão, foram incluídas na análise 95 mulheres. **Resultados e conclusões:** A média de idades das pacientes foi 40.9 ± 9.5 anos. Destas 52.6% eram casadas e 26.3% (n = 25) fumadoras, encontrando-se 17.9% na menopausa (n = 17). À data da EZT, 22.1% (n = 21) mulheres tinham feito vacina contra o HPV (n = 21), das restantes, 39.2% (n = 29) completou esquema vacinal até aos 12 meses pós-EZT e 13.3% (n = 6) até aos 24 meses. O serótipo 16 estava presente em 38.9% das mulheres, o 18 em 6.3% e em 45.3% múltiplos serótipos. A análise da persistência do HPV aos 12 e 24 meses, revelou que 18.3% (n = 15) apresentavam persistência do vírus aos 12 meses de *follow-up* e 23.8% aos 24 meses (n = 19). A média de idades das mulheres com persistência de HPV a 12 e 24 meses foi significativamente superior (p < 0.05). Pacientes em idade reprodutiva mostraram ter maior associação com a persistência do HPV (p < 0.05). Da análise dos restantes fatores associados ao HPV: o estado civil, o tabagismo, a vacinação prévia à EZT ou no período de 12 meses de *follow-up* e a infeção pelos serótipos 16/18 ou vários não mostraram significância estatística no que se refere ao seu contributo para persistência do HPV aos 12 meses. A presença de HPV 16, mostrou ser um fator contributivo estatisticamente significativo (p < 0.05) para persistência de HPV aos 24 meses. Os restantes fatores não mostraram associação

estatisticamente significativa. Este estudo mostrou, à semelhança de outros existentes na literatura, que a idade mais avançada, mulheres em fase reprodutiva e presença de HPV 16 aquando do diagnóstico são fatores associados a uma maior persistência do vírus.

PD 118

CARCINOMA DA VULVA E TRATAMENTO CIRÚRGICO – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 6 ANOS NO IPO PORTO

Mariana Veiga¹; Sara Dias Leite²; Mariana Rei³; Almerinda Petiz³

¹Hospital de Cascais; ²Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; ³Instituto Português de Oncologia Porto

O carcinoma da vulva é uma neoplasia rara, representando 4% de todos os cancros ginecológicos. Apesar avanços cirúrgicos, a taxa de complicações cirúrgicas das doentes com carcinoma da vulva permanece elevada condicionando elevada morbidade e diminuição da sua qualidade de vida.

Os objetivos da análise foram a caracterização da população de doentes do IPO Porto com carcinoma da vulva submetidas a pelo menos um procedimento cirúrgico nos últimos 6 anos e a avaliação das suas complicações pós-operatórias.

Foram selecionados os processos das doentes com diagnóstico de carcinoma da vulva entre 2015 e 2020. A colheita de dados foi baseada nos processos clínicos informáticos. A amostra final foi de 99 doentes.

A idade média ao diagnóstico foi de 70 anos (22-91 anos). Relativamente às comorbilidades, 65,7% (65/99) da amostra apresentava hipertensão arterial, 30,3% (30/99) diabetes mellitus tipo 2 e 35,4% (35/99) obesidade. O tipo histológico mais prevalente foi o carcinoma espinocelular invasor (87,9% (87/99)). Foram identificados quatro tipos histológicos raros numa minoria de doentes. A maioria das

doentes (72,5% (66/91)) foi diagnosticada em estádios iniciais da FIGO (I e II). O tratamento cirúrgico mais frequentemente realizado foi a vulvotomia radical com linfadenectomia inguinofemoral bilateral (LIFB) (47,5% (47/99)), seguida de vulvotomia radical com pesquisa de gânglio sentinela (22,2% (22/99)).

A duração média de internamento foi de 26 dias (2-92 dias). Os drenos foram utilizados em 64,6% (64/99) dos casos – na ferida operatória em 10,9% (7/64), na loca de esvaziamento inguinofemoral em 53,1% (34/64) e em ambos simultaneamente em 35,9% (23/64).

A taxa de complicações durante o internamento foi 68,7% (68/99), sendo as três complicações mais reportadas a deiscência da ferida operatória (77,9% (53/68)), a infeção local (48,5% (33/68)) e o linfocelo (30,8% (20/68)). As referidas complicações foram mais frequentemente associadas à realização de vulvotomia radical com LIFB. A deiscência da ferida operatória ocorreu na região perineal em 69,8% (37/53) e na inguinal em 30,2% (16/53). Foi reportada infeção local concomitante em 50,9% (27/53) dos casos. Dos casos de deiscência da ferida, 39,6% (21/53) necessitaram de ressutura.

A taxa de complicações tardias foi de 3% (3/99), sendo as complicações reportadas o linfedema e a celulite dos membros inferiores.

PD 119

SUSPEITA DE LEIOMIOSARCOMA NA DEFICIÊNCIA DE FUMARATO HIDRATASE

Lisandra Mendonça¹; Margarida Cordoeiro²; António Pipa¹; Ângela Melo¹; Nuno Nogueira Martins²

¹Centro Hospitalar de Tondela Viseu; ²Centro Hospitalar de Tondela-Viseu

A deficiência de fumarato hidratase (FH) em leiomiomas pode ocorrer num contexto de hereditariedade autossómica dominante, por mutação do gene da FH, traduzindo-se no síndrome de Leiomiomatose Hereditária e de carcinoma de células renais (SLHCR), caracterizado por uma maior propensão no desenvolvimento de leiomiomas uterinos e piloleiomiomas benignos, leiomiosarcomas uterinos e formas agressivas de carcinoma renal. Por outro lado, a deficiência de FH pode dever-se a uma mutação somática de um alelo num miócito do leiomioma uterino, levando a que todas as suas células expressem esta deficiência sendo aqui o *stress* metabólico indicado como umas das etiologias mais prováveis.

Mulher de 47 anos, 1G0P, referenciada à consulta de ginecologia por hemorragia uterina anormal (HUA) e algias pélvicas, agravadas nos últimos 7 meses. Tinha como antecedentes obesidade, hipertensão arterial e angina estável. Ao exame ginecológico apresentava um útero móvel e indolor à mobilização e na ecografia transvaginal um tumor pélvico, aparentemente na dependência do fundo uterino, retrouterino e pediculado com 62*43*80mm, sem outras alterações. No seguimento do estudo foi realizada ressonância magnética pélvica que confirmou a presença do tumor, intimamente relacionado com o reto, aparentemente uterino, com hipercaptção de contraste. Após discussão em consulta de decisão terapêutica, foi realizada laparoscopia exploradora onde se constatou a presença de congestão da serosa uterina e de

uma massa aderente ao istmo uterino, de contornos espiculados a ocupar o fundo de saco de Douglas e a presença de hemangiomas na superfície anterior hepática com retração do ligamento falciforme por lesões esbranquiçadas. Optou-se pela laparoconversão com histerectomia total e anexectomia bilateral. O estudo anatomopatológico revelou a presença de um leiomioma uterino subseroso, com 7 cm de maior eixo, com características morfológicas sugestivas de deficiência de FH. De momento, a doente encontra-se a aguardar a consulta de aconselhamento genético.

Este caso ilustra bem a importância da realização de um estudo pré-operatório em consonância com as diferentes hipóteses diagnósticas. Ainda que o estudo histológico tenha convergido numa patologia considerada benigna, o estudo genético nesta doente e família é essencial na vigilância futura, uma vez que caso seja portadora do SLHCR, uma vigilância renal anual com ressonância é necessária pelo risco de desenvolver formas agressivas de neoplasia renal.

PD 120

CANCRO GÉMEO – UM CASO DE MULTICENTRICIDADE

Carolina Mendonça¹; Joana Ribeiro¹; Ricardo Veiga¹; Sara Valadares¹; Ana Nobre Pinto¹

¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O cancro da mama representa 30% dos cancros em mulheres, sendo o mais mortal. Descreve-se um caso raro de cancro multicêntrico com focos heterogéneos e confluência em metástase axilar única.

Caso: Mulher de 87 anos, enviada à consulta de Senologia por nódulo suspeito na mama esquerda. Com antecedentes pessoais de adenocarcinoma do sigmóide, diabetes mellitus, hipertensão arterial e fibrilhação auricular e antecedentes familiares de mãe com cancro da mama aos 80 anos. Ao exame objectivo,

mamas copa D, com área de empastamento com 4cm associada a retração cutânea nos quadrantes inferiores e nódulo com 3cm na periferia dos quadrantes externos; sem adenopatias palpáveis. A ecografia e mamografia revelaram quatro nódulos suspeitos. As biópsias dos nódulos do quadrante súpero-externo (24mm) e periareolar súpero-interno (14mm) revelaram carcinoma invasivo grau 2, receptores hormonais negativos, HER2 3+, ki67 40%. Foi biopsado gânglio axilar com tecido linfóide sem evidência de neoplasia. Estudo complementar com ressonância magnética impossibilitado por pacemaker. Estadiamento clínico cT2N0. Submetida a mastectomia simples esquerda e biópsia de gânglio sentinela. Identificadas três lesões macroscopicamente distintas, compatíveis com carcinoma invasivo grau 2 e carcinoma ductal in situ. Atendendo à diferente morfologia de uma das lesões, realizado estudo imunohistoquímico suplementar que revelou receptores de estrogênio e progesterona >95% , HER2 2+ (SISH negativo) e Ki67 20%. Identificado um único gânglio linfático com metástases, cujos depósitos tinham fenótipo e padrão imunohistoquímico de ambas as lesões invasivas. Estadiamento patológico pT3N1a. Do restante estadiamento, destaca-se TC-TAP com metástases hepáticas, com coincidente aumento do CA15.3; cintigrafia óssea sem alterações. Iniciado tratamento de 1ª linha com letrozol, seguido de quimioterapia com duplo bloqueio do HER2 e paclitaxel, este último suspenso na sequência de pneumonia associada a neutropenia e substituído novamente por letrozol. Actualmente, mantém seguimento, com boa evolução.

Conclusão: A incidência do cancro multicêntrico da mama é desconhecida. Apesar de mais agressivo, a sua abordagem é ainda controversa, não havendo evidência científica robusta. Este caso alerta para a importância

de um estudo cuidado dos diferentes focos, visto que a abordagem foi influenciada pela identificação de histologias e perfis morfológicos heterogêneos, com implicações terapêuticas e prognósticas.

PD 121

CIRURGIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: A EXPERIÊNCIA DE UMA NOVA UNIDADE DE UROGINECOLOGIA

Mariana Santos¹; Rita Lobo¹; Fernanda Vilela¹; Tatiana Leite¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) afeta 20 a 40% das mulheres. A aplicação de *slings* sob a uretra média afirma-se como o tratamento cirúrgico preferencial na correção desta patologia.

Objetivos: Avaliar a eficácia e possíveis complicações associadas à aplicação dos *slings* uretrais no tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço numa unidade recente de Uroginecologia, no Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Material e métodos: Analisaram-se retrospectivamente, através da consulta do processo clínico, as 42 doentes submetidas a tratamento cirúrgico de incontinência urinária de esforço no Centro Hospitalar Universitário do Algarve no período de janeiro de 2017 a dezembro 2021.

Resultados e conclusões: Quanto à caracterização demográfica da amostra, a média das idades no início dos sintomas era de 59.6 anos e à data do diagnóstico 61.6 anos. 81% das doentes tinham IMC ≥ 25kg/m², 98% apresentavam antecedentes de pelo menos 1 parto vaginal e 50% mantinham atividade sexual à data do diagnóstico. Em 38.1% a incontinência urinária apresentada era do tipo mista.

Foram aplicados 42 *slings*, 40 por via transobturadora (*inside-out*) e 2 por via retropúbica.

Além da correção da incontinência urinária de esforço, 46% das doentes (n=20) foram submetidas a outra cirurgia ginecológica no mesmo tempo cirúrgico, sendo as colpoplastias as mais prevalentes.

Não há registo de complicações intraoperatórias. Surgiram complicações pós-operatórias imediatas em 7% (n=3), hematoma inguinal bilateral (n=1), infeção trato urinário (n=1) e lesão nervosa transitória (n=1). No pós-operatório tardio verificaram-se complicações em 11.9% (n=5) entre as quais, retenção urinária (n=2), dor inguinal (n=1), dispareunia (n=1) e erosão da rede (n=1). Houve necessidade de reintervenção para secção da rede num dos casos de retenção urinária.

A taxa geral de eficácia na resolução da IUE é de 95% (n=40). Apenas um dos casos manteve IUE após intervenção, sendo que a ineficácia do tratamento deverá ser avaliada no contexto de uma obesidade grau II (IMC 39kg/m²).

O conhecimento das características demográficas das doentes bem como a análise das complicações cirúrgicas são essenciais à boa prática clínica, pois levam à reflexão e permitem a melhoria contínua dos cuidados.

PD 122

HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO: PREDITORES DE SUCESSO DO PROCEDIMENTO

Andreia M Miranda¹; Sara Silva¹; Rosália Coutada¹; Mariana Alves¹; Elisabete Gonçalves¹; Ângela Santos¹; Domingos Ribeiro¹; Paula Pinheiro¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A histeroscopia é o método *gold standard* no diagnóstico e tratamento da patologia uterina intracavitária, sendo que a sua realização em contexto office reduz o risco de complicações associadas.

Objetivos: Avaliação de fatores preditores de sucesso na realização de histeroscopia de consultório.

Metodologia: Análise prospetiva de uma amostra consecutiva de histeroscopias de consultório realizadas entre janeiro de 2021 e abril de 2022.

As variáveis analisadas foram o tipo de parto, utilização de misoprostol para preparação cervical, status reprodutivo, diâmetros dos histeroscópios e índice de massa corporal (IMC).

A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS[®], aplicando os testes Qui-quadrado e teste exato de Fisher e assumida significância para valores de $p < 0,05$.

Resultados e conclusão: No período em análise foram realizadas 202 histeroscopias com uma média de idade de $52,7 \pm 11,9$ anos, em que 112 (55,4%) mulheres eram pré-menopausicas e 147 (72,8%) tinham antecedentes de parto vaginal.

O principal motivo da realização das histeroscopias foi suspeita ecográfica de pólipos endometriais em 94 mulheres (46,5%), seguido de hemorragia uterina anormal em 42 (20,8%).

A duração média do procedimento foi de $15,5 \pm 8,1$ minutos.

O procedimento foi impossível de realizar em 23 mulheres (11,4%). Registaram-se 5

reações vasovagais e 1 perfuração uterina, o que equivale a uma taxa de complicações de 2,9%.

Não foi encontrada associação com significado estatístico entre o sucesso do exame e o tipo de parto ($p = 0,06$), a utilização de misoprostol ($p = 0,35$), o diâmetro dos histeroscópios ($p = 0,44$) e o IMC ($p = 0,43$).

Nesta amostra existiu diferença estatisticamente significativa em relação ao status pós-menopausa e pré-menopausa, com uma percentagem de sucesso superior nas mulheres pós-menopausa (96,7% vs 82,1%; $p = 0.001$).

A histeroscopia de consultório é bem tolerada na grande maioria dos casos. Neste trabalho apenas se encontrou relação entre o *status* pós-menopausa e a maior taxa de sucesso do procedimento. Contudo, uma análise mais alargada será importante de modo a compreender melhor os fatores envolvidos no sucesso do procedimento.

PD 123

SÍNDROME DE SHEEHAN: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Lisandra Mendonça¹; Márcia Coimbra²; Rita Pinto²; Pedro Manso²; Sónia Gonçalves²

¹Centro Hospitalar de Tondela Viseu, ²Centro Hospitalar de Tondela-Viseu

Introdução: O panhipopituitarismo ocorre quando há produção hormonal insuficiente pela hipófise e isso pode ocorrer maioritariamente por lesão da mesma ou do hipotálamo. O enfarte hipofisário após um episódio de hemorragia pós-parto é uma causa de panhipopituitarismo cada vez menos frequente em países desenvolvidos, sendo vulgarmente conhecida como síndrome de Sheehan. Ocorre devido à supressão repentina de fluxo sanguíneo à hipófise anterior que se encontra fisiologicamente aumentada na gravidez. A clínica é variável e dependente da gravidade

da lesão podendo ir desde letargia, anorexia, hipogalactia, amenorreia e à instituição de diabetes insípida. O seu diagnóstico pode ser realizado no pós parto imediato nas apresentações mais graves ou ser prorrogado durante anos nas formas mais leves.

Descrição do caso clínico: Mulher de 35 anos, previamente saudável, referenciada à consulta de ginecologia geral por amenorreia, anorgasmia, rarefação de pilosidade corporal, dispareunia e secura vaginal, letargia, poliúria com polidipsia e emagrecimento acentuado. De antecedentes obstétricos, uma primeira gestação complicada por pré-eclâmpsia às 34 semanas e uma segunda gestação gemelar, cerca de 1 ano antes, com parto instrumentado por ventosa do primeiro gêmeo e cesariana do segundo, por situação transversa. O puerpério imediato complicou de hemorragia pós-parto grave, com necessidade de suporte transfusional (Hb 5g/dl) e hiperglicémia (Glic 400 mg/dl). Analiticamente, na consulta, apresentava valores compatíveis com hipotireoidismo central, hipoprolactinémia, hipoadosteronismo secundário e de Diabetes Insípida Central. Na ressonância magnética cerebral, verificava-se franca redução da altura da hipófise, com hipersinal em T2 e maior hipossinal em T1, com reforço de sinal após gadolínio, apenas à periferia. O diagnóstico de panhipopituitarismo foi assumido e terapêutica substitutiva instituída com hidrocortisona, levotiroxina e estroprogestativo, com melhoria clínica e analítica.

Conclusões: Neste síndrome, a deficiência hormonal reflete-se na diminuição dos níveis da hormona de crescimento, prolactina, gonadotrofinas, tireotropina e/ou adrenocorticotropina. A sua abordagem deverá passar por uma equipa multidisciplinar constituída por um endocrinologista, neurologista e ginecologista e o seu tratamento pela substituição hormonal exógena sendo a deficiência da

prolactina a única que ainda não dispõe de terapêutica.

PD 124

IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NAS CIRURGIAS URGENTES GINECOLÓGICAS

Carvalhos C.A.¹; Santos A.A.¹; Antunes D.², Castro M.G.¹; Carvalho M.J.³; Falcão F.¹; Águas F.¹

¹Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; ²Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; ³Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: A pandemia COVID-19 teve um profundo impacto nos serviços cirúrgicos que não se restringiu à atividade programada. O receio do meio hospitalar, poderá ter contribuído para desencorajar a procura dos serviços de urgência e o protelar de intervenções ginecológicas o que, neste contexto, poderá associar-se a repercussões negativas na saúde em geral, e na função reprodutiva feminina em particular.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi analisar o impacto da pandemia nas cirurgias ginecológicas urgentes.

Material e métodos: Análise das cirurgias urgentes ginecológicas, comparando o período COVID-19 (março 2020 a fevereiro 2021, P1) e o período pré-COVID-19 (março 2019 a fevereiro 2020, P2). Foram excluídas cirurgias obstétricas e reintervenções pós complicações cirúrgicas.

Resultados e conclusões: Verificou-se uma diminuição do número de cirurgias urgentes no P1 (n = 69), em comparação com o P2 (n = 102).

As indicações cirúrgicas mais frequentes foram a gravidez ectópica (42,03%, n=29, no P1 vs 50,98%, n=52, no P2, ns) e a patolo-

gia uterina (11,59%, n=8, no P1 vs 13,73%, n=14, no P2, ns). Em sentido oposto, a torção anexial/ovárica aumentou, representando 18,84%, n=13, no período P1 vs 8,82%, n=9, no período P2, (p = 0,047).

A salpingectomia unilateral foi a cirurgia urgente mais frequente em ambos os períodos (43,48%, n=30, no P1 e 45,10%, n=46, no P2). A via de abordagem cirúrgica preferencial foi a laparoscopia, utilizada em 69,57%, n=48, no P1 e 65,69%, n=67, no P2.

No P1, verificou-se um aumento do número de casos de mulheres pós-menopausa (37,68%, n=26) em comparação com o P2 (14,71%, n=15), (p < 0,01), sendo a patologia uterina a mais prevalente nestas idades.

Apesar de se verificar uma diminuição do número de cirurgias urgentes durante a pandemia, as indicações cirúrgicas mais frequentes foram semelhantes. A redução no número de casos de gravidez ectópica poderá estar relacionada com a diminuição do número de gestações ocorridas nesse período e, eventualmente, com a suspensão da atividade dos centros de medicina da reprodução. O aumento dos casos de torção anexial/ovárica poderão estar relacionados com a diminuição do número de consultas e cirurgias eletivas durante a pandemia.

Apesar das reservas existentes no período pandémico sobre a utilização da laparoscopia, registamos que no nosso hospital, essa via continuou a ser a preferencial, com benefícios, e sem que a segurança dos doentes e profissionais fosse colocada em risco.

PD 125

VIGILÂNCIA GINECOLÓGICA DE TRANSGÊNEROS MASCULINOS: CASUÍSTICA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Beatriz Ferro¹; Mafalda Simões¹; Catarina Miranda Silva¹; Sara Campos²; Carla Rodrigues²; Giselda Carvalho²; Francisco Falcão²; Fernanda Águas¹

¹Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²¹- Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

²-Unidade de Reconstrução Genito-Urinária e Sexual (URGUS) - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O indivíduo transgénero é aquele cuja identidade de género difere do sexo biológico. As barreiras logísticas e culturais ao acesso a cuidados de saúde contribuem para um aumento de doenças do foro psiquiátrico, infeções sexualmente transmissíveis (IST) e doenças crónicas nesta população.

Objetivos: Descrever as características e abordagem dos transgéneros masculinos referenciados à consulta de Ginecologia da Unidade de Reconstrução Génito-Urinária e Sexual (URGUS).

Material e métodos: Estudo retrospectivo das características demográficas e intervenção ginecológica dos indivíduos transgéneros masculinos referenciados à consulta de Ginecologia-URGUS entre janeiro de 2017 a março de 2022.

Resultados: Foram referenciados à consulta 94 indivíduos com mediana de idade de 25 anos (17-60). Relativamente aos antecedentes pessoais, destaca-se patologia psiquiátrica em 25,5% (n = 24), salientando-se a depressão em 21,3% (n = 20). Em relação aos antecedentes ginecológicos e obstétricos, em 96,8% (n = 91) não havia história de gestações e 41 % (n = 39) já haviam praticado coito vaginal. Foi realizado rastreio do cancro do colo do útero (RCCU) em 38,3% (n = 36), sendo que não revelou alterações em

86,1% (n = 31). Contudo, em 13,9% (n = 5) a tipagem de HPV foi positiva, em 3 casos para HPV de outros tipos de alto risco, 1 para HPV 16 e 1 para HPV 18. Na citologia, 2 doentes apresentavam lesões intraepiteliais de baixo grau. Foram usados métodos contraceptivos hormonais em 10,6% (n = 10), sendo a oral combinada a mais utilizada (90%). Foi realizada ecografia ginecológica em 88,3% (n = 83), com alterações em 13,3% (n = 11) dos casos: patologia uterina em 54,5% (n = 6) (3 casos de miomas, 1 pólipo endometrial e 1 septo fúndico) e anexial em 45,5% (n = 5) (1 cistadenoma seroso, 1 teratoma, 1 quisto simples e 1 tumor seroso borderline do ovário). Foi realizada ecografia mamária em 68,1% (n = 64), com achados benignos em 14,1% (n = 9), nomeadamente 5 casos de fibroadenomas, 3 quistos mamários e 1 schwannoma benigno com confirmação histológica.

Conclusões: É fundamental que o ginecologista esteja familiarizado com as questões médicas inerentes a esta população, procedimentos cirúrgicos efetuados e práticas sexuais, para melhor compreender as suas necessidades e riscos. A intervenção deverá ser individualizada com avaliação da necessidade de contraceção, prevenção de transmissão de IST e realização de rastreios oncológicos do colo uterino e de mama de forma semelhante às mulheres cisgénero.

PD 127

ABORDAGEM HOLÍSTICA NA REDESIGNAÇÃO SEXUAL: CASUÍSTICA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Mafalda Pinho Simões¹; Beatriz Ferro¹; Catarina Miranda Silva¹; Sara Campos²; Carla Rodrigues²; Giselda Carvalho²; Francisco Falcão²; Fernanda Águas

¹Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ²Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Unidade de Reconstrução Génito-Urinária e Sexual (URGUS)

Introdução: A redesignação sexual abrange a transição social de género e cuidados médicos tais como a terapêutica hormonal e a cirurgia genital e não genital. A abordagem da pessoa transgénero deve respeitar a individualidade de cada um.

Objetivos: Fornecer uma visão geral dos procedimentos de redesignação sexual masculinizante.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu os transgéneros masculinos (FtM) referenciados à consulta de Ginecologia – Unidade de Reconstrução Génito-Urinária e Sexual (URGUS) de janeiro de 2017 a março de 2022.

Resultados: Foram orientados para a consulta de Ginecologia-URGUS 94 indivíduos em que 95,7% (n = 90) já tinham legalmente alterado o nome e género atribuído à nascença. A mediana de idade de referenciação à consulta foi 25 anos (17-60). A hormonoterapia com testosterona estava instituída em 94,7% (n = 89), sendo que a mediana de idade de início foi 22 anos (15-58). Foi feita associação com um análogo de GnRH em 22,5% (n = 20). Relativamente à cirurgia de redesignação sexual, foi realizada histerectomia com anexectomia bilateral em 42,6% (n = 40), associada a vaginectomia em 22,5% (n = 9), e com mediana de idade na cirurgia de 27,5 anos (18-58). A via de abordagem foi laparoscópica

em 85% (n = 34), vaginal em 10% (n = 4) e aberta em 5% (n = 2). Foram registadas complicações em 2 casos (hematoma da cúpula). Foi realizada mastectomia bilateral em 73,4% (n = 69) com uma mediana de idade de 24 anos (18-59) e faloplastia em apenas 6,4% (n = 6) pelos serviços de Urologia e de Cirurgia Plástica e Reconstructiva da URGUS. A opção da preservação da fertilidade foi oferecida a todos os indivíduos em idade fértil, sendo que houve esse desejo em 13,8% (n = 13) e foi realizada em 9,6% (n = 9) com recurso à criopreservação de ovócitos.

Conclusões: A abordagem dos indivíduos trans implica a intervenção de equipas multidisciplinares constituídas por psicólogo, psiquiatra, cirurgião plástico, ginecologista e urologista de forma articulada. As necessidades médicas e cirúrgicas deverão ser individualizadas bem como a gestão de expectativas relativamente ao resultado final das intervenções para a afirmação da identidade de género de forma a que estes indivíduos se sintam identificados com o seu corpo e integrados na sociedade. É fundamental instruir a pessoa sobre as suas opções terapêuticas, suas indicações, implicações e limites

PD 128

HIPERPLASIA DE REMANESCENTES MESONÉFRICOS E HSIL NO COLO DO ÚTERO: DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Filipa Graça¹; José Fonseca-Moutinho²

¹Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; ²Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

A hiperplasia mesonéfrica é uma entidade benigna pouco frequente, sendo encontrada, na generalidade dos casos, de forma acidental, no colo uterino de mulheres assintomáticas. O sistema de ductos mesonéfricos regride, habitualmente, durante o desenvolvimento embrionário feminino, podendo permanecer estruturas vestigiais não funcionais, que se

acredita que sejam precursoras das lesões mesonéfricas hiperplásicas. O diagnóstico da hiperplasia mesonéfrica baseia-se no exame histológico e imunohistoquímico de uma amostra de conização cervical ou histerec-tomia, obtida no contexto de outra patologia que pode surgir simultaneamente, e que não se relaciona diretamente com a lesão mesonéfrica.

Neste estudo, descreve-se um caso clínico de uma doente do sexo feminino, de 48 anos de idade, assintomática, encaminhada a uma consulta de Ginecologia no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB) pelo Programa de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, por teste de HPV de alto risco e HSIL na citologia cervical. Neste contexto, foi realizada biópsia cervical, dirigida por colposcopia, cujo estudo anatomopatológico mostrou displasia de alto grau (CIN3), com ampla expressão do marcador p16. Foi realizada, então, conização do colo do útero por ansa diatérmica, efetuando-se o diagnóstico definitivo de lesão intraepitelial pavimentosa de alto grau (CIN3), associada a hiperplasia de remanescentes mesonéfricos.

Tendo por base este caso clínico, realizou-se uma revisão da literatura existente sobre esta entidade mesonéfrica, que mostrou que embora esteja bem caracterizada, pode ser, erroneamente, reconhecida como um processo maligno, dada a sua ampla variedade de formas de apresentação no colo uterino, pelo que é importante o seu reconhecimento.

PD 129

TVT RETROPÚBICA APÓS FALHA DO PRIMEIRO SLING: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda Pinho Simões¹; Beatriz Ferro²; João Paulo Marques¹

¹Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: A incontinência urinária é uma patologia comum e debilitante, afetando cerca de 50% das mulheres em alguma altura da sua vida. A incontinência de esforço (IUE) tem uma prevalência de 10 a 39%, sendo que a cirurgia de correção com rede suburetral sem tensão (TVT) é reconhecida como a abordagem padrão. Após recidiva do tratamento cirúrgico, considera-se a IUE como complicada. **Caso clínico:** Mulher de 49 anos, obesa, foi encaminhada à consulta de Uroginecologia de um hospital terciário por IUE. Ao exame físico apresentava hipermobilidade uretral, stress teste positivo com manobra de Valsalva e tosse, que corrigia com TVT-teste e ausência de resíduo pós-miccional.

Foi então submetida a cirurgia de correção com colocação de sling por via transobturadora (TVT-O).

Na consulta pós-operatória, dois meses depois, mantinha episódios de IUE. Ao exame físico observava-se uma uretra fixa com stress teste positivo com manobra Valsalva e tosse. Perante este dado objetivo e manutenção da clínica foi proposta para TVT retropúbica e incentivada a perda ponderal.

A cirurgia decorreu sem incidentes, tendo sido realizado stress teste intraoperatoriamente. Quatro meses depois, apresentava franca melhoria da sintomatologia e ao exame físico apresentava uma uretra fixa, stress teste negativo com tosse e manobra Valsalva

e um resíduo pós-miccional apenas vestigial. Mantém-se em seguimento na consulta de Uroginecologia sem queixas de IUE, urgência ou dificuldade miccional.

Conclusão: Existe pouca informação publicada referente à melhor abordagem após falha de sling, sendo aspetos a ter em conta, as características da doente e a experiência do cirurgião. A TVT retropúbica pode ser a solução a oferecer.

Além disso, a associação entre IUE e a obesidade é bem estabelecida, pelo que, neste caso a perda ponderal pode ser um fator de manutenção importante na resolução da sintomatologia.

PD 130

É POSSÍVEL MELHORAR A AZOOSPERMIA TRATANDO FATORES POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS?

Beatriz Ferro¹; Filipa Sousa²; Alexandra Carvalho³; Ana Filipa Ferreira⁴; Luis Sousa⁵; Ana Paula Sousa⁶; Belmiro Parada⁷; Paulo Cortesão⁸; Teresa Almeida-Santos⁹

¹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra; ²Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁵Serviço de Urologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁶Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁷Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra; ⁸Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra; ¹⁰Serviço de Urologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ¹¹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ¹²Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ¹³Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ¹⁴Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ¹⁵Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ¹⁶Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ¹⁷Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ¹⁸Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ¹⁹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²⁰Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²¹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²²Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²³Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²⁴Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²⁵Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²⁶Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²⁷Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²⁸Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²⁹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³⁰Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³¹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³²Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³³Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³⁴Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³⁵Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³⁶Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³⁷Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³⁸Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³⁹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴⁰Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴¹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴²Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴³Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴⁴Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴⁵Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴⁶Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴⁷Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴⁸Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴⁹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁵⁰Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁵¹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁵²Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁵³Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁵⁴Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁵⁵Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁵⁶Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁵⁷Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁵⁸Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁵⁹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁶⁰Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁶¹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁶²Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁶³Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁶⁴Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁶⁵Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁶⁶Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁶⁷Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁶⁸Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁶⁹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁷⁰Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁷¹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁷²Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁷³Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁷⁴Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁷⁵Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁷⁶Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁷⁷Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁷⁸Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁷⁹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁸⁰Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁸¹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁸²Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁸³Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁸⁴Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁸⁵Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁸⁶Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁸⁷Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁸⁸Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁸⁹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁹⁰Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁹¹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁹²Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁹³Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁹⁴Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁹⁵Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁹⁶Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁹⁷Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁹⁸Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁹⁹Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ¹⁰⁰Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A azoospermia está presente em até 10% dos homens inférteis. Uma abordagem multidisciplinar combinada com o uso técnicas de procriação medicamente assistida (PMA) permitiu que alguns pacientes azoospérmicos concebessem descendentes biológicos, apesar de reduzidas taxas de sucesso.

Objetivos: Caracterização demográfica de doentes azoospérmicos e avaliação de out-

comes após PMA e possíveis fatores reversíveis.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes referenciados à consulta de Andrologia do serviço de Medicina da Reprodução de um Hospital Universitário no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019 com alterações da qualidade espermática e azoospermia.

Resultados e conclusões: Azoospermia foi encontrada em 19,55% (131) de 670 com parâmetros espermáticos anormais. A idade mediana foi de 35 anos (20-52). As situações obstrutivas foram raras - 2,29% (3). 41,22% (54) tinham hábitos tabágicos, 32,06% (42) varicocele e em 22,90% (30) foram encontradas alterações genéticas. A obesidade estava presente em 11,45% (15) e em 11,45% (15) não foram identificados fatores etiológicos. Foi realizada colheita de esperma em 58,02% (76): 34 biópsias testiculares, 8 punções aspirativas e 28 biópsias testiculares + punções aspirativas; em 64% (44) não foi obtida nenhuma célula espermática e em 37% (26) poucas ou nenhuma células foram encontradas. Foi encontrada hipoespermatogénese moderada em 34% (26) e padrão Sertoli-only em 30% (23). Em 18% (24) foi realizada correção do varicocele, enquanto em 5 foi prescrito tratamento hormonal e num caso antioxidantes. A melhoria dos parâmetros espermáticos ocorreu em 25,93% (7) daqueles submetidos à correção de varicocele: 4 oligoastenoteratospermia, 2 oligospermia grave e 1 astenozoospermia. As técnicas de PMA foram realizadas em 18% (23) resultando em: 1 transferência de embriões congelados (TEC) após ICSI + biópsia espermática (aborto precoce) e 4 gravidezes evolutivas. Entre os doentes com melhoria dos parâmetros seminais, houve 1 gravidez espontânea e outra após PMA. A doação de esperma foi sugerida em 46% (60).

Em doentes com azoospermia deve haver uma investigação exaustiva de possíveis causas reversíveis, considerando que a correção do varicocele pode contribuir significativamente para a colheita de esperma e possibilitar uma técnica de PMA.

PD 131

ENDOMETRIOSE & RECETORES INIBIDORES DAS CÉLULAS NATURAL KILLER

José Manuel Lourenço Reis¹; Miguel Ângelo-Dias²; Catarina Martins²; Luís Miguel Borrego³; Jorge Lima³
¹Hospital da Luz Lisboa; ²CEDOC, Centro de Estudos em Doenças Crónicas, NOVA Medical School; ³CEDOC; Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A endometriose é uma doença inflamatória crónica caracterizada pela presença de tecido endometriode fora da cavidade uterina. Existem diversas teorias sobre a sua etiologia, sendo uma delas a teoria da disfunção imunológica e em particular a da disfunção das células natural killer (NK).

Objetivo: foi avaliada a expressão de um painel de recetores inibidores das células NK, no líquido peritoneal e sangue periférico em mulheres com endometriose (E) comparativamente com um grupo controlo (C). Pretende-se contribuir para a compreensão da etiopatogenia da doença e identificação de um biomarcador no sangue periférico associado à gravidade da doença.

Métodos: Foram recrutadas pacientes operadas a endometriose e pacientes com outras patologias ginecológicas benignas (controlo). Foram avaliadas amostras de sangue periférico (SP) e líquido peritoneal (LP), determinando-se a expressão, por citometria de fluxo, dos marcadores: CD45, CD3, CD56, CD16, CD8, PD-1, CD158a, NKG2A, CD57, CD96, IL-18Ra, CD161, TIM-3, TIGIT, e LAG-3.

Resultados e conclusões: Analisadas 21 pacientes E e 4 pacientes C. Identificaram-se proporções menores de células NK ($p =$

0,022) no SP e aumento de NK CD8+CD56+CD16+ ($p = 0,044$) no LP no grupo E comparativamente ao grupo C. No grupo E no sangue periférico, observaram-se proporções elevadas de células maduras NK CD56+CD16+ e proporções mais baixas de células NK CD56+CD16-/fraco ($p < 0,0001$), uma subpopulação mais imatura. O SP, em comparação com o LP, mostrou % mais elevadas de células NK CD56+CD16-/fraco ($p = 0,0001$), uma subpopulação com elevada capacidade proliferativa e baixa função citotóxica, com uma expressão mais elevada de IL18Ra ($p < 0,0001$). De acordo com esta diferença nos perfis de maturação NK entre diferentes tipos de amostra, todas as populações NK do LP mostraram níveis de expressão mais altos dos recetores co-inibidores TIGIT e CD96 ($p \leq 0,006$), enquanto a expressão de CD161 mostrou-se mais elevada nas células NK CD56+CD16+ do SP ($p < 0,0001$), um marcador ligado à capacidade citotóxica das NK.

Os níveis CD161 nas NK CD56+CD16+ do LP correlacionam-se negativamente com a idade ($p = 0,0002$; $r = -0,753$).

Concluindo, os compartimentos SP e LP são claramente diferentes no que respeita aos perfis de maturação NK e à expressão de diversos marcadores. Apesar da pequena dimensão da amostra existem diferenças em marcadores NK entre o grupo endometriose e controlo, o que reforça a disfunção imunológica subjacente a esta patologia.

PD 132

CIRURGIA SOBRE OVÁRIOS RESTANTES – QUAIS OS FATORES PREDITIVOS DA INTERVENÇÃO?

Sara Sousa Sales¹; Dora Antunes²; Maria João Carvalho³; Francisco Falcão⁴, Fernanda Águas⁴

¹Serviço de Ginecologia e Obstetria do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE; ²Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar Universitário Coimbra (CHUC); Faculdade Medicina Universidade Coimbra (FMUC);

³Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar Universitário Coimbra (CHUC); Clínica Universitária de Ginecologia da Faculdade Medicina Universidade Coimbra (FMUC); ⁴Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar Universitário Coimbra (CHUC)

Introdução: A ooforectomia profilática em mulheres histerectomizadas por patologia uterina benigna não está recomendada nas mulheres em pré-menopausa. A taxa de cirurgia sobre os ovários restantes é de 4-6%, sendo considerada uma cirurgia com mais desafios técnicos e complicações. Na literatura, escasseiam estudos sobre os fatores preponderantes na decisão cirúrgica e ainda sobre a via de abordagem preferencial e morbilidade associada.

Objetivos: O presente estudo tem como objetivo caracterizar uma população de mulheres submetidas a cirurgia por patologia anexial em ovário restante e determinar quais os fatores clínicos, laboratoriais e ecográficos preditores de uma abordagem cirúrgica.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo incluindo 39 mulheres histerectomizadas por patologia benigna e diagnosticadas com patologia anexial, durante o período compreendido entre outubro de 2019 e fevereiro de 2022. Os dados obtidos foram alvo de análise estatística e valores de p inferiores a 0,05 considerados estatisticamente significativos.

Resultados: Das 39 mulheres incluídas, 16 foram submetidas a tratamento cirúrgico

(grupo 1) e 23 foram alvo de vigilância clínica e ecográfica (grupo 2). As medianas de idade para o grupo 1 e grupo 2 foram 62 e 54 anos, respetivamente ($p = n.s.$). As medianas do intervalo de tempo decorrido entre a histerectomia e o diagnóstico de patologia anexial foram 13 e 9 anos para o grupo 1 e 2, respetivamente ($p = n.s.$). O maior diâmetro da massa foi o fator que contribuiu de forma significativa para a decisão de intervenção cirúrgica, como comprova a análise com curva ROC. O *cut-off* com melhor sensibilidade e especificidade para a decisão de cirurgia foi de 55,5mm, com sensibilidade de 68,8% e especificidade de 75,0% ($p < 0.05$).

A ausência de comorbilidades e o valor de CA-125 não se revelaram preditores de tratamento cirúrgico. A via de abordagem preferencialmente utilizada foi a laparoscopia, em apenas um caso houve necessidade de laparoconversão. Não se registaram complicações major entre as doentes submetidas a tratamento cirúrgico.

O estudo histológico confirmou malignidade num dos três casos classificados como malignos pelas Simple Rules-IOTA, e ausência de malignidade em todas os casos classificados como benignos ($p = 0,06$).

Conclusão: A dimensão da massa anexial foi fundamental para a decisão de intervenção cirúrgica sobre ovários restantes. A abordagem por laparoscopia revelou-se eficaz e segura para este tipo de cirurgia.

PD 133

O PERFIL IMUNOHISTOQUÍMICO DOS PÓLIPOS ENDOMETRIAIS EM MULHERES EM PRÉ-MENOPAUSA

Daniela Melo¹; Dora Antunes²; Maria João Carvalho¹; Rui Caetano³; Fernanda Águas²

¹Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Clínica Universitária de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; ²Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

³Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Os pólipos endometriais são achados patológicos uterinos frequentes, caracterizados por um crescimento excessivo das glândulas endometriais, estroma e vasos sanguíneos, formando projeções da superfície do endométrio para o interior da cavidade uterina. São causa comum de hemorragia uterina anormal e infertilidade. A patogénese dos pólipos endometriais é pouco compreendida. No entanto, os estrógenos e a progesterona são conhecidos por modular a proliferação e diferenciação endometrial através dos seus recetores.

Objetivos: Avaliar o perfil imunohistoquímico dos pólipos endometriais de mulheres na pré-menopausa, sem hemorragia uterina anormal.

Material e métodos: Foram estudados por imunohistoquímica 20 pólipos endometriais, removidos por histeroscopia entre outubro de 2020 e julho de 2021, provenientes de 20 mulheres na pré-menopausa, sem hemorragia uterina anormal (6 destas submetidas a histeroscopia diagnóstica para estudo da infertilidade e as restantes 16 por achados ecográficos sugestivos). Os pólipos foram avaliados em relação à expressão de recetores de estrogénios, progesterona e androgénios, CD34 e Ki67. Foram analisados dados clínicos, patológicos e histeroscópicos. Foi reali-

zado o teste de Mann-Whitney para amostras independentes e os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: As mulheres incluídas apresentavam uma média de idade de 41,65 +/- DP [28 e 53] anos, 35% (n = 7) tinham excesso de peso ou obesidade e 60% (n = 12) apresentavam alguma comorbilidade. Apenas 30% usavam contraceção hormonal (n = 6) e eram nuligestas (n = 6). Verificou-se uma menor expressão de recetores de androgénios ($p = 0,035$) e CD34 ($p = 0,046$) nos pólipos endometriais de mulheres em estudo de infertilidade. Não foram encontradas outras associações, nomeadamente com o IMC, hábitos tabágicos, presença de comorbilidades, paridade e uso de contraceção hormonal. Apesar da desregulação na síntese de estrogénios e progesterona e a existência de uma resposta proliferativa do endométrio face à estimulação estrogénica parecerem potenciar o desenvolvimento de pólipos endometriais, não se verificou um aumento da expressão dos seus recetores, sugerindo uma etiopatogenia independente dos pólipos endometriais.

PD 134

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL DE ALTO GRAU APÓS-HISTERECTOMIA TOTAL – O DESAFIO DIAGNÓSTICO E T

Susana Patrícia Lima Oliveira¹; Ana Andrade²;
Cláudia Miranda³; Elvira Sellyze², Maria João Carinhas²

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ²Centro Materno-Infantil do Norte; ³Hospital Senhora da Oliveira

Introdução: A neoplasia intraepitelial vaginal (VaIN), definida pela presença de células atípicas escamosas no epitélio vaginal, representa uma condição pré-maligna rara, com incidência de 0.4%. Os fatores de risco para VaIN são: presença de HPV, tabagismo, existência de

CIN (neoplasia intraepitelial cervical) e/ou VIN (neoplasia intraepitelial vulvar), histerectomia prévia por CIN, imunossupressão e radioterapia pós-carcinoma do colo. Particularmente, 50-90% das VaIN estão associadas ao CIN. No entanto, o risco de progressão não segue a mesma história natural das CIN, evidenciando 89% de regressão em 3 anos. Pacientes com antecedentes de CIN têm maior probabilidade de apresentarem VaIN após histerectomia e maior incidência de progressão dessas lesões para carcinoma vaginal invasivo. Lesões cervicais e vaginais devem ser pesquisadas metodicamente antes da histerectomia. Citologias vaginais anormais e HPV persistente são importantes preditores de VaIN pós-histerectomia, pelo que apesar da história natural das VaIN ser em parte desconhecida e da inexistência de recomendações formais de seguimento de CIN após histerectomia, recomenda-se citologia e teste HPV anual.

Descrição do caso: Apresentam-se 6 casos de VaIN de alto grau após-histerectomia, documentados com fotos colposcópicas e fotograficamente aquando do procedimento de excisão de lesão vaginal LASER. As utentes, com idades compreendidas entre os 55 e os 75 anos, 2 com antecedentes de imunossupressão e 4 com hábitos tabágicos, tinham sido previamente submetidas a histerectomia total por persistência de lesão cervical. O seguimento citológico e colposcópico evidenciou lesões de alto grau vaginais (VaIN3) com persistência de HPV de alto risco (HPV 16 e/ou outros HPV de alto risco). Todas as pacientes foram submetidas a excisão de lesão vaginal LASER associada a vaporização LASER, 3 delas por recorrência de lesões vaginais de alto grau subsequente a excisão vaginal prévia.

Conclusão: A avaliação da cúpula pós-histerectomia por CIN deve ser efetuada com muita atenção, no sentido de detetar uma neoplasia encarcerada, uma vez que 5% podem evoluir

de focos ocultos para lesões invasivas apesar da vigilância periódica. O diagnóstico e tratamento precoces de lesões VaIN representam a pedra angular para redução da incidência de cancro vaginal. A proximidade da bexiga e intestino representam verdadeiros desafios cirúrgicos na excisão de lesões vaginais pós-histerectomia.

PD 135

O IMPACTO DA INFERTILIDADE NA SEXUALIDADE DA MULHER: ESTUDO EXPLORATÓRIO NA REGIÃO DO ALGARVE

Marta Inácio¹; Eunice Capela²; Ana Marreiros¹
¹Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve; ²Centro Hospitalar da Universidade do Algarve

Resumo: Em Portugal 9,8% das mulheres com idade entre os 25 e os 69 anos tiveram um problema de infertilidade ao longo da vida. A taxa de conceção mensal nos casais férteis é de aproximadamente 20%. A consulta de Apoio à Fertilidade do CHUA do Hospital de Faro, segundo dados fornecidos no local, teve um total de 688 consultas no ano de 2021, sendo ele, número significativo e que despertou o interesse da investigação.

Esta investigação, tem como objetivo a avaliação do impacto da infertilidade na sexualidade da mulher, tratando-se de um estudo inédito na região do Algarve. A amostra foi de conveniência, aleatória, não probabilística. Foram utilizadas escalas de avaliação dos vários indicadores: FSFI, FSD-R, SSS-W e a SSS, as quais apresentam boa fiabilidade. Comparou-se uma amostra de mulheres com diagnóstico de infertilidade até 4 anos com um grupo de mulheres com diagnóstico de infertilidade com 5 e mais anos, de forma a perceber até que ponto existe impacto do tempo de infertilidade com a sexualidade na mulher.

De acordo com os resultados encontrados

percebeu-se que o tempo de infertilidade agrava a dimensão do mal-estar sexual da mulher, não tendo resultados significativos no que concerne à disfunção sexual, autoestima sexual e satisfação sexual. Apesar de se ter uma amostra pequena (n=20), há uma boa consistência interna nas variáveis avaliadas, sendo o valor do Alpha de Cronbach igual a 0,894 o que nos dá satisfação para poder continuar a investigação na área de forma a encontrar caminhos para o melhor acompanhamento destas utentes.

Para além disso, a análise dos resultados pode-se verificar com este estudo que é de extrema importância iniciar a par do diagnóstico e dos tratamentos de infertilidade, suporte psicossocial, não só, a todas estas mulheres, como também ao casal. Isto porque a sexualidade acaba por ser não só da mulher, mas também do casal.

Palavras-chave: infertilidade, impacto na sexualidade feminina, infertilidade feminina.

PD 136

A SEXUALIDADE DA MULHER NUMA POPULAÇÃO UNIVERSITÁRIA

Ana Luísa Leitão¹; Eunice Capela¹
¹Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve

Introdução: A função sexual desempenha um papel de grande importância na saúde e qualidade de vida da mulher. No entanto, são poucos os dados estatísticos publicados sobre o tema.

Objetivos: Este estudo de carácter observacional, transversal, descritivo tem como objetivo determinar a prevalência de perturbações sexuais numa população universitária feminina, aplicando um questionário socio-demográfico, e os formulários Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), Questionário de Sexual Distress (FSD-R) e Escala de Satisfação sexual (SSS-W).

Material e métodos: Os dados foram obtidos através de questionários de autopreenchimento, aplicados a 60 estudantes da Universidade do Algarve, do género feminino, escolhidas aleatoriamente (amostra de conveniência), com faixa etária compreendida entre os 18 e os 25 anos (inclusive), no período de fevereiro a março de 2022. Foi realizada a análise descritiva de prevalências e simultaneidade das perturbações sexuais femininas, assim como a análise de associação (coeficientes de correlação) com características demográficas e reprodutivas das estudantes.

Resultados e conclusões: Os dados obtidos demonstram que a prevalência de algum tipo de perturbação sexual nesta população foi de 75,0%. A Perturbação do Interesse Sexual observou-se em 42,4% das inquiridas, seguida da Perturbação do Orgasmo em 36,7%. A terceira mais prevalente foi a Dispareunia, com 21,7%, e o Vaginismo surge com 16,7%. Por fim, o défice de lubrificação é prevalente em 10% das inquiridas, e a Perturbação da Excitação é a menos comum com 6,7%. Relativamente a satisfação sexual, 26,7% das estudantes refere não estar satisfeita com a sua vida sexual atual e 6,7% respondem que as suas dificuldades sexuais causam impacto negativo no seu bem-estar. O presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o tipo de seleção efetuada, a potência da amostra e o desconhecimento da idade da coitarca e da orientação sexual. Apesar deste facto, este estudo mostrou existir uma prevalência significativa de perturbações sexuais neste grupo de mulheres jovens, o que sugere que tal deveria ser uma preocupação para o gabinete de apoio ao estudante, podendo ser colocada a hipótese de ser criada uma consulta de apoio nesta área. Palavras-chave: Sexualidade, Perturbação sexual feminina, Interesse Sexual, Excitação Sexual, Orgasmo, Dispareunia, Vaginismo, Lubrificação, Satisfa-

ção Sexual.

PD 137

DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA PROFUNDA: ACHADOS INTRAOPERATÓRIOS VERSUS AVALIAÇÃO HISTOLÓGICA

Ana Rita Figueiredo¹; Rita Valente¹; Tiago Aguiar¹; Pedro Pinto¹; João Cavaco-Gomes¹; Ana Sofia Fernandes¹; Margarida Martinho¹

¹Centro Hospitalar e Universitário São João

Introdução: Os avanços recentes na avaliação imagiológica da endometriose profunda (EP) têm contribuído para que no tratamento cirúrgico seja mais fácil o equilíbrio entre a radicalidade da intervenção e a necessidade de preservar a função. No entanto, com alguma frequência nos questionamos sobre se, com o objetivo de evitar recorrência da doença, fomos demasiado interventivos.

Objetivos: Correlacionar os achados imagiológicos e a avaliação intra-operatória de lesões de EP, com os achados histológicos.

Material e métodos: Estudo coorte retrospectivo incluindo todas as cirurgias laparoscópicas programadas de EP realizadas num Centro Terciário e efetuadas pela mesma equipa cirúrgica, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2021. Consulta do processo clínico, com colheita de informação relativa às doentes, nomeadamente, exames complementares de diagnóstico, procedimento cirúrgico efetuado, localização das lesões e exame histológico das lesões removidas. A análise estatística foi realizada com recurso ao IBM SPSS Statistic 27®.

Resultados: No período de 11 anos, foram incluídas 117 cirurgias laparoscópicas programadas por suspeita de EP. Foi abordado o compartimento posterior em 112 casos e o anterior em 21 casos. No total foram removidas 376 lesões, a maioria do compartimento posterior 342 (91%).

A histologia confirmou o diagnóstico intraope-

ratório em 359 das 376 lesões, sendo o valor preditivo positivo (VPP) da avaliação intraoperatória de 95%.

Em 6 dos 112 casos em que foi abordado o compartimento posterior, não houve confirmação histológica do diagnóstico, enquanto que dos 21 casos em que foi abordado o compartimento anterior, todos tiveram confirmação histológica, e esta diferença foi estatisticamente significativa, $p = 0.004$.

Na avaliação do compartimento anterior a sonovaginografia e a RMN tiveram respectivamente uma sensibilidade de 38% e 57% especificidade de 94% e 96%, VPP 56% e 73%; VPN de 89% e 93%.

Na avaliação do compartimento posterior a sonovaginografia e a RMN tiveram respectivamente uma sensibilidade de 83% e 90%; especificidade de 43% e 29%, VPP 94% e 94%; VPN de 19% e 18%.

Conclusões: A avaliação intraoperatória de lesões suspeitas de EP teve um alto VPP, demonstrando uma boa correlação entre a avaliação intraoperatória e o diagnóstico histológico definitivo.

A sonovaginografia e a RMN revelaram-se mais sensíveis na detecção de lesões do compartimento posterior.

Gold Sponsors



Sponsors



Organização *Organization*



Patrocínio Científico *Scientific Sponsor*



Major Sponsor



Secretariado *Secretariat*

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16C Sala 3 1000-027 Lisboa
+351 21 842 97 10
paula.cordeiro@admedic.pt | elsa.sousa@admedic.pt
www.admedic.pt

Agência de Viagens Oficial *Official Travel Agency*

admedic⁺
Tours

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
+351 21 841 89 50
paula.cordeiro@admedictours.pt
www.admedictours.pt
RNAVT 2526