

191ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

# Ginecologia

## ONCOLÓGICA

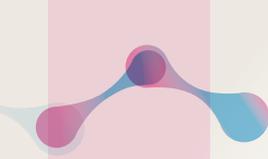
Hotel MH Atlântico, Peniche

09 e 10 novembro 2018



Consulte a versão digital  
do programa e aceda  
aos resumos

**Programa  
Científico**



# Sexta-feira

09 de novembro 2018

08:00h

Abertura do Secretariado

09:00-13:00h

## WORKSHOP

### **Tumores hereditários mama-ovário. Aconselhamento genético para clínicos não geneticistas**

09:10-09:45h

> **Síndromes hereditários de cancro de mama e ovário:**

**Dos genes à clínica**

Juliette Dupont

09:55-10:30h

> **Diagnóstico genético nas síndromes hereditárias de cancro da mama e do ovário: Diferentes abordagens**

Sofia Maia

10:40-11:00h

Intervalo

11:00-11:35h

> **Cancro de mama e ovário hereditário e novas abordagens terapêuticas**

Gabriela Sousa

11:45-12:20h

> **Aconselhamento genético e consentimento informado no cancro hereditário. Variantes de significado indeterminado**

Fátima Vaz

12:30-13:00h

> **Mensagens finais**

Gabriela Sousa

15:00-15:15h

**Sessão de Abertura**

15:15-17:00h

## **Cancro do ovário**

Moderadores: Carlos Lopes e Deolinda Pereira

> **Cirurgia no cancro do ovário: Extensão da radicalidade?**

Cristina Frutuoso

> **Quimioterapia intraperitoneal e HIPEC no carcinoma do ovário:**

**Prós e contras**

Mónica Nave

> **Estadiamento nos tumores não epiteliais do ovário**

Paulo Aldinhas

17:00-17:20h

*Coffee-break*

17:20-19:00h

### **Controvérsias 1**

Moderadoras: Luísa Carvalho e Teresa Carvalho

- > **Tratamento adjuvante nos sarcomas uterinos**  
Lurdes Batarda
- > **Quando operar depois da radioterapia no carcinoma da vulva**  
Lúcia Correia
- > **Ensaio clínico a decorrer em ginecologia oncológica**  
Susana Sousa

19:00-19:45h

### **Como implementar qualidade da cirurgia no cancro do ovário**

- > **Colégio da sub-especialidade**  
Daniel Pereira da Silva

19:45h

**Encerramento do 1º dia da Reunião**

## **Sábado**

**10 de novembro 2018**

07:30h

Abertura do Secretariado

08:00-09:00h

### **Comunicações livres**

Moderadores: José Fonseca Moutinho e Paulo Correia

09:00-10:30h

### **Controvérsias 2**

Moderadores: Luís Sá e Filomena Santos

- > **Abordagem ganglionar no carcinoma do colo: Estádios iniciais e estádios avançados**  
Alexandra Pregal
- > **Abordagem ganglionar no carcinoma do endométrio**  
Cláudia Andrade
- > **Radioterapia na doença oligometastática no cancro ginecológico**  
Inês Nobre-Góis

10:30-10:50h

*Coffee-break*

10:50-11:50h

## Simposium



### **iPARP no tratamento do cancro do ovário – Novos dados, novas opções, novas perspetivas**

Moderadora: Susana Sousa

Palestrante: Teresa Carvalho

11:50-13:00h

## Imagem e patologia

Moderadoras: Maria José Pires e Noémia Afonso

- > PET CT no cancro ginecológico  
Paula Lapa
- > Classificação molecular do cancro do endométrio:  
Correlação anatomo-clínica  
Carla Bartosch

13:00-14:15h

Almoço

14:15-14:30h

## Entrega dos prémios de melhor comunicação oral e melhor poster

14:30-15:30h

## Simposium



### ***Vaginal atrophy and local estrogens therapies. What's new?***

Moderator: Cristina Frutuoso

- > *How can we treat vaginal atrophy? A brief revision*  
Giselda Carvalho
- > *Local estrogen treatment in hormone receptor positive Breast cancer, is it safe? The Blissafe Study*  
Miguel Gil Gil
- > *Discussion*

15:30-16:30h

## Estratégias de preservação da fertilidade no cancro ginecológico

Moderadoras: Almerinda Petiz e Teresa Almeida Santos

- > Carcinoma do colo  
Rita Sousa
- > Carcinoma do endométrio  
Hugo Gaspar
- > Carcinoma do ovário/tumor *borderline*  
Nuno Nogueira Martins

17:00h

Encerramento da Reunião

# Ginecologia ONCOLÓGICA

## Resumos dos trabalhos

### Comunicações Orais

#### CO 01

##### CIRURGIA DE MÁXIMO ESFORÇO NO CARCINOMA DO OVÁRIO

Ana Rolha, Catarina Miranda Silva, Simone Subtil,  
Ana Sofia Pais, Inês Ramalho, Ângela Rodrigues,  
Rita Medeiros, Cristina Frutuoso, Teresa Rebelo,  
Fernanda Águas

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O cancro do ovário tem uma incidência de 8,1/100.000 mulheres em Portugal e 75% dos casos são diagnosticados em estádios avançados. Nestes casos, a cirurgia de citoredução primária, de máximo esforço, sem lesão residual macroscópica tem impacto na sobrevivência global. Se a doente não tem condição física para grande cirurgia ou há critérios de irressecabilidade, opta-se por quimioterapia neo-adjuvante (QTNA).

**Objetivos:** Analisar as características das doentes submetidas a cirurgia de máximo esforço, com ou sem QTNA, o tipo de cirurgia realizada e a morbilidade associada ao procedimento.

**Material e métodos:** Revisão da informação clínica das doentes operadas entre 2010 e 2018.

**Resultados:** Foram submetidas a cirurgia de máximo esforço 35 mulheres. A média de idade foi de 58 [19-78] anos. Apresentavam IMC médio de 26 [20-42] Kg/m<sup>2</sup> e 66% tinham ascite na altura do diagnóstico. Foi realizada QTNA em 51% (n=18), seguida de cirurgia de máximo

esforço, enquanto que as restantes 49% (n=17) realizaram cirurgia primária. Foi feita biópsia por laparoscopia em 54% e 20% não tinham condição física para cirurgia de máximo esforço. Realizados em média 4 ciclos de QTNA (3 a 5). Todas as doentes realizaram histerectomia total, anexectomia uni ou bilateral e omentectomia; peritonectomia seletiva/total em 66%; linfadenectomia seletiva/sistemática em 34%, ressecção cólon ou anterior do reto em 57%, do delgado em 26% e esplenectomia em 29%.

Relativamente às doentes submetidas a cirurgia primária e às doentes submetidas a QTNA/ cirurgia de intervalo, a cirurgia completa foi possível em 64% e 84% e a duração de internamento foi em média 16 [6-25] e 11 [5-19] dias, respetivamente. Pela classificação de Clavien–Dindo, ocorreu apenas uma complicação de grau III em cada grupo, sendo as restantes de grau I e II. O intervalo de tempo entre a cirurgia e o início da quimioterapia adjuvante (QTA) foi de 39 ± 15 dias na cirurgia primária e 37 ± 12 dias na cirurgia de intervalo.

**Conclusão:** A cirurgia de máximo esforço realizada após QTNA tem tendencialmente maior taxa de cirurgia completa, não havendo diferença na morbilidade. Não houve prejuízo da data ótima para início de QTA apesar da complexidade dos procedimentos.

Na literatura, a cirurgia de máximo esforço primária é a que tem maior impacto na sobrevida global e deve ser esse o objetivo primário de quem trata carcinoma do ovário.

## CO 02

### CANCRO DE MAMA NA MULHER JOVEM: EXPERIÊNCIA DE 7 ANOS

R. Martins<sup>1</sup>, F Vilela<sup>1</sup>, A Edral<sup>1</sup>, J Luis<sup>2</sup>, E Gonçalves<sup>1</sup>, V Ribeiro<sup>1</sup>, M Ferro<sup>1</sup>, A Lagoa<sup>1</sup>, J Dias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Algarve - Unidade de Faro, Serviço de Ginecologia, Unidade de Senologia/  
Ginecologia Oncológica, <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Algarve - Unidade de Faro, Serviço de Anatomia Patológica

**Introdução:** O cancro da mama (CM) é a neoplasia maligna mais frequentemente diagnosticada na mulher jovem, com uma taxa de incidência de 96:100 000 mulheres. Nesta população alguns estudos sugerem que esta patologia é mais agressiva e tem pior prognóstico, quer por diagnóstico mais tardio quer pelas características biológicas tumorais.

**Objetivos:** Analise das características e *outcomes* na população de mulheres com  $\leq 40$  anos com CM vigiadas no CHUAlg - Faro.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo das mulheres com  $\leq 40$  anos, com diagnóstico de CM no CHUAlg - Faro entre 2010 e 2016 e realizada uma análise estatística com SPSS 22.0®.

**Resultados e conclusões:** Em 7 anos foram diagnosticadas com CM na Unidade de Faro 48 (3,7%) com  $\leq 40$  anos, destas 4 em contexto de gravidez/puerpério, de um total de 1292 casos. A média de idades ao diagnóstico foi de 33,5 anos (min: 23). A maioria sem co-morbilidades, não fumadoras, utilizadoras de contraceção hormonal e múltiparas e 13% têm história familiar de cancro da mama. A referenciação à consulta de senologia foi realizada pelo centro de saúde, sendo a apresentação clínica mais frequente o nódulo mamário e a classificação radiológica mais frequente foi BIRADS4. Em todos os casos o tipo histológico diagnosticado foi carcinoma do tipo ductal invasivo, sendo o grau histológico mais frequente o grau 3 e nos estádios 1 e 2. Foram analisados marcadores biomoleculares sendo possível classificar: 10% como luminais A,

42% luminais B, 15% luminais B com HER2 positivo, 8% HERB positivos e 25% de triplos negativos. Foi detetado um caso de mutação do BRCA-2. No que concerne ao tratamento 42% realizaram QT neoadjuvante, 56% mastectomia radical, 50% QT adjuvante, 86% RT adjuvante, 65% realizaram hormonoterapia, 17% realizaram tratuzumab. Foi realizada cirurgia oncoloplástica em 15% das mulheres. No seguimento: 3 abandonos, 1 gravidez, 8 recidivas (2 locais e 7 à distância) e 3 óbitos. Portanto, as mulheres jovens com CM apresentam frequentemente clínica de nódulo palpável e fatores de mau prognóstico quanto às características tumorais.

Nesta população será importante a suspeição clínica para um diagnóstico e tratamento precoces, dado não ser abrangida pelo rastreio organizado. Questões específicas da população jovem com CM devem ser tidas em conta para uma melhor decisão terapêutica, nomeadamente estarem na pré-menopausa no momento do diagnóstico, a fertilidade, a genética e as questões sociais/emocionais.

## CO 03

### CANCRO DA VULVA NO ALTO MINHO

Marina Sousa Gomes, Rafaela Passos, Vera Trocado, Avelina Almeida, Domingos Magalhães, Agostinho Carvalho, Paula Pinheiro  
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

**Objetivo:** Caracterizar uma população de doentes com cancro da vulva diagnosticado entre 2013-2017 na Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

**Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo através da revisão dos processos clínicos das doentes com diagnóstico de novo de cancro da vulva entre 2013 e 2017.

**Resultados:** No período estudado houve 27 novos casos de cancro da vulva. A média de idades na altura do diagnóstico foi 79 anos (57-92 anos), 44.4% das doentes tinham

lesões vulvares prévias conhecidas, 22,2% diabetes mellitus, 85,2% hipertensão, 7,4% eram obesas e 37% tinham história de pelo menos 3 partos vaginais. A média do tamanho tumoral avaliada por exame histológico foi de 4 cm (0,5 – 15cm). Os sintomas que levaram as doentes a procurar o médico foram sensação de tumefação vulvar (51.9%), seguido de úlcera vulvar dolorosa (25.9%) e prurido vulvar (14.8%). O intervalo médio entre o início da sintomatologia e o diagnóstico foi de 5 meses (1semana - 15 meses). Em 37% dos casos o tumor tinha uma localização mediana. Os diagnósticos histológicos foram por ordem decrescente de frequência carcinoma epidermóide em 81,5%, basocelular em 7.4%, epidermóide verrucoso em 3.7% , sarcoma em 3.7% e angiomioma em 3.7%. Vinte e duas doentes foram submetidas a vulvectomia radical e 5 a vulvectomia simples. Catorze doentes foram submetidas a linfadenectomia inguinal e pélvica bilateral e 3 a linfadenectomia inguinal unilateral. Em 25,9% dos casos houve evidência de envolvimento ganglionar. De acordo com o estadiamento da FIGO, 19 doentes foram classificadas no estadio I, 1 no estadio II e 7 no estadio III. Em 6 casos as doentes foram submetidas a tratamento com radioterapia adjuvante e em 2 casos radioterapia paliativa. Cinco doentes tiveram recidiva local, 4 dos quais eram doentes em estadio III segundo a classificação da FIGO. A mortalidade foi de 25,9%, em três casos atribuídas a outras patologias médicas.

**Conclusão:** A incidência de cancro da vulva no Alto Minho nos últimos 5 anos foi superior à incidência nacional. Provavelmente fatores socioculturais contribuem para esta diferença, a fraca higiene vulvar e o pudor de procurar ajuda médica. O diagnóstico tardio leva a que o envolvimento ganglionar nestes casos seja mais frequente, sendo este um fator de mau prognóstico. Nesta amostra, o prognós-

tico em doentes submetidas a cirurgia em estádios iniciais foi favorável, quando as taxas de sobrevivência são corrigidas pela causa da morte.

## CO 04

### **CANCRO DO ENDOMÉTRIO: ESTADIAMENTO PRÉ OU INTRA-OPERATÓRIO?**

Mariana Rei<sup>1,2</sup>, Inês Rodrigues<sup>3</sup>, Pedro Condeço<sup>3</sup>, Fernando Igreja<sup>3</sup>, Gustavo Mendinhos<sup>3</sup>, Carlos Veríssimo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João, EPE Porto*, <sup>2</sup>*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*, <sup>3</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures*

**Introdução:** Embora o estadiamento do cancro do endométrio seja classicamente cirúrgico, o estadiamento imagiológico pré-operatório tem sido crescentemente considerado como alternativa equivalente.

**Objetivos:** Determinação da acuidade da ecografia pélvica, ressonância magnética (RM) e exame extemporâneo na avaliação da invasão miometrial no estadiamento das neoplasias do endométrio, considerando a histologia da peça operatória como *gold standard*.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos casos de neoplasias do endométrio diagnosticadas na instituição de março de 2012 a outubro de 2018. Inclusão dos casos com confirmação histológica, elegíveis para cirurgia como tratamento primário, que tenham realizado ecografia pélvica endovaginal, RM e/ou exame extemporâneo com o intuito de estadiamento oncológico, seguido de estadiamento cirúrgico. Efetuada análise descritiva da população, bem como da orientação diagnóstica e terapêutica; avaliação da acuidade dos exames de estadiamento através da sensibilidade e especificidade, com intervalos de confiança (IC) de 95% e da respetiva concordância através da estatística Kappa (K) e proporções de concordância (Pa).

**Resultados e conclusões:** De um total de 187

neoplasias no endométrio, 156 casos foram elegíveis, com uma idade média de 69 anos ( $\pm 10$ ). A histologia mais frequente foi o carcinoma endometrióide ( $n=115$ ), seguido do seroso ( $n=25$ ); a maioria apresentaram-se no estadio IA ( $n=85$ ) ou IB ( $n=21$ ).

A ecografia pélvica, RM e exame extemporâneo apresentaram respetivamente sensibilidades de 56%, 71% e 67% [IC 95% 0.35-0.75; 0.49-0.87; 0.45-0.84] e especificidades de 90%, 78% e 94% [IC 95% 0.79-0.97; 0.58-0.91; 0.84-0.98]. O exame extemporâneo foi aquele com menor taxa de sobreestadiamento (6.5% IC95% 0.02-0.16), enquanto que a RM foi o exame com menor taxa de subestadiamento (29.2% IC95% 0.13-0.51). A concordância entre exames foi superior entre a RM e exame extemporâneo ( $P_a=0.79$ ,  $K=0.56$ ) e entre a RM e a ecografia ( $P_a=0.78$ ,  $K=0.47$ ), apresentando valores razoáveis entre a ecografia e o exame extemporâneo ( $P_a=0.74$ ,  $K=0.35$ ).

Nesta população, o exame extemporâneo apresenta a especificidade mais elevada e a menor taxa de sobreestadiamento, enquanto que a RM parece ser o exame com maior sensibilidade na avaliação da extensão neoplásica uterina. Contudo, as concordâncias entre exames são elevadas, sugerindo que a sua escolha dependerá a sua disponibilidade em cada instituição e da experiência na avaliação deste parâmetro de estadiamento.

## CO 05

### CIRURGIA DE AMBULATÓRIO EM GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

João Casanova, Sónia Ferreira, Marta Pires  
*Unidade de Ginecologia Oncológica/Fundação Champalimaud*

**Introdução:** Nas últimas décadas os avanços na cirurgia minimamente invasiva no campo da Ginecologia permitiram que houvesse uma mudança de paradigma e que uma grande maioria das cirurgias passasse a ser realizada em regime de ambulatório. A Ginecologia Oncológica acompanhou esta mudança e os dados da literatura são bastante robustos, demonstrando que mesmo procedimentos complexos (incluindo avaliação ganglionar, tumefacções anexiais complexas, e mesmo histerectomias radicais) podem ser realizados sem necessidade de internamento. A disseminação da plataforma cirúrgica robótica foi fundamental para esta mudança.

**Material e métodos:** Avaliar a segurança, complicações e necessidade de re-internamento das cirurgias realizadas pelo mesmo cirurgião, utilizando a “laparoscopia convencional” e a plataforma cirúrgica robótica.

**Resultados:** Estudo retrospectivo de todas as cirurgias realizadas no período de 1/11/2017 a 11/10/18, pelo mesmo cirurgião utilizando a cirurgia minimamente invasiva. 34 doentes foram analisadas, todos os dados demográficos, cirúrgicos (diagnóstico pré e pós-operatório), complicações e necessidade de re-internamento foram registadas. Análise dos diferentes subgrupos (laparoscopia e cirurgia robótica) foi feita.

A idade média do *coorte* foi 54.9 anos (26-80 anos). O Índice de Massa Corporal médio foi 25.6 (18-42kg/m<sup>2</sup>). A duração média do internamento foi 1.26 dias (0-4dias). 59% das doentes tinham cirurgias anteriores (máximo de 4 laparotomias prévia e máximo de 5 laparoscopias prévias). A perda hemática estima-

da média foi 55cc (5-200cc). 3 doentes reportaram febre, sendo que 2 (5.8%) realizaram CT AP para excluir coleções intra-abdominais (nenhuma identificada por este método de imagem). Ambas foram tratadas para infecção do tracto urinário. 1 doente teve hemorragia tardia da cúpula com necessidade de transfusão e coagulação. Nenhuma doente foi re-internada ou re-operada. 44% das doentes tinham diagnóstico de malignidade ou suspeição de malignidade (e foram submetidas a procedimentos complexos).

**Conclusões:** Os dados deste estudo estão de acordo com grande maioria das séries publicadas, que indicam que é exequível realizar cirurgias em regime de ambulatório, utilizando a cirurgia minimamente invasiva. Admite-se alguma heterogeneidade nas diferentes cirurgias. A implementação de protocolos e “vias” pré-definidas farão com que a excepção seja a cirurgia que não é realizada em ambulatório.

## Posters

### PO 01

#### **CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES JOVENS – UMA ENTIDADE RARA**

Inês Ramalho, Rita Medeiros, Olga Caramelo, Teresa Rebelo, Cristina Frutuoso, Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O carcinoma de células claras do colo do útero (CCC) é uma entidade rara, correspondendo a 4% dos adenocarcinomas. A etiologia não está bem esclarecida, mas a exposição *in-utero* ao *diethylestibestrol* (DES) constitui um fator de risco para o aparecimento em jovens, embora em 25% dos casos não se verifique associação.

**Casos clínicos:** 1 – 29 anos grávida de 29 semanas, sem exposição *in-utero* ao DES, com episódio de coitorragias. À observação: lesão exofítica cervical, com 3x4 cm e vascularização atípica, sem invasão dos fundos de saco. A biópsia revelou CCC. Realizou RM “lesão expansiva no lábio posterior de 25x27x31 mm, sem invasão dos paramétrios e formação ganglionar de 6 mm na cadeia ilíaca interna direita” (IB1). Submetida a cesariana eletiva às 32 semanas e posteriormente histerectomia radical (HTR) + linfadenectomia (LFN) pélvica até bifurcação da ilíaca, apendicectomia e suspensão dos ovários nas goiteiras parieto-cólicas. Estudo histológico (EH): “Carcinoma do endocolo de padrão misto (adenocarcinoma de tipo usual 50% + CCC 50%) com 40x30 mm, invasão máxima do estroma 5 mm, embolias linfáticas tumorais, sem metástases ganglionares. pT1b1 LVI N0.” Pós-operatório sem intercorrências. Proposta RT adjuvante.

2 – 20 anos, saudável, com episódio de hemorragia vaginal abundante com coágulos. Sem CHC. À observação: formação exofítica, polipóide, friável, de 6 cm, a ocupar a parte

superior da vagina.  $\beta$ -HCG negativa. TC: formação cervical com 58x54x31 mm. Realizada hemostase no bloco operatório e excisão da lesão pediculada do colo, cujo EH revelou CCC. Realizou BEZT: “CCC com 1,5 cm e 3,69 mm de profundidade máxima, sem permeação linfovascular (pT1b2). PET: “formações ganglionares pélvicas bilaterais, suspeitas”. Explicada possibilidade de cirurgia conservadora e eventual terapêutica adjuvante. Optou por HTR modificada, com salpingectomia bilateral e LFN pélvica e paraórtica, colheita prévia de ovócitos para criopreservação e suspensão dos ovários. EH: sem tumor residual. Sem sinais de recidiva após 1 ano.

**Conclusão:** O CCC é uma entidade rara, que tem vindo a aumentar a sua frequência relativa. Manifesta-se frequentemente por hemorragia vaginal anómala. Estudos sugerem pior prognóstico que o carcinoma espinocelular, possivelmente pela sensibilidade limitada da citologia e diagnóstico mais difícil em estádios precoces. É crucial referenciar estas doentes jovens a consulta de preservação de fertilidade e realizar tratamento conservador em doentes selecionadas.

## PO 02

### CARCINOMA DO OVÁRIO NA MULHER EM IDADE REPRODUTIVA – CASUÍSTICA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Miranda Silva C., Rolha A., Subtil S., Rodrigues A., Pais A.S., Ramalho I., Medeiros R., Custódio A.S., Henriques I., Frutuoso C., Águas F.  
*Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução e objetivos:** O carcinoma do ovário é pouco frequente na mulher jovem, com uma incidência de 3-17% abaixo dos 40 anos, e apresenta particularidades histológicas e terapêuticas. Pretende-se caracterizar a população de mulheres com carcinoma do ovário observadas num centro terciário.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva

da informação clínica de doentes com idade igual ou inferior a 45 anos com diagnóstico de carcinoma epitelial do ovário entre janeiro de 2010 e setembro de 2018. Análise estatística realizada com *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup>.

**Resultados:** Foram identificados 20 casos. As doentes apresentavam uma idade média de  $37,8 \pm 6,6$  anos [19-44 anos]. O diagnóstico foi incidental em 25% das doentes (n=5), após cirurgia anexial por suspeita de patologia benigna. Ao diagnóstico, observou-se em média CA125 de  $259,8 \pm 343,7$  UI/mL [8 - 1354 UI/mL]; constatou-se ascite em apenas 25%. Quanto ao tipo histológico, 30% (n=6) apresentava carcinoma seroso de baixo grau, 25% (n=5) seroso de alto grau, 20% (n=4) mucinoso e 20% (n=4) de células claras.) Foi possível realizar cirurgia conservadora da fertilidade em 2 doentes (10%). A maioria (80%) realizou cirurgia primária, tendo 2 doentes realizado cirurgia de intervalo após quimioterapia (QT) neoadjuvante; 2 doentes realizaram apenas laparotomia exploradora com biópsias, não tendo apresentado condições para citorredução após QT neoadjuvante/adjuvante. Quanto ao estadio FIGO, constatou-se que 30% das doentes (n=6) se encontrava no estadio IA, 15% (n=3) no estadio IC, 10% (n=2) no estadio IIIB e 30% (n=6) no estadio IIIC; as restantes encontravam-se no estadio IIA (n=1), IIIA (n=1) e IVB (n=1). Um quinto das doentes realizou QT neoadjuvante e 75% QT adjuvante. Sete doentes (35%) progrediram, tendo todas falecido no período de estudo. As restantes (65%) mantêm-se atualmente em seguimento, com *follow-up* médio de  $24,9 \pm 27,3$  meses [0 - 81 meses].

**Conclusões:** O carcinoma do ovário na mulher jovem parece apresentar algumas particularidades. Foi, em 25% dos casos, um achado pós-cirurgia anexial. Verificou-se uma maior frequência relativa de tumores mucinosos, serosos de baixo grau e de células claras, as-

sim como de neoplasias em estadios iniciais (45%) – casos em que a cirurgia conservadora da fertilidade pode ser ponderada. A aparente melhor sobrevida, em comparação com outros grupos etários, pode refletir apenas o estadio e os tipos histológicos presentes.

### PO 03

#### **DETERMINAÇÃO DOS FATORES DE PROGNÓSTICO DE SOBREVIDA E RECIDIVA NO CANCRO DO OVÁRIO INICIAL**

Ângela Rodrigues, Isabel Henriques, Isabel Botto, Cristina Frutuoso, Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** Apesar do resultado geralmente favorável do cancro do ovário inicial (FIGO I-IIA), existe considerável heterogeneidade na literatura em relação ao risco de recidiva. Portanto, é importante identificar os fatores de prognóstico de recidiva e sobrevida, a fim de adotar estratégias adaptadas ao risco para melhorar os resultados.

**Objetivo:** Definir os fatores prognósticos significativos no cancro ovariano inicial epitelial e não epitelial.

**Métodos:** Incluídos 47 doentes com cancro do ovário inicial (FIGO I-IIA) do tipo epitelial (n=36) e não epitelial (n=11) tratados com cirurgia ± quimioterapia adjuvante. A taxa cumulativa de sobrevida global (SG) e de sobrevida livre de doença (SLD) foram calculadas pelo método Kaplan-Meier.

**Resultados:** No grupo dos tumores epiteliais, a mediana de idades foi 53,74 anos (24-92) e PS-ECOG 0 de 77,8%. Os estadios FIGO IA (50%) e IC (33,3%) e os tipos histológicos seroso (33,3%) e endometrióide (25%) foram os mais prevalentes. Doentes de alto risco (células claras ou estadios IG3, IC ou II) constituíram 63,9% dos doentes. 80,6% dos tumores eram unilaterais, com tamanho <100 mm. O CA-125 prévio foi >30 em 69,7%. A linfadenectomia foi realizada em 69,4% e

em 8,3% foi realizada cirurgia conservadora. Neste subgrupo, a SG e SLD aos 5 anos foi de 80% e 83,3%, respetivamente. Na análise univariada, os fatores associados a menor SG foram PS-ECOG 1/2 (HR 3,82, IC 95% (1,10-13,26), p=0,04), Estadio FIGO IIA (HR 9,68, IC 95% (1,64-56,99), p=0,012), bilateralidade do tumor (HR 0,21, IC 95% (0,06-0,73), p=0,014) e > dimensão do tumor >100 mm (HR 5,43, IC 95% (1,12-26,45), p=0,036) e a presença de doentes de alto risco (HR 0,12, IC 95% (0,014-0,938), p=0,015). A cirurgia conservadora constituiu o único fator de risco para menor SLD (HR 6,06, IC 95% (1,10-33,41), p=0,038). No grupo dos tumores não epiteliais, a mediana de idades foi 32,99 anos (14-60) e PS ECOG 0 de 90,9%. O estadio IA (81,8%) e o tumor das células da granulosa (n=7) foram os mais frequentes. Todos os tumores eram unilaterais, com CA-125 prévio <30 em 71,4% e >dimensão <100 mm em 63,6%. A cirurgia conservadora foi realizada em 63,6%. A SG e SLD aos 5 anos de 100% e 83,3%, respetivamente.

**Conclusões:** Neste estudo e no subgrupo dos tumores epiteliais, o PS-ECOG, estadio FIGO, o tipo de cirurgia, a lateralidade e a maior dimensão do tumor constituíram fatores de prognóstico com maior impacto na sobrevida. O pequeno subgrupo de tumores não epiteliais limitou a determinação dos fatores de risco neste grupo.

### PO 04

#### **SÍNDROME DE MEIGS – QUANDO NEM TUDO É O QUE PARECE**

Ana Rolha, Catarina Miranda Silva, João Paulo Marques, Sofia Custódio, Cristina Frutuoso, Isabel Botto, Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** Os fibromas do ovário são os tumores mais comuns dos cordões sexuais-estroma. São geralmente benignos, unilaterais

e ocorrem em mulheres pós-menopáusicas. Em 10 a 15% dos casos existe ascite e em 1% dos casos derrame pleural. A associação de fibromas com derrame pleural e/ou ascite designa-se por Síndrome de Meigs e pode cursar com aumento do CA-125. A excisão da neoplasia leva à resolução do quadro clínico.

**Material e métodos:** Revisão da informação clínica da doente e pesquisa bibliográfica.

**Resultados e caso clínico:** Doente de 58 anos, pós-menopáusica, que recorreu ao serviço de urgência por aumento do volume abdominal e dor pélvica. Ao exame objetivo era evidente uma massa pélvica com cerca de 15 cm. A ecografia abdominal revelou “formação hipoeecogénica com 181x110 mm não vascularizada, de natureza difícil de estabelecer. Derrame líquido pélvico levemente ecogénico”. Analiticamente, apresentava CA-125 de 1091. Realizou paracentese diagnóstica com saída de líquido citrino, cujo estudo citológico revelou ausência de células neoplásicas. Realizou TAC-toracoabdominopélvica que mostrou “imagem lobulada em relação com massa pélvica com cerca de 17,6 cm de maior extensão, a merecer caracterização histológica. Volumoso derrame peritoneal livre”. Foi submetida a laparotomia exploradora tendo-se encontrado ovário direito transformado em volumosa massa tumoral de superfície irregular com cerca de 17 cm e volumosa ascite, que foi aspirada. Fundo-de-saco de Douglas com placas compatíveis com sebo na interface com o peritoneu. Procedeu-se a histerectomia total, anexectomia bilateral e peritonectomia posterior.

O estudo histológico foi compatível com fibroma do ovário direito com aderências peritoneais e peritonite erosiva.

Houve reversão do quadro após a cirurgia e a doente encontra-se atualmente assintomática.

**Conclusão:** Os fibromas do ovário são geralmente neoplasias benignas, no entanto

podem cursar com um quadro de ascite e/ou derrame pleural que mimetiza neoplasias malignas e se designa por Síndrome de Meigs. Esta entidade deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial do carcinoma do ovário.

## PO 05

### IMPACTO DA QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NA SOBREVIVÊNCIA DO CANCRO DO OVÁRIO AVANÇADO: MELHORES RESULTADOS?

Ângela Rodrigues, Isabel Henriques, Cristina Frutuoso, Fernanda Águas

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

**Introdução:** Até recentemente, a cirurgia de citorredução primária e a quimioterapia adjuvante constituíam a base para o tratamento do cancro do ovário avançado, com morbidade e mortalidade significativas. A quimioterapia neoadjuvante (QTNA) seguida de cirurgia de citorredução de intervalo tem sido considerada uma alternativa ao tratamento convencional com melhores taxas de citorredução ótima. Contudo, ainda é controverso o seu impacto na sobrevida global.

**Objetivos:** Comparar a sobrevida global (SG) e a sobrevida livre de progressão (SLP) de doentes com cancro do ovário avançado tratados com cirurgia de citorredução primária ou com QTNA seguida de cirurgia de citorredução de intervalo.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo que inclui 43 doentes com cancro do ovário avançado (estádios IIB-IV). Excluídos 6 doentes não submetidos a cirurgia por mau performance status. Consideram-se 2 grupos de estudo: Grupo 1 (n=17) – Cirurgia Primária e Grupo 2 (n=20) – QTNA (paclitaxel + carboplatina) + Cirurgia Intervalo. A taxa cumulativa da SG e a SLP foram analisadas com o método Kaplan-Meier.

**Resultados:** Foram incluídos 16,2% cancros ovário em estadio IIB, 70,2% em estadio III e 13,5% em estadio IV, sem diferença entre os grupos (p=0,203). Nos doentes submeti-

dos a QTNA (2-6 ciclos) com cirurgia de intervalo, a idade das doentes foi mais elevada (64,3±12,7 vs 56,4±12,8 anos, p=0,068) e o PS-ECOG pior (*score* 1/2: 60% vs 29,4%, p=0,054). O grau histológico G2/3 (100% vs 80%, p=0,284) e o CA-125 prévio >500 foram superiores no grupo 2 (47,4 vs 38,5, p=0,618), enquanto que a presença de ascite foi mais prevalente no grupo 1 (70,6% vs 60%, p=0,501). A dimensão máxima do tumor semelhante entre os grupos (120,56 ± 77,49 mm vs 106,53 ± 61,41, p=0,554). O tipo histológico seroso foi significativamente mais prevalente no grupo 2 (100% vs 58,8%, p=0,004).

A taxa de citoredução ótima foi mais prevalente no grupo sujeito a QTNA (65,0% vs 52,9%, p=0,457). O tempo mediano de *follow-up* foi de 34 meses. A SG aos 5 anos superior no grupo 1 (63,7% vs 28,2%, p=0,558). A SLP aos 3 anos superior no grupo 1 (38,2% vs 17,9%, p=0,458).

**Conclusões:** A taxa de citorredução ótima foi superior nos doentes submetidos a QTNA + cirurgia intervalo, contudo esse ganho não se refletiu igualmente na SG e SLP. Por isso a QTNA deve estar reservada para doentes selecionados com base sobretudo na extensão da doença e co-morbilidades do doente.

## PO 06

### CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DO COLO DO ÚTERO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Brito<sup>1</sup>, Alexandra Coelho<sup>1</sup>, Maria José Bernardo<sup>1</sup>, Carlos Barros<sup>1</sup>, Ana Coelho<sup>2</sup>, Margarida Bernardino<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto Português Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, <sup>2</sup>Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Lisboa Central

**Introdução:** Os tumores neuroendócrinos do colo do útero (TNCU) são neoplasias raras, representando apenas cerca de 1,4% de todos os casos de cancro do colo do útero (CCU). Comparativamente aos restantes CCU, estes tem um comportamento diferente, são

altamente agressivos, associando-se a uma elevada propensão para metastização à distância precoce.

**Objetivo:** Apresentação de um caso clínico raro, um tumor neuroendócrino do colo do útero.

**Caso clínico:** Mulher de 48 anos, nulípara, virgem, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre à consulta de ginecologia por quadro de hemorragia uterina anómala (HUA), com hemorragia intermenstrual com 5 meses de evolução e algias pélvicas tipo moinha intermitentes, tendo recusado observação ginecológica. Por persistência das queixas foi encaminhada à nossa instituição. Foi realizada ecografia ginecológica por via transretal, onde se destaca colo do útero envolvido por massa sólida color *score* 4 com 85x85x50 mm ocupando o fundo de saco posterior e laterais. Na observação com espéculo visualizou-se massa tumoral de aspeto necrótico ocupando toda a cavidade vaginal, com cerca de 10 cm de maior eixo, invadindo a vagina na sua porção proximal, poupando os 2/3 inferiores da vagina. Foi feita biópsia da massa cujo diagnóstico histológico revelou um carcinoma pouco diferenciado do colo do útero, de alto grau de malignidade (com focos de diferenciação neuroendócrina (p63-, CK5 +, CD56 +, Sinaptofisina +, marcação heterogénea e Cromogranina-). Foi encaminhada para Unidade de Oncologia Ginecológica, onde realizou ressonância magnética pélvica e TC toraco abdómino pélvica, tendo-se identificado um tumor exofítico do colo do útero com 6x10x9 cm, com adenopatias iliopélvicas bilaterais, sem adenopatias inguinais ou lombo aórticas, sem ureterohidronefrose e sem critérios de invasão dos paramétrios. Após reunião conjunta em consulta de decisão terapêutica iniciou tratamento com quimioterapia, radioterapia pélvica e lomboaórtica e braquiterapia. 8 meses após o diagnóstico, apesar do tratamento,

a doença progrediu e a utente encontra-se de momento sob quimioterapia paliativa.

**Conclusões:** Virtualmente, todos os casos de cancro do colo do útero são atribuídos à infeção pelo HPV e a ocorrência deste em mulheres sem início de atividade sexual é uma entidade rara. No entanto, este diagnóstico deve ser sempre considerado na abordagem etiológica da HUA e o exame ginecológico completo não pode ser protelado.

## PO 07

### SARCOMAS UTERINOS

#### – REVISÃO DOS RESULTADOS INSTITUCIONAIS

Inês Morais Rodrigues<sup>1</sup>, Mariana Rei<sup>2</sup>,  
Gustavo Mendinhos<sup>1</sup>, Fernando Igreja<sup>1</sup>,  
Carlos Veríssimo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Beatriz Ângelo, serviço de Ginecologia e Obstetria, <sup>2</sup>Centro Hospitalar de São João, serviço de Ginecologia e Obstetria

**Introdução:** Os sarcomas uterinos constituem 3 a 7% das neoplasias malignas do corpo uterino. O diagnóstico é histológico, por vezes em peça cirúrgica, sem suspeição pré-operatória, dado exames imagiológicos e biópsias resultarem frequentemente em falsos negativos.

**Objetivo:** Caracterizar os casos de sarcoma uterino seguidos no nosso hospital e avaliar a utilidade dos exames imagiológicos na suspeição pré-cirúrgica.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos casos de sarcoma uterino seguidos no nosso hospital desde 2012. Foram avaliados dados epidemiológicos e clínicos, orientação diagnóstica e terapêutica.

**Resultados e conclusões:** Dos 196 carcinomas do corpo uterino diagnosticados, 10 (5.1%) foram incluídos no estudo – incluíram sarcomas do estroma endometrial (n=6), leiomiossarcomas (n=2) e tumores do músculo liso uterino de potencial maligno incerto (n=2). No diagnóstico, a mediana de idade foi 55.5 anos, 50% eram mulheres pós-menopausadas; 1 era de raça negra (1/8), nenhuma com

antecedentes de radiação pélvica ou terapêuticos com tamoxifeno.

8/10 eram sintomáticas, mais frequentemente com hemorragia uterina anómala (4/8) ou distensão abdominal (3/8).

7/10 realizaram ecografia pélvica, 3 com resultado não suspeito e diagnóstico pós-histerectomia. Perante suspeita ecográfica de malignidade, 50% (2/4) fez tomografia computadorizada (TC), 75% (3/4) fez ressonância magnética nuclear (RMN) e 75% (3/4) fez biópsia.

Após ecografia, as TC realizadas mantiveram a impressão diagnóstica ou diminuíram o nível de suspeição; as RMN realizadas mantiveram suspeita de malignidade. Realizou-se biópsia endometrial em 86% (6/7) dos casos com suspeita pré-operatória; das quais 67% (4/6) positivas.

O estadiamento mais frequente foi o IB (5/8); em 38% (3/8) o doseamento de CA125 foi positivo.

Todos os casos foram submetidos a histerectomia total exceto um caso de estadiamento localmente avançado, que realizou quimioterapia (QT) paliativa.

Reportou-se 1 falecimento, 1 perda de *follow up*, as restantes 8 mantendo seguimento – destas, metade com terapêutica adjuvante – radioterapia (1), QT (1) ou hormonoterapia (2). A prevalência dos sarcomas uterinos nesta população corrobora os resultados da literatura. Perante um estudo ecográfico suspeito, o estudo complementar com TC ou RMN não melhorou a deteção; embora permaneçam pertinentes no estadiamento e planeamento cirúrgico. A raridade deste diagnóstico não permite generalização dos resultados, sendo essencial a realização de estudos multicêntricos.

## PO 08

### CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO COLO DO ÚTERO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Osório, Rosa Lourenço, Fernanda Águas  
*Serviço de Ginecologia - CHUC*

**Introdução:** O carcinoma do colo do útero representa 6% dos cancros ginecológicos. O carcinoma pavimento-celular/espino-celular é o mais frequente, mas o número de casos de adenocarcinoma tem vindo a aumentar. O tumor de células claras do colo do útero é um tumor raro, constituindo cerca de 4% dos adenocarcinomas. Historicamente estava associado a jovens que, *in utero*, foram expostas a DES (dietilestilbestrol). Atualmente surge em mulheres nas diferentes faixas etárias. Não há evidência de que esteja associado ao HPV, mas a sua etiologia também não é clara. Pensa-se que alguns factores de risco, nomeadamente endometriose do colo, possam estar envolvidos.

**Objetivo:** Descrição de um caso clínico de carcinoma de células claras do colo do útero.

**Caso clínico:** Senhora de 53 anos, assintomática, enviada à consulta de patologia cervical por citologia revelando "células malignas com características de adenocarcinoma". Fizeram-se biópsias do exocolo e curetagem do endocolo, cujo estudo anatomico-patológico revelou "adenocarcinoma pouco diferenciado, provável carcinoma de células claras do colo". A ressonância magnética pélvica mostrou "formação expansiva com 3,3 x 1,9 x 2,2 cm, em relação com neoplasia do colo uterino. Provável estágio Ib1 (FIGO). Foi submetida a histerectomia radical modificada, anexectomia bilateral e linfadenectomia pélvica. Fez quimioterapia e radioterapia, mantendo-se atualmente em vigilância clínica e imagiológica.

**Conclusões:** Apesar de ser um tumor raro e de não haver evidência de associação ao HPV, o carcinoma de células claras deve ser considerado no diagnóstico diferencial de tumores do colo do útero.

## PO 09

### MESOTELIOMA MALIGNO, A DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL – CASO CLÍNICO

Reis, I., Martins M., Rodrigues C., Leitão S.,  
Ferreira S.

*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia,  
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga*

**Introdução:** O mesotelioma maligno é uma neoplasia rara e agressiva que atinge a serosa. O peritoneu é a 2ª localização mais frequente (após a pleura). Apresenta-se frequentemente de forma difusa e extensa, com sintomas inespecíficos.

O carcinoma seroso de alto grau do ovário é o tumor maligno mais frequente do ovário. É diagnosticado habitualmente em estádios avançados, conferindo um mau prognóstico.

**Objetivo:** Evidenciar o papel da análise imuno-histoquímica no diagnóstico diferencial entre o mesotelioma e um tumor seroso de alto grau do ovário através da descrição de um caso clínico.

**Material e métodos:** Descrição e análise retrospectiva de caso clínico

**Caso clínico:** 63 anos, diabética e hipertensa, antecedentes de cistectomia do ovário direito aos 19 anos. Menopausa aos 55 anos.

Referenciada à consulta por distensão abdominal e achado ecográfico: "derrame peritoneal e quisto do ovário esquerdo com 16mm". TAC: "implantes peritoneais secundários e quisto heterogéneo no ovário esquerdo". RMN pélvica: "ovário esquerdo com lesão quística de 19 mm com septo fino interno, derrame peritoneal e espessamento dos folhetos peritoneais".

Submetida a laparoscopia: ascite de médio volume, carcinomatose com disseminação miliar por todo o peritoneu e serosa de ansas intestinais; útero e ovários macroscopicamente sem alterações. Procedeu-se a anexectomia bilateral e biópsia de epíplon –

exame extemporâneo “carcinoma seroso de alto grau”. Progressão da cirurgia para histerectomia, omentectomia, biópsias peritoneais e citologia das cúpulas diafragmáticas. Doença residual macroscópica. Exame histológico “carcinoma seroso de alto grau, papilar e não papilar, representado em ambos os ovários, epíplon e todos os fragmentos biopsados”. Realizou exames de estadiamento e PET “captação peritoneal múltipla e uma metástase hepática.”

Realizou quimioterapia de 1ª linha durante 4 meses. PET de controlo: “resposta heterogênea à terapêutica; persistência de metastização peritoneal múltipla; incremento do grau de atividade metabólica e do derrame”.

Revisão do exame anátomo-patológico e análise imuno-histoquímica que revelou “mesotelioma maligno”.

Submetida a citorredução seguida de quimioterapia intra-peritoneal (HIPEC).

**Conclusão:** Este caso reforça a importância da análise imuno-histoquímica no diagnóstico diferencial entre o mesotelioma e um tumor seroso de alto grau do ovário, bem como a necessidade da suspeição clínica perante respostas insuficientes à terapêutica adjuvante.

## PO 10

### TRANSPOSIÇÃO DOS OVÁRIOS – EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

Catarina Estevinho<sup>1</sup>, Alexandra Pregal<sup>2</sup>,  
Almerinda Petiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, <sup>2</sup>Instituto Português de Oncologia – Francisco Gentil, Porto

**Introdução:** A transposição ovárica é um procedimento cirúrgico cujo objetivo é preservar a função ovárica nas mulheres em idade reprodutiva que poderão ser submetidas a radioterapia pélvica. A via laparoscópica é a abordagem preferencial. As complicações são raras e incluem a alteração da vascularização ovárica, torção, dor crónica, migração dos

ovários, maior incidência de quistos do ovário e risco de metastização ovárica.

**Objetivos:** Análise descritiva da população de mulheres submetidas a transposição ovárica num centro oncológico.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos casos de transposição ovárica realizados entre setembro de 2013 e setembro de 2018. Foram avaliados os seguintes parâmetros: idade, história ginecológica/obstétrica, motivo da intervenção, técnica cirúrgica, tratamentos realizados, morbidade e função ovárica.

**Resultados e conclusões:** Durante o período estudado, foram realizadas 25 transposições ováricas. A média de idades foi 33 anos (11-49 anos) e 10 mulheres eram nulíparas. A maioria das doentes apresentava o diagnóstico de carcinoma do colo do útero (n=19), sendo o carcinoma epidermóide o tipo histológico mais frequente. Outros motivos para a realização do procedimento foram: linfoma de Hodgkin (n=3), sarcoma pélvico (n=2) e tumor desmóide (n=1). A via laparoscópica foi realizada em 11 casos. Não houve morbidade intraoperatória ou pós-operatória imediata. Foi realizada radioterapia em 52% dos casos. Durante o período de vigilância, verificou-se a ocorrência de sintomas de insuficiência ovárica em 6 mulheres (24%), destas: 4 tinham idade  $\geq$  40 anos e 2 apresentavam antecedentes de linfoma de Hodgkin tratado com quimioterapia. Documentou-se a presença de tumefações anexiais em 1 doente e migração dos ovários em 1 doente. Não se observou nenhum caso de metastização ovárica ou torção.

Como descrito na literatura, a transposição ovárica é um procedimento seguro e permite a preservação da função ovárica num número significativo de doentes selecionados. O aconselhamento para a realização da transposição ovárica é multidisciplinar e a decisão deve ser individualizada tendo em conta a idade, desejo de fertilidade e prognóstico da

doença. De realçar, a necessidade de estudos prospetivos, com maior número de casos e maior período de *follow-up* para avaliação dos resultados cirúrgicos e oncológicos a longo prazo.

## PO 11

### ENDOMETRIOSE E SEU POTENCIAL NEOPLÁSICO – CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO OVÁRIO

Matilde Martins, Inês Reis, Cátia Rodrigues, Susana Leitão, Soledade Ferreira, Cristina Costa, Teresa Teles

*Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV)*

**Introdução:** A endometriose associa-se a um risco de desenvolvimento de carcinoma epitelial do ovário, a maioria do tipo endometrióide (risco 2x superior) ou de células claras (risco 3x superior). Esta relação pode ser devida à maior concentração de estrogénio e de ferro que promove *stress* oxidativo, e consequentemente mutações genéticas e progressão maligna de quistos ováricos.

O carcinoma associado a endometriose é mais frequente em mulheres jovens (média: 49 anos), geralmente unilateral, menos suscetível à quimioterapia, mas com boa taxa de sobrevida.

**Objetivo:** Evidenciar a relação entre endometriose e carcinoma de células claras do ovário através de 2 casos clínicos.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de casos clínicos.

**Casos clínicos:** 1) 37 anos, saudável, G2P1 (1 parto eutócico, 1 aborto), referenciada por tumefacção anexial direita com 6 cm sugestiva de endometrioma. CA125 normal. Submetida a quistectomia laparoscópica com rotura do quisto. Exame anatomo-patológico (EAP): “adenocarcinoma de células claras do ovário direito, GIII”. Submetida a cirurgia de estadiamento por laparotomia. EAP: “ovário direito com características de endometriose, sem evidência de neoplasia, lavado peritoneal, ci-

tologia das cúpulas diafragmáticas, biópsias peritoneais e omentectomia sem neoplasia, gânglios negativos. Estadio FIGO:ICG3”. Fez quimioterapia (QT) adjuvante com carboplatina e paclitaxel (6 ciclos). *Follow-up* 5 anos sem intercorrências.

2) 51 anos, nuligesta, seguida por endometriose com crescimento de tumefacção anexial direita complexa (4 para 13 cm). CA125: 85. Submetida a laparotomia exploradora e após exame extemporâneo cirurgia de estadiamento. EAP: “Adenocarcinoma de células claras do ovário direito, desenvolvido em lesões de endometriose, com envolvimento neoplásico metastático em diversas estruturas (nódulos em: serosa do sigmoide, peritoneu anterior, ligamento do redondo direito e serosa da parede posterior do útero), sem metástases ganglionares regionais, lavado peritoneal positivo para células neoplásicas. pTMN:pT3a G3NO1LV0IPNO,FIGO:IIIA2”. Sob QT com carboplatina e paclitaxel.

**Conclusão:** Apesar de inicialmente ser considerada uma doença benigna, actualmente sabe-se que a endometriose e especialmente os endometriomas ováricos possuem potencial de malignidade (risco de transformação maligna: 1% para mulheres pré-menopausa e 1-2.5% pós-menopausa). No entanto, a endometriose não é considerada uma lesão pré-maligna pelo que o rastreio neoplásico não está recomendado.

## PO 12

### CARCINOSSARCOMA UTERINO DE ALTO GRAU – UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Margarida Cal, Ana Gomes da Costa, Vitor Rodrigues, Ana Rodrigues, C. Calhaz Jorge  
*Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução - Hospital de Santa Maria, CHLN – Lisboa, Portugal*

**Introdução:** O carcinosarcoma uterino é uma neoplasia rara e agressiva englobada no grupo dos carcinomas endometriais de alto risco.

Surge na maioria das vezes em mulheres na pós-menopausa e manifesta-se frequentemente por sintomas inespecíficos, como hemorragia uterina anómala (HUA), corrimento vaginal e dor pélvica. Pode também manifestar-se através de apresentações atípicas, como no caso aqui descrito.

**Objetivos:** Descrição de um caso de carcinosarcoma de alto grau de apresentação atípica e da sua evolução clínica e resposta à terapêutica.

**Material e métodos:** Consulta de dados clínicos nos processos de consulta e internamento do nosso departamento.

**Resultados e conclusões:** Doente do sexo feminino, 87 anos, autónoma, sem vigilância ginecológica. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por HUA com um mês de evolução. Foi referenciada à consulta de Ginecologia Oncológica, onde realizou biópsia endometrial que diagnosticou carcinoma de alto grau tipo misto (endometrióide G2 e seroso). A TAC revelou útero de dimensões aumentadas e cavidade preenchida por uma massa sólida, irregular. Durante o processo de estadiamento recorreu novamente ao SU por exteriorização de massa por via vaginal. À observação, apresentava volumosa massa tumoral exteriorizada através da vagina. Foi realizada ressecção parcial da porção necrosada e posteriormente submetida a histerectomia total com ooforos-salpingectomia bilateral. O lavado peritoneal foi negativo para células neoplásicas e o diagnóstico histológico demonstrou carcinosarcoma do corpo uterino de alto grau com componente mesenquimatoso predominante (sarcoma de alto grau e focos de lipossarcoma e rabdomyosarcoma) e componente epitelial (carcinoma endometrial seroso de alto grau) - estadiamento pT1b, FIGO IB. Três meses após a cirurgia apresentou recidiva tumoral local ao nível da cúpula vaginal, tendo sido realizada a respetiva exérese. A doente cumpriu

terapêutica adjuvante com quimioterapia com carboplatina e paclitaxel e radioterapia na dose total de 30Gy. A doente apresentou uma boa resposta às terapêuticas efetuadas, encontrando-se atualmente assintomática, com acentuada diminuição das lesões documentada por ressonância magnética. O presente caso exhibe uma forma rara de apresentação do carcinosarcoma uterino.

### PO 13

#### **CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO COM CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO NUMA UNIDADE DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA**

Margarida Cal, Ana Gomes da Costa, Ana Rodrigues, Anabela Colaço, C. Calhaz Jorge  
*Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução - Hospital de Santa Maria, CHLN – Lisboa, Portugal*

**Introdução:** O carcinoma do endométrio (CE) corresponde a 6% dos carcinomas no sexo feminino e é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos. Em Portugal a incidência é de 12,4 casos/100.000 e a taxa de mortalidade de 1,8/100.000. Os fatores de risco descritos são a obesidade, diabetes mellitus (DM), infertilidade, nuliparidade, síndrome dos ovários poliquísticos, menarca precoce, menopausa tardia e terapêutica com tamoxifeno.

**Objetivos:** Caracterizar a forma de apresentação, fatores de risco, subtipos histológicos e outras características inerentes a uma população com CE tratada numa unidade de Ginecologia Oncológica num hospital terciário de Lisboa.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo com revisão de processos de consulta de Ginecologia Oncológica de um hospital terciário entre 2015 e 2017. Foram selecionados todos os casos com diagnóstico histológico (DH) de CE.

**Resultados e conclusões:** Diagnosticaram-se 51 casos de CE nesta unidade. A mediana

de idade no diagnóstico foi 68,4 anos [50-87 anos]. 66,7% das mulheres tinha um IMC>30. A apresentação mais comum foi a ocorrência de hemorragia uterina anômala (HUA) em 43 casos, *versus* 8 casos de diagnóstico ecográfico. Em todos os casos foi realizada histeroscopia com biópsia; os principais DH nestas biópsias foram de carcinoma endometrióide G1 (n=25), G2 (n=15), G3 (n=5) e N/E (n=3) estando ainda registados dois casos de hiperplasia complexa e um de carcinoma seroso; houve referência a 9 casos de carcinomas mistos quando o DH principal foi de carcinoma endometrióide. Nos casos em que foi realizada ressonância magnética, verificou-se uma taxa de concordância com o DH da peça operatória de 74% relativamente à invasão da metade externa do miométrio e de 80% no que respeita à invasão do estroma cervical. O doseamento de CA-125 foi realizado em 20 casos, constatando-se a sua positividade em apenas 3 casos. Os DH na peça operatória foram de carcinoma endometrióide G1 (n=20), G2 (n=14) e G3 (n=3); carcinoma seroso (n=3) e misto (n=9), sendo que dentro destes houve combinação dos subtipos endometrióide G2 e G3 com os subtipos seroso, células claras e carcinosarcoma. Verificou-se um grau de diferenciação discordante e menos favorável na peça cirúrgica relativamente ao da biópsia em 22% dos casos. O estadiamento pós-cirúrgico mais comum foi o IA G1 (n=14), seguido do IA G2 (n=8).

## PO 14

### **CARCINOMA SEROSO DO OVÁRIO COM ADENOPATIA SUPRACLAVICULAR – UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO RARA**

Maria Lúcia Moleiro, Helena Veloso, Rafael Brás,  
Eugénia Fernandes, Alexandre Morgado  
*Centro Materno Infantil do Norte - Centro Hospitalar  
Universitário do Porto*

**Resumo:** O carcinoma seroso é o subtipo mais frequente entre os tumores epiteliais do ovário. Habitualmente o diagnóstico é feito

através da descoberta incidental de tumefação anexial ou devido ao início de sintomas abdominais, tipicamente dor ou aumento do volume abdominal. O envolvimento de nódulos linfáticos aquando do diagnóstico é frequente, mas o aparecimento de adenopatia supraclavicular é uma apresentação rara nestes tumores. Apesar de configurar a presença de doença à distância, a existência de adenopatia extra-abdominal não parecer acarretar um pior prognóstico comparativamente à metastização abdominal.

**Objetivo:** Apresentação de caso clínico de carcinoma seroso do ovário com metástase supraclavicular.

**Métodos:** Revisão do processo clínico e pesquisa bibliográfica na *PubMed* com os termos *serous ovarian carcinoma* e *supraclavicular metastasis*.

**Resultados e conclusões:** Mulher de 52 anos encaminhada a consulta de Ginecologia Oncológica por queixas de aumento do volume abdominal, aparecimento de adenopatia supraclavicular, astenia e anorexia. Em ecografia abdominopélvica: ascite de moderado volume de distribuição peri-hepática, peri-esplénica e na escavação pélvica; na fossa ilíaca direita, massa heterogénea de difícil delimitação, com cerca de 8 cm, com elementos quísticos, sugerindo lesão neoplásica, mas com ponto de partida indeterminado. Ao exame objetivo era palpável a referida adenopatia e, ao exame ginecológico, não eram visíveis lesões, mas ao toque vaginal era palpável uma tumefação de consistência dura, limites imprecisos, imóvel e dolorosa na região anexial direita. Realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica onde se salientava derrame peritoneal de grande volume em todos os quadrantes abdominais, com marcado espessamento do peritoneu; múltiplas lesões nodulares sólidas, confluentes, mesentéricas compatíveis com extensa carcinomatose peritoneal que

na região pélvica é particularmente extensa envolvendo as regiões anexiais e o útero; à direita, lesão de maiores dimensões, de aspeto quístico complexo, com 66 mm de maior eixo. Os marcadores tumorais CA125 e CA 72.4 encontram-se elevados; CA 19.9 e CEA eram normais. Fez biópsia do nódulo supraclavicular cujo estudo imunohistoquímico sugere tratar-se de metástase de carcinoma seroso de alto grau de origem primária anexial. Este caso ilustra uma rara apresentação de carcinoma seroso do ovário com adenopatia supraclavicular, cuja biópsia com estudo imunohistoquímico permitiu o diagnóstico.

## PO 15

### **PSEUDOMIXOMA PERITONEAL E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM NEOPLASIA OVÁRICA: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

Maria Lúcia Moleiro, Helena Veloso, Rafael Brás, Eugénia Fernandes, Alexandre Morgado  
*Centro Materno Infantil do Norte - Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Resumo:** O pseudomixoma peritoneal (PP) é um tumor raro com origem em tumores mucinosos do apêndice, ovário, cólon, pâncreas e bexiga, mas a maioria tem origem apendicular. O largo espectro de apresentação e indolência leva a que o diagnóstico frequentemente ocorra em estadios avançados. Assim, a identificação da localização primária pode ser possível apenas através do estudo imunohistoquímico. O estadiamento é vital para a proposta de cirurgia de citorredução (CCR) com HIPEC.

**Caso 1:** Mulher, 70 anos, encaminhada por dor pélvica e ecografia com massa pélvica cística septada. Fez colonoscopia (normal) e tomografia computadorizada abdominopélvica (TC-AP): lesão aparentemente anexial, poliquística, 17x12 cm, envolvendo o útero, dilatação do apêndice, ascite peri-hepática e peri-esplénica, sem adenopatias. O marcador tumoral CEA estava elevado e o CA125

normal. Foi realizada histerectomia total com anexectomia bilateral, omentectomia infracólica, apendicectomia, biópsias do peritoneu parietocólico e exérese de múltiplos implantes retocecais. Ao exame histológico: neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice com atingimento da serosa e gordura periapendicular, associada a PP de baixo grau e envolvimento secundário do ovário e trompas. Fez PET-CT que mostrou gânglios mediastínicos cuja biópsia foi negativa para malignidade pelo que fez CCR com HIPEC.

**Caso 2:** Mulher, 69 anos, orientada por aumento do volume abdominal e ecografia com volumosa massa abdominopélvica. Fez TC-AP (volumosa massa cística ocupando todo o abdómen e pelve, com septos internos e calcificações, suspeita de neoplasia provavelmente de origem ovárica) e marcadores tumorais (CEA, CA 19.9 e CA125 negativos). Submetida a laparotomia exploradora: grande quantidade de mucina a nível abdominal com espessamento do peritoneu parietal, desde o diafragma à pelve, e massa anexial direita englobando o apêndice – foi removida a massa e feitas biópsias peritoneais. A histologia revelou carcinoma mucinoso tipo intestinal e de alto grau com apresentação do tipo PP provavelmente com origem apendicular. Fez colonoscopia (normal) e aguarda PET-CT para proposta de CCR com HIPEC.

Estes casos são exemplo da apresentação de PP em estadio avançado e da dificuldade do diagnóstico diferencial com neoplasia primária do ovário, sendo o exame imunohistoquímico vital.

## PO 16

### SÍNDROME DE PSEUDO-MEIGS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Helena Fachada, Ângela Melo, Sónia Gonçalves,  
Nuno Nogueira Martins

*Serviço de Ginecologia e Obstetria do Centro  
Hospitalar Tondela-Viseu*

**Introdução:** A síndrome de Meigs é uma síndrome rara, descrita por Meigs em 1954, caracterizada pela associação de tumores sólidos benignos do ovário (como fibroma, tercoma, tumores das células da granulosa, tumor de Brenner benigno) a ascite e derrame pleural (com resolução destas após remoção cirúrgica do tumor). A síndrome de Pseudo-Meigs distingue-se desta pela presença de ascite e derrame pleural causadas por um tumor pélvico não incluído na definição clássica da síndrome de Meigs, de natureza benigna ou maligna. Os tipos histológicos benignos associados à síndrome de Pseudo-Meigs incluem: teratomas maduros, struma ovarii, miomas ováricos e tumores das trompas ou do útero. Na síndrome de Pseudo-Meigs encontram-se níveis de CA125 caracteristicamente elevados.

**Objetivos:** Tendo por base a apresentação clínica e orientação terapêutica de um caso clínico, pretende-se salientar o desafio diagnóstico traduzido pelas síndromes de Meigs/Pseudo-Meigs, uma vez que a apresentação de doença sistémica nem sempre é tradutora de patologia anexial maligna.

**Caso clínico:** Mulher de 63 anos, G6P6, com antecedentes de hipotireoidismo iatrogénico e depressão medicada, foi enviada à consulta de Ginecologia por suspeita de formação tumoral do ovário direito. O estudo imagiológico revelou: ovário direito com massa sólida, ovalada, bem delimitada, altamente vascularizada, com 7 cm de maior diâmetro, sem envolvimento uterino, da bexiga ou do anexo contralateral. Foram também descritos dis-

creto derrame pleural esquerdo, volumosa ascite e ausência de adenomegalias. O CA 125 era de 1728,4 U/mL. Foi realizada laparoscopia diagnóstica, com aspiração de 6990 cc de ascite de cor verde, e convertida a via de abordagem para laparotomia, realizando-se lavado peritoneal (negativo para células malignas), histerectomia total, anexectomia bilateral e exame extemporâneo (que excluiu malignidade). O estudo histológico definitivo revelou tratar-se de um teratoma monodérmico do ovário direito (*struma ovarii*), sem aspectos de malignização.

**Discussão/Conclusões:** Contrariamente à patologia pélvica maligna, o prognóstico das síndromes de Meigs e Pseudo-Meigs é bastante favorável, com baixas taxas de progressão para malignidade e altos índices de sobrevida descritos. Assim, a detecção precoce destas patologias, ainda que difícil, é primordial, no sentido de efectuar abordagens dirigidas precocemente e evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários.

## PO 17

### CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO NO CHTMAD: CASUÍSTICA DE 5 ANOS DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA

Inês Sá, Sara Nunes, Patrícia Alves, Cristina Alves,  
Daniela Freitas, Osvaldo Moutinho  
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

**Introdução:** O carcinoma do endométrio (CE) é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente em países desenvolvidos. Os CE do tipo I são tumores endometrioides, estrogénio-dependentes e representam 80-90% dos CE. Os tumores do endométrio do tipo não endometrióide representam apenas 10% dos casos. Os factores de risco para CE são: obesidade, diabetes mellitus, nuliparidade e terapêutica com tamoxifeno. O estadiamento do carcinoma do endométrio é cirúrgico, e baseia-se no sistema de classificação FIGO-2009.

**Objetivo:** Caracterizar uma *coorte* de mulheres com CE diagnosticadas entre 2010 e 2015  
**Métodos:** Foi realizada um estudo de *coorte* retrospectivo de mulheres diagnosticadas com CE entre 2010 e 2015, no CHTMAD. Excluíram-se sarcomas do estroma endometrial e leiomiiossarcomas. Foi usado o programa SPSS Data editor – versão 15.

**Resultados:** Foram tratadas 85 mulheres com CE. A idade média foi  $68,2 \pm 9,0$  anos. 2,0 filhos foi a mediana da variável “paridade”. 70% das mulheres eram hipertensas e 23,5% diabéticas. 79,5% dos CE eram endometrioides, tendo os restantes a seguinte distribuição: 9,6% de carcinomas serosos, 7,2% de carcinossarcomas e 3,6% de carcinomas de células claras. Os estadios FIGO mais frequentes foram IA e IB. 36,5% eram CE bem diferenciados e 23,5% indiferenciados; em 44,7% dos casos o tumor invadia >50% do miométrio; a invasão cervical apenas se verificou em 15,3% dos CE; registou-se invasão linfovascular em 18,8%. A linfadenectomia pélvica/lomboaróica foi realizada em 48,2% das mulheres (mediana de 13 gânglios removidos/cirurgia). Identificaram-se metástases em pelo menos 1 gânglio em 21,9% das vezes. O lavado peritoneal foi positivo para células tumorais em 3,5% das vezes. Em 40% das mulheres submetidas a cirurgia não se propôs tratamento adjuvante. Houve recidiva da doença em 21 mulheres (24,7% dos casos). Nestas, a mediana de tempo livre de doença foi de 18 meses. Os locais mais frequentes de recidiva foram vagina e o pulmão.

**Conclusões:** Este trabalho representa a primeira análise retrospectiva sobre CE do serviço de Ginecologia do CHTMAD. Ao conhecer as particularidades epidemiológicas de uma população, bem como as características tumorais e histológicas que mais se relacionam com a recidiva e o prognóstico da doença, os factores de risco potencialmente modificáveis

passam a estar identificados, permitindo desta forma um tratamento atempado de uma patologia que representa uma importante causa de mortalidade por cancro.

## PO 18

### TUMOR DO OVÁRIO DE CÉLULAS DA GRANULOSA DO ADULTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Neves Gomes, Elisa Pereira, Luís Canelas, Alcides Pereira  
*Hospital Garcia de Orta*

**Introdução:** O tumor das células da granulosa do adulto do ovário é raro, com uma incidência de cerca de 2% de todos os tumores do ovário. É um tumor do ovário com origem no estroma ou cordões sexuais, de etiologia desconhecida, que apresenta uma história natural longa e habitualmente apresenta um bom prognóstico. Caracteriza-se por um estado de hiperestrogenismo, manifestando-se na mulher pós-menopausa como hemorragia uterina anormal. O tratamento é cirúrgico e depende da idade e do estadio do tumor.

**Objetivos:** Revisão da literatura sobre o tema, discussão do diagnóstico e tratamento.

**Material e métodos:** Apresentação de um caso clínico de tumor do ovário de células de granulosa do adulto numa mulher pós-menopausa sintomática.

**Resultados:** Apresentamos um caso de uma mulher de 76 anos, IO: 1001 (1 PTE), com antecedentes de hipertensão medicada e dislipidémia. Teve menopausa aos 51 anos, não necessitando de terapêutica hormonal. Dirigiu-se ao nosso serviço de urgência por hemorragia uterina anormal, sem outras queixas. Ecograficamente verificou-se um endométrio espessado com 11 mm e um quisto no ovário direito com 40 x 30 mm com projecções sólidas da parede. Na histeroscopia observou-se pólipo do endométrio necrosado com 4 cm e endométrio globalmente espes-

sado, o qual foi biopsado e cujo resultado foi endométrio do tipo atrófico com áreas de quistificação glandular e áreas de hiperplasia sem atipias. Na ecografia realizada 4 meses depois mantinha as mesmas alterações ecográficas e o valor do CA-125 era 6,7 U/mL. Recusou intervenção cirúrgica, pelo que manteve vigilância ecográfica. Oito meses depois, na ecografia por observar-se um aumento do espessamento endometrial e formação quística multiloculada com dimensões semelhantes ao exame anterior, com uma probabilidade de malignidade de 21,6% calculada pelo *ADNEX model* foi proposta para histerectomia abdominal com salpingooforectomia bilateral, a qual decorreu sem intercorrências. O resultado histopatológico revelou tumor de células da granulosa do adulto do ovário direito - pT1a Nx - e áreas de hiperplasia atípica no endométrio. Após este resultado mantém vigilância em consulta de ginecologia oncológica.

**Conclusões:** É importante lembrar do tumor de células de granulosa do ovário quando numa mulher na pós-menopausa com hemorragia uterina anormal existe uma massa anexial associada a um espessamento endometrial.

## PO 19

### TUMOR TROFOBLÁSTICO EPITELIÓIDE: CASOS CLÍNICOS E REVISÃO DA LITERATURA

Teixeira E.<sup>1</sup>, Lopéz B.<sup>2</sup>, Santana I.<sup>2</sup>, Jorge A.F.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Barreiro Montijo, <sup>2</sup>Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

**Introdução:** O tumor trofoblástico epitelióide representa um subtipo raro de neoplasia gestacional do trofoblasto.

Surge habitualmente em mulheres em idade reprodutiva, e associa-se na maioria dos casos, a uma gravidez prévia normal. Exibe geralmente um crescimento indolente e, manifesta-se sob a forma de hemorragia vaginal, com elevação ligeira dos valores de beta-hCG. Os autores apresentam dois casos de tumor

trofoblástico epitelióide referenciados para o IPO de Lisboa.

**Casos clínicos:** Caso 1: 46 anos, diagnóstico de tumor trofoblástico epitelióide intrauterino. Foi submetida a histerectomia e mantém-se atualmente em vigilância, sem evidência de recidiva.

Caso 2: 55 anos, achado incidental de tumor trofoblástico epitelióide em biópsia excisional de um nódulo da parede abdominal (na cicatriz de cesariana prévia,) clínica e imagiologicamente sem evidência de doença intrauterina ou em outra localização, pelo que, permanece em estudo e vigilância, até ao momento sem recidiva local ou à distância.

**Discussão e conclusão:** O estudo imunohistoquímico é fundamental para o diagnóstico diferencial com outras neoplasias gestacionais do trofoblasto e, com carcinoma epidermóide do colo, com o qual pode ser confundido pela sua localização frequente no segmento inferior da cavidade uterina ou no colo do útero.

O tumor trofoblástico epitelióide é um tumor relativamente quimiorresistente, pelo que, o seu tratamento assenta essencialmente na histerectomia, podendo a combinação com quimioterapia ser vantajosa em alguns casos quando existe disseminação à distância.

O principal fator de prognóstico é a presença de doença extrauterina, sendo o pulmão o principal local de metastização.

## PO 20

### METASTIZAÇÃO AXILAR DE CARCINOMA DO OVÁRIO

E. Teixeira<sup>1</sup>, C. Gonçalves<sup>2</sup>, L. Ramalho<sup>2\*</sup>, ME. Bandeira<sup>2</sup>, C. Firmino<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Interna de Formação Específica de Ginecologia e Obstetria do Centro Hospitalar Barreiro Montijo,*

*<sup>2</sup>Assistente Hospitalar da Unidade de Senologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, \*Responsável da Unidade de Senologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo*

**Introdução:** O carcinoma do ovário metastatiza, frequentemente, por disseminação peritoneal, para a cavidade pélvica. Menos frequentemente, pode também disseminar-se por via linfática e hematogénea para órgãos extra-abdominais, principalmente no adenocarcinoma de tipo seroso. A metastatização para gânglios linfáticos axilares é rara e está associada a estádios avançados da doença. Os autores reportam um caso de adenocarcinoma mucinoso do ovário com metastatização ganglionar axilar isolada.

**Caso clínico:** Mulher de 74 anos, com antecedentes de adenocarcinoma mucinoso do ovário, moderadamente diferenciado, submetida a cirurgia e quimioterapia (QT) adjuvante. Após 9 anos em remissão, foi encaminhada para a consulta de Senologia por adenopatia axilar esquerda. Não apresentava alterações mamárias, clínica e imagiologicamente. Foi realizada biópsia ecoguiada do gânglio axilar, cujo resultado histológico foi compatível com metástase de adenocarcinoma mucinoso do ovário. Foi realizada exérese cirúrgica e a doente encontra-se, atualmente, sob QT paliativa.

**Conclusão:** A metastatização ganglionar axilar do carcinoma do ovário é rara, principalmente quando surge de forma isolada e em adenocarcinomas mucinosos. Habitualmente, as lesões axilares surgem em simultâneo com lesões mamárias metastáticas, sendo essencial o diagnóstico diferencial com carcinoma

primário da mama, uma vez que a abordagem terapêutica e prognóstico destes dois tumores é substancialmente diferente.

## PO 21

### CARCINOMA DA TROMPA – CASO CLÍNICO DE UM CARCINOMA RARO

Ferreira I.<sup>1</sup>, Estevinho C.<sup>2</sup>, Costa J.<sup>2</sup>, Lopes C.<sup>3</sup>, Pinto A.R.<sup>2</sup>, Costa F.<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra EPE, <sup>2</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetria Centro Hospitalar Tâmega e Sousa EPE, <sup>3</sup>LAP – Laboratório de Anatomia Patológica Unilabs*

**Introdução:** Os carcinomas peritoneal primário e da trompa de falópio são neoplasias raras que partilham semelhanças com o tipo histológico mais frequente de carcinoma do ovário – carcinoma seroso de alto grau (CSAG) - e com o carcinoma seroso intraepitelial tubar de alto grau, lesão associada a mulheres com mutação BRCA. Neste contexto, o comité de Ginecologia Oncológica da FIGO alterou recentemente a classificação do estadiamento do carcinoma do ovário, de forma a incluir estes três tipos de cancro (ovário, trompa e peritoneu) numa só classificação.

**Objetivos:** Apresentação de caso de CSAG com origem na trompa de falópio.

**Material e métodos:** Mulher de 51 anos, internada por quadro suboclusivo intestinal associada a tumefação pélvica. Achados do exame ginecológico a destacar: presença de tumefação abdomino-pélvica, palpável apenas por via abdominal, com mobilidade parcial quando o corpo uterino era mobilizado por via vaginal; paramétrios livres. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou lesão expansiva pélvica com 13x7x12 cm, envolvendo a região anexial esquerda e fundo uterino, sem plano de clivagem no colon sigmoide e na parede vesical inferior. Os marcadores CA-125, CEA e CA 19.9 eram negativos. A colonoscopia revelou lesão vegetante a 30 cm da margem anal, cujas biópsias revelaram adenocarcinoma

com perfil imunohistoquímico (IH) a favorecer a hipótese de carcinoma de origem ginecológica. Em consulta de Grupo Multidisciplinar foi proposta para tratamento cirúrgico. Achados na laparotomia exploradora: tumefacção polilobulada com 15 cm de diâmetro, limites mal definidos, com invasão do cólon sigmoide, parede póstero-superior da bexiga e fundo uterino. Procedeu-se a hemicolecotomia esquerda, colostomia, exérese do tumor por enucleação, histerectomia total e anexectomia bilateral, cistectomia parcial e apendicectomia. O estudo histológico revelou carcinoma com perfil IH compatível com CSAG de provável origem na trompa esquerda – pT2bNxROM1b. Posteriormente iniciou tratamentos complementares de quimioterapia. Actualmente encontra-se no 6º mês de seguimento.

**Resultados e conclusões:** A proporção relativa de CSAG de origem ovárica ou tubar é desconhecida, devido em grande parte ao volume tumoral associado aos tumores em estádios avançados, que ocultam a origem primária tumoral. Este caso é relevante por se tratar de um carcinoma raro em que foi possível identificar a sua origem.

## PO 22

### **CARCINOMA PAPILAR SEROSO DE ALTO GRAU DO OVÁRIO: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO**

Ana Ribeiro, Nuno Oliveira, Sílvia Fernandes,  
Sandra Lemos, Mario Oliveira  
*Centro Hospitalar do Baixo Vouga*

**Introdução:** O cancro do ovário representa um grupo heterogéneo de neoplasias, de apresentação muito variável e um dos mais difíceis desafios clínicos em Oncologia Ginecológica. A taxa de incidência padronizada do cancro do ovário para a população Portuguesa foi de 6,24/100.000 mulheres (*European Cancer Observatory-2012*).

**Material e métodos:** Pesquisa na literatura e análise do processo clínico.

**Objetivo:** Descrição de caso clínico de carcinoma seroso de alto grau com ovários macroscopicamente normais.

**Caso clínico:** Doente com 49 anos, antecedentes de carcinoma in situ do colo em 2015. Sob contraceção hormonal combinada. Ex-fumadora.

Recorre ao SU por lombalgia direita intensa e constante com 2 dias de evolução sem irradiação. Ao exame objetivo apenas apresentava abdómen ligeiramente distendido.

TAC abdominopélvica sugeria o diagnóstico de lesão neoplásica do cólon com disseminação peritoneal, pelo que ficou internada no Serviço de Cirurgia para estudo. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações. À observação por Ginecologia, a ecografia transvaginal revelava: “Útero normodimensionado, endométrio fino, volumosa quantidade de líquido livre na pélvis. Ovários de contornos irregulares com vascularização aumentada. Sem massas anexiais visualizadas.” Marcadores tumorais normais à exceção de Ca 125: 309.

Solicitada RMN pélvica que revelou “...ovários de dimensões reduzidas, atroficos, sem evidência de lesões expansivas na sua dependência...”

Submetida a laparoscopia exploradora: “...Derrame abdominal e pélvico volumoso. Implantes peritoneais na região das cúpulas diafragmáticas. Útero e anexos com vários implantes peritoneais, ambos aderentes à parede pélvica anterior. Peritoneu vesical e fundo de saco de Douglas com vários implantes de carcinomatose.” Efetuada ooforectomia direita e remoção de implantes do fundo de saco de Douglas e peritoneu vesical.

Estudo histológico: carcinoma papilar seroso de alto grau do ovário com disseminação peritoneal, pT3C (IIIc).

Doente enviada ao IPO de Coimbra para decisão terapêutica onde se encontra a fazer quimioterapia neoadjuvante.

**Conclusão:** A apreciação e análise deste caso clínico salientam a importância de considerar o diagnóstico de carcinoma primitivo do ovário na ausência de massa anexial ou mesmo na presença de ovários macroscopicamente normais, apesar de ser raro.

O carcinoma seroso de alto grau apresenta-se geralmente em estágio avançado e a sobrevivência média destas doentes aos 5 anos é inferior a 30%.

## PO 23

### **MALIGNIZAÇÃO DE QUISTO DERMOIDE – TUMOR OVÁRICO RARO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Madalena Andrade Tavares, Miguel Angel Campo, Sofia Braga, Paula Ambrósio, Carlos Rodrigues, Carlos Marques  
*Hospital Vila Franca de Xira*

**Introdução:** O carcinoma pavimentocelular primário do ovário é um tipo raro de neoplasia maligna do ovário e que pode ter origem a partir da transformação maligna de um teratoma quístico maduro (quisto dermoide).

O quisto dermoide é responsável por cerca de 10-20% de todos os tumores do ovário. A transformação maligna deste tipo de tumores ocorre em 0.2-3% dos casos, sendo em 80% do tipo pavimentocelular. O risco de malignização é superior nas mulheres na pós-menopausa e com tumores de maior dimensão (>10 cm).

O prognóstico está relacionado com o estadio. A sobrevida total aos 5 anos de 48%. Sendo um tipo de tumor raro, existem poucos casos descritos e não existem guidelines sobre qual o tratamento mais adequado.

**Objetivo:** Descrição de um caso de carcinoma pavimentocelular do ovário por malignização de quisto dermoide.

**Descrição do caso:** Mulher de 54 anos, sem antecedentes relevantes, enviada à consulta por massa pélvica volumosa de etiologia a esclarecer. À observação palpava-se massa

pélvica móvel, lateralizada à esquerda, com cerca de 20 cm. Ecograficamente destacava-se massa pélvica de provável etiologia anexial esquerda, com 18 cm, com ecos internos (líquido espesso/ mucina), sem outras alterações. A Ressonância magnética revelou: volumosa lesão quística com ponto de partida no anexo esquerdo com 17x13x18 mm. Na sua parede posterior-esquerda tem volumosa vegetação com 77x26x80 mm. Gânglio com 13x10 mm adjacente à artéria ilíaca externa esquerda. Marcadores tumorais negativos.

Foi submetida a histerectomia total, anexectomia bilateral, omentectomia, biópsias peritoneais e citologia das cúpulas diafragmáticas. O exame extemporâneo da peça revelou tumor borderline e o exame histológico definitivo revelou carcinoma pavimentocelular moderadamente diferenciado, invasivo com provável desenvolvimento a partir de quisto dermoide.

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar tendo-se optado por não realizar terapêutica adjuvante e manter vigilância regular. Aos 5 meses pós-operatório, a utente encontra-se clinicamente estável e sem sinais de recidiva de doença.

**Conclusões:** A transformação maligna de um quisto dermoide é extremamente rara, difícil de diagnosticar no pré-operatório e tem prognóstico reservado. A sua deteção precoce e ressecção cirúrgica completa, de preferência num estadio precoce, são cruciais para a sobrevida do doente.

Dada a raridade e dados limitados, a atuação perante esta patologia e a utilização de terapêutica adjuvante não está padronizada.

## PO 24

### ESTADIAMENTO IMAGIOLÓGICO DO CANCRO DO ENDOMÉTRIO: QUAL O PAPEL DA ECOGRAFIA PÉLVICA 2D/3D?

Mariana Rei<sup>1,2,3</sup>, Filipa Malheiro<sup>1</sup>, Raquel Mota<sup>1</sup>, José Ferreira<sup>1</sup>, Vera Paiva<sup>1</sup>, Bárbara Viamonte<sup>4</sup>, Sofia Raposo<sup>5</sup>, Rita Sousa<sup>5</sup>, Pedro Condeço<sup>6</sup>, Gustavo Mendinhos<sup>6</sup>, Cristina Costa-Santos<sup>7,8</sup>, João Bernardes<sup>2,3,8</sup>, Antónia Costa<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar de São João, EPE Porto,* <sup>2</sup>*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,* <sup>3</sup>*IS Instituto de Inovação e Investigação em Saúde, University of Porto,* <sup>4</sup>*Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de São João, EPE Porto,* <sup>5</sup>*Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Coimbra,* <sup>6</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetria, Hospital Beatriz Ângelo, Loures,* <sup>7</sup>*Department of Health Informatics and Decision Sciences, Medical School, University of Porto,* <sup>8</sup>*Centre for Research in Health Information Systems and Technologies (CINTESIS)*

**Introdução:** O estadiamento imagiológico pré-cirúrgico do cancro do endométrio tem assumido um crescente papel na adequada seleção dos casos de baixo risco, evitando o sobreestadiamento ganglionar.

**Objetivos:** Comparar a acuidade da ecografia pélvica versus ressonância magnética (RM) no estadiamento pré-cirúrgico das neoplasias do endométrio, considerando a histologia da peça operatória como goldstandard.

**Material e métodos:** Estudo longitudinal prospectivo multicêntrico (três hospitais portugueses com referência de ginecologia oncológica da região norte, centro e sul), conduzido de outubro de 2017 a outubro de 2018. Mulheres com confirmação histológica ou forte suspeita imagiológica de neoplasia do endométrio, elegíveis para cirurgia como tratamento oncológico primário, foram recrutadas para realização de ecografia endovaginal (2D/3D e histerossonografia) e de RM pélvica, seguida de cirurgia de estadiamento. A acuidade dos exames de imagem foi avaliada através da sensibilidade e especificidade, com intervalos de confiança

(IC) de 95%, e a concordância entre técnicas através das estatísticas Kappa (K) e proporções de concordância (Pa).

**Resultados e conclusões:** Quarenta doentes foram incluídas, com idade média de 69 anos ( $\pm 10$ ), das quais 62% hipertensas (25/40), 55% obesas (22/40) e 12% com risco onco-genético (5/40). Relativamente à avaliação da invasão miometrial por ecografia, as técnicas subjetiva e objetiva pelo método de Gordon e método de Karlsson apresentaram respetivamente sensibilidades de 71%, 71% e 62% [IC95% 0,48-0,89; 0,48-0,89; 0,38-0,82] e especificidades de 58%, 47% e 73% [IC95% 0,33-0,80; 0,24-0,71; 0,48-0,91]. Para o mesmo parâmetro a RM apresentou sensibilidade e especificidade de 100% e 71% [IC 95% 0,82-1; 0,42-0,92]. Quanto à invasão cervical, a sensibilidade foi respetivamente de 25% e 50% [IC 95% 0,01-0,80; 0,01-0,99] para a ecografia e RM, e a especificidade de 97% e 100% [IC 95% 0,85-1; 0,88-1]. A concordância entre RM e ecografia foi superior para a avaliação da invasão cervical, Pa 0,97 [IC 95% 0,81-1], comparativamente à invasão miometrial, Pa 0,70 [IC 95% 0,51-0,84].

A RM foi superior na avaliação da extensão neoplásica uterina comparativamente à ecografia; porém a concordância entre técnicas é elevada. A estandardização da técnica ecográfica, bem como estudos de reprodutibilidade e do impacto do treino em ecografia serão necessários para a sua validação como exame de primeira linha no estadiamento imagiológico do cancro do endométrio.

## PO 25

### ADENOCARCINOMA DE GLÂNDULAS ANOGENITAIS DO TIPO MAMÁRIO – CASO CLÍNICO

R. Botelho, B. López, I. Santana, A. F. Jorge  
*Centro Hospitalar de Setúbal Instituto Português de Oncologia de Lisboa*

**Introdução:** As glândulas anogenitais do tipo mamário são estruturas anatómicas, constituintes normais da pele da região vulvar. Adenocarcinomas com origem nestas glândulas são raros e representam uma entidade clínico-patológica distinta que deve ser distinguida de tumores metastáticos.

**Caso clínico:** Caucasiana de 53 anos, nulípara, foi referenciada à consulta de Ginecologia por carcinoma em biópsia de adenopatia inguinal esquerda. A doente referia emagrecimento. Nos antecedentes pessoais destacavam-se tiroidectomia total e terapêutica com iodo radioactivo por carcinoma papilar da tiroideia e vitiligo. A doente negava história pessoal ou familiar de neoplasia mamária.

O exame físico revelou exame mamário, vulva, vagina e colo sem alterações. A investigação complementar com mamografia, citologia cervico-vaginal, ressonância magnética (RM) pélvica, tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica, TC cervico-facial, colonoscopia total, endoscopia digestiva alta não revelou alterações. Em ecografia ginecológica endovaginal constatou-se espessamento endometrial compatível com polipo endometrial, confirmado por histeroscopia. Tomografia por emissão de positrões revelou captação no septo recto-vaginal, sem outros focos de hipermetabolismo.

A doente foi vigiada em consulta de Ginecologia com periodicidade de 4 meses. Ao oitavo mês de seguimento foi detectado nódulo duro de 3 mm no pequeno lábio esquerdo que se biopsou. O estudo anatomo-patológico revelou adenocarcinoma de tipo mamário, tendo sido colocada a hipótese de origem secundária

ou primária – glândulas anogenitais de tipo mamário. O estadiamento com RM mamária, raio-X tórax, cintigrafia óssea e ecografia abdominal não identificou outras lesões.

Considerando a apresentação inicial com metástase ganglionar inguinal, foi submetida a terapêutica com quimioterapia neoadjuvante e a vulvectomia radical modificada com linfadenectomia inguinal esquerda. A peça operatória não revelou tumor residual.

**Discussão:** Adenocarcinomas das glândulas anogenitais do tipo mamário são situações raras, estando descritos menos de 30 casos na literatura, frequentemente apresentados no contexto de patologia dermatológica. Considerando a semelhança destas estruturas com a glândula mamária é defensável que estes casos clínicos sejam avaliados e classificados por anatomo-patologistas especializados em mama. Esta uniformização no reconhecimento e classificação destas neoplasias, permitiria correlações clínico-patológicas mais completas.

## PO 26

### CHLAMIDEA TRACHOMATIS, UMA EXPLOSÃO SILENCIOSA

Sofia Brasil, Ana Sofia Pais, Margarida Figueiredo Dias  
*Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

**Introdução:** *Chlamydia trachomatis* (CT) é uma bactéria gram-negativa intracelular obrigatória com tropismo marcado para o trato genital, sendo a causa de mais de 100 milhões de doenças sexualmente transmissíveis anualmente. Apesar da maioria das infeções ser facilmente debelada pelo sistema imunitário, na ausência de diagnóstico e tratamento precoces, mais de 50% das mulheres permanece infetada por mais de 1 ano, cursando a infeção de forma predominantemente assintomática.

**Objetivos:** Rever os processos de patogénese

da CT e o seu impacto na indução de infertilidade e na gênese do carcinoma do ovário, bem como métodos de melhor rastreio do mesmo.

**Materiais e métodos:** Foi realizada uma pesquisa na base de dados *PubMed* com uso das palavras chave: *Chlamydia trachomatis, genital infection, infertility, prevalence, ovarian cancer, biomarker, screening*. Foram selecionados 75 artigos referentes à última década que satisfizessem pelo menos duas das palavras-chave.

**Resultados e conclusões:** Uma doença inflamatória pélvica (DIP) por CT conduz a fenómenos de inflamação e reparação a nível do trato genital, com aumento do risco de transformação maligna. A proteína libertada durante a ascensão no trato genital, cHSP60, é um potente indutor da inflamação e reparação locais, com consequente cicatrização e obstrução tubar. Por partilhar 48% da homologia com a equivalente humana, pode induzir uma reação imunitária a nível placentar, com aumento das taxas de abortamento. Embora a patogénese do carcinoma do ovário seja multifatorial, a inflamação será um fator importante. Antecedentes de DIP aumenta o risco de carcinoma do ovário, principalmente se recorrente e antes dos 35 anos e na raça amarela. Embora o CA-125 seja o marcador tumoral ovárico mais conhecido, pode apresentar baixa sensibilidade e especificidade. A associação ao mesmo da concentração de HE4 (*Human epididymis protein*) e de fenilalanina pode aumentar a sensibilidade e especificidade do CA-125 no diagnóstico de carcinoma do ovário. Como conclusão, a infeção por CT parece ter um papel relevante na fisiopatologia da infertilidade e carcinogénese ovárica.

## PO 27

### FACTORES DE RISCO CLINICOPATOLÓGICOS NA PREVISÃO DE RECIDIVA DE CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO

Inês Sá, Sara Nunes, Cristina Alves, Patrícia Alves, Daniela Freitas, Osvaldo Moutinho  
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

**Introdução:** O carcinoma do endométrio (CE) é a neoplasia ginecológica mais frequente em países desenvolvidos. O estadiamento do CE é cirúrgico, baseando-se na classificação FIGO. A decisão sobre tratamento adjuvante depende da análise do risco de recidiva, definido pelo estádio, pela histologia do tumor, e pelos factores: envolvimento cervical, citologia do lavado peritoneal (LP), diferenciação histológica, invasão miometrial, invasão linfovascular (ILV), tamanho tumoral, idade e factores moleculares.

**Objetivo:** Estimar a relação entre recidiva de CE e os factores de risco clinicopatológicos

**Métodos:** Estudo de *coorte* retrospectivo de CE tratados no CHTMAD entre 2010-2015. Excluíram-se sarcomas do estroma endometrial ou leiomiossarcomas. A amostra foi dividida em 2 grupos: com e sem recidiva da doença. Utilizaram-se testes paramétricos, não paramétricos e Qui-quadrado para comparação de variáveis. Definiu-se  $p < 0,05$  como valor de significância estatística. Foi usado o programa SPSS Data editor – versão 15.

**Resultados:** Foram tratadas 85 mulheres com CE. A idade média foi  $68,2 \pm 9,0$  anos. Os estádios FIGO mais frequentes foram IA e IB. A taxa de recidiva da doença foi de 24,7%, e a mediana de tempo livre de doença de 18 meses. Os locais mais frequentes de recidiva foram a vagina (23,8%) e o pulmão (23,8%). 6,5% das mulheres sem indicação para terapêutica adjuvante registaram recidiva vs 35,8% de mulheres submetidas a tratamento adjuvante. Das mulheres com recidiva, 66,7% realizaram linfadenectomia pélvica/lomboaróica, 42,8% delas com evidência

de metástases. Nas mulheres sem recidiva, os gânglios foram positivos em 7,6%. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos em relação à “idade” ( $p=0,16$ ), “diâmetro tumoral” ( $p=0,07$ ) e “paridade” ( $p=0,41$ ). Houve associação entre a ocorrência de recidiva e a ILV ( $p<0,01$ ), o grau de diferenciação histológica ( $p<0,01$ ), o estadio FIGO ( $p<0,01$ ), a invasão miometrial ( $p<0,01$ ) e a positividade para metástases ganglionares ( $p<0,01$ ). Não houve evidência de associação entre a recidiva e a positividade do LP e invasão cervical.

**Discussão/Conclusão:** Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o risco de recidiva tumoral e 5 dos factores clinicopatológicos. De referir efectiva recidiva em 2 casos (6,5%) de mulheres sem indicação para tratamento adjuvante, reforçando a importância de uma decisão terapêutica que inclua factores como a ILV e a diferenciação histológica. No futuro, as decisões terapêuticas devem incluir as particularidades moleculares e bioquímicas do tumor.

## PO 28

### CARCINOMA PAVIMENTO CELULAR EM TERATOMA QUÍSTICO MADURO

Vera Veiga<sup>1</sup>, Eliana Teixeira<sup>2</sup>, Berta Lopéz<sup>3</sup>,  
Lúcia Correia<sup>3</sup>, Ana Francisca Jorge<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Leiria, <sup>2</sup>Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, <sup>3</sup>IPO- Lisboa

**Introdução:** O teratoma é um tumor de células germinativas do ovário, derivadas da ectoderme, mesoderme e endoderme.

O teratoma quístico maduro é o mais comum (10-20%) atingindo sobretudo mulheres em idade reprodutiva. A sua transformação maligna é uma complicação rara (1-2%), de etiologia desconhecida, mais frequente na pós-menopausa. O carcinoma pavimento celular (derivado da ectoderme) é o componente maligno mais comum.

**Caso clínico:** Mulher 54 anos com quadro clínico de distensão abdominal e achado ao exame objetivo de uma massa de consistência endurecida que ocupava todos os quadrantes do abdómen. Analiticamente apresentava elevação do Ca 125 (200,7 U/mL) e do Ca 19,9 (1265,9 U/mL) mas radiologicamente (ecografia ginecológica, tomografia computadorizada e ressonância magnética) a massa era sugestiva de benignidade (teratoma maduro com 22 cm) e sem evidência de doença extraovárica.

A doente foi submetida a histerectomia total e salpingo-ooforectomia bilateral com exame extemporâneo compatível com benignidade.

O estudo histológico definitivo revelou a existência de um foco de 5 cm de carcinoma pavimento celular invasivo em teratoma quístico maduro (Estádio I da FIGO).

Após discussão multidisciplinar optou-se por manter vigilância clínica sem reestadiamento. Atualmente, após quinze anos de seguimento, a doente encontra-se viva e sem evidência de recidiva.

**Discussão:** O diagnóstico pré-operatório de teratoma quístico maduro com transformação maligna é difícil pelo que o *gold standard* diagnóstico é estudo histológico definitivo da peça cirúrgica.

A sobrevivência global aos 5 anos ronda 15-30%, variando com o estadiamento e dependendo sobretudo de uma cirurgia com citorredução ótima.

O tratamento adjuvante nestes tumores ainda não é consensual, sendo a vigilância indicada para estádio IA e IB em alguns centros. Nos estádios avançados (II-IV) está indicado quimioterapia com cisplatina.

## PO 29

### ACANTOSE NIGRICANS PARA ALÉM DO ÓBVIO

Alexandra Coelho, Carlos de Barros

Centro Hospitalar Lisboa Central - Maternidade Dr. Alfredo da Costa

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 69 anos, com antecedentes de diabetes tipo 2, obesidade grau II, hipertensão, tiroidectomia total e nefrectomia direita.

Em maio de 2017 na sequência do aparecimento de mácula/manchas acastanhadas e lesões pápulo-nodulares, hiperqueratósicas no dorso das mãos e antebraços, foi avaliada por Dermatologia, que estabeleceu o diagnóstico de *acantose nigricans* após biópsia das lesões. Em abril de 2018 pelo aparecimento de novas lesões hiperqueratósicas no dorso dos pés, foi referenciada para o serviço de dermatologia do HSAC que optou por internamento para investigação.

Durante o internamento foram realizados MCDTs destacando-se a elevação de marcadores tumorais séricos (CA125 e CA15.3), e TAC com descrição de hidrometra e lesão obliterante da cavidade uterina, com origem endometrial ou cervical.

Foi realizada ecografia ginecológica onde se observou hematometra, endométrio espessado na parede anterior, de limites irregulares com vascularização moderada e formação arredondada, heterogénea, vascularizada, a aflorar ao colo com 33x27x43 mm. Realizou-se biópsia da lesão que revelou tratar-se de adenocarcinoma do tipo endometriode, bem diferenciado, G1, com aspectos papilares e polipóides. Estudo imunocitoquímico francamente positivo para CEA e P16, ligeiramente positivo para VIM e negativo para ER, favorecendo origem no colo.

Foi assumida *acantose nigricans* paraneoplásica secundária a adenocarcinoma do colo do útero. A 18 de julho de 2018 foi submetida a histerectomia radical com anexectomia bila-

teral tendo o resultado histológico confirmado o diagnóstico de adenocarcinoma endocervical, tipo comum, pT1b2N0Mx, FIGO: IB2

**Conclusão:** A *acantose nigricans* também é uma dermatose frequentemente associada à obesidade e endocrinopatias, podendo no entanto manifestar-se como síndrome paraneoplásica. O caso descrito alerta para a importância da realização de um diagnóstico diferencial cuidadoso e de manter um limiar de suspeição para a presença de eventual neoplasia subjacente.

## PO 30

### DOR PÉLVICA: PARA ALÉM DOS DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES

Nisa Félix<sup>1</sup>, Madalena Tavares<sup>2</sup>, Rita Silva<sup>2</sup>, Marta Melo<sup>2</sup>, Vanessa Olival<sup>3</sup>, Andreia Relva<sup>3</sup>, Paula Ambrósio<sup>3</sup>, Carlos Marques<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Interna de ginecologia e obstetria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, <sup>2</sup>Interna de ginecologia e obstetria do Hospital Vila Franca de Xira, <sup>3</sup>Assistente de ginecologia e obstetria do Hospital Vila Franca de Xira, <sup>4</sup>Diretor do serviço de ginecologia e obstetria do Hospital Vila Franca de Xira

**Introdução:** A dor pélvica crónica é mais frequente no sexo feminino e afeta até 25% das mulheres em idade fértil. A avaliação deve incluir uma história clínica detalhada que abranja os sistemas genito-urinário, gastrointestinal, musculoesquelético e patologia psiquiátrica.

**Objetivos:** Apresentar um caso de dor pélvica crónica de aparente origem ginecológica, cuja investigação determinou um diagnóstico diferente. Demonstrar ainda, a importância da valorização da sintomatologia e da discrepância clínica/exames complementares de diagnóstico.

**Material e métodos:** Consulta do processo clínico informático da utente.

**Resultados e conclusões:** Utente de 26 anos, gesta 3 para 2 recorreu à consulta de ginecologia por hemorragia uterina anormal (HUA)

após colocação de implante de etonogestrel, e dor pélvica de agravamento progressivo desde o último parto 9 meses antes. Como antecedentes pessoais destacava-se realização de sleeve gástrico 24 meses antes. A colpocitologia era negativa. Ao exame objetivo constatou-se mobilização uterina dolorosa e corrimento fétido. Por ausência de parâmetros inflamatórios foi medicada com metronidazol. Voltou à consulta cerca de um mês depois, tendo tido neste intervalo vários episódios de ida ao Serviço de Urgência por agravamento da dor pélvica. A ecografia ginecológica revelou uma formação anexial esquerda sugestiva de teratoma *versus* tumor borderline com 4 cm de maior diâmetro. Foi proposta para quistectomia laparoscópica. O exame extemporâneo foi compatível com teratoma, diagnóstico confirmado no exame histológico posterior. Na consulta pós-operatório, por manter dor pélvica intensa foi referenciada à consulta de gastroenterologia. Enquanto aguardava a consulta recorreu à urgência por primeiro episódio de retorragias, dejeções diarreicas e tenesmo. Realizou colonoscopia urgente onde se identificou neoplasia estenosante do recto aos 10 cm da margem anal. O diagnóstico histológico revelou um adenocarcinoma. Após estadiamento foi referenciada à oncologia médica em estadio T4a N2 M1 (metástases hepáticas) e proposta para terapêutica médica e cirúrgica.

Este caso mostra-nos como a idade jovem, a clínica inespecífica e os achados no decurso da investigação não permitiram chegar de imediato ao diagnóstico correto. No entanto, a valorização das queixas, a persistência diagnóstica e a articulação das diferentes especialidades permitiram o correto encaminhamento apesar do prognóstico reservado associado.

## PO 31

### MASSA MAMÁRIA EM CANCRO DO OVÁRIO: UM CASO RARO

Nisa Félix<sup>1</sup>, Madalena Tavares<sup>2</sup>, Rita Silva<sup>2</sup>,  
Marta Melo<sup>2</sup>, Paula Ambrósio<sup>3</sup>, Carlos Marques<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Interna de ginecologia e obstetria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, <sup>2</sup>Interna de ginecologia e obstetria do Hospital Vila Franca de Xira, <sup>3</sup>Assistente de ginecologia e obstetria do Hospital Vila Franca de Xira, <sup>4</sup>Diretor do serviço de ginecologia e obstetria do Hospital Vila Franca de Xira

**Introdução:** O cancro do ovário apresenta-se frequentemente em estádios avançados e associa-se a uma baixa sobrevida. O curso natural da doença envolve uma propagação intra-abdominal sob a forma de carcinomatoses peritoneal. A metastização extra-abdominal é um evento raro e a ocorrência de lesões secundárias, nomeadamente mamárias, surge em apenas 0,07%, com cerca de 100 casos publicados.

**Objetivos:** Apresentar um caso de cancro do ovário com metastização mamária.

**Material e métodos:** Consulta do processo clínico informático da utente e revisão dos casos descritos na literatura.

**Resultados e conclusões:** Utente de 46 anos recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de Vila Franca de Xira em julho de 2017 por quadro de dor e distensão abdominal com 2 dias de evolução. Os exames de imagem revelaram uma volumosa massa pélvica anexial bilateral, associada a ascite e carcinomatoses peritoneal. O marcador tumoral CA 125 >3000 u/mL. Antecedentes pessoais ou familiares irrelevantes. A ecografia pélvica e o estudo mamário realizados há 3 anos não apresentavam alterações. A citologia do líquido ascítico foi positiva para células neoplásicas de carcinoma seroso de alto grau do ovário. Foi proposta para quimioterapia neoadjuvante com carboplatina e paclitaxel. Após 3 ciclos e com redução significativa da massa, foi submetida a cirurgia de citorredução de intervalo – histe-

rectomia total, anexectomia bilateral, omentectomia, biópsia das goteiras parieto-cólicas e citologia das cúpulas diafragmáticas. Realizou mais 3 ciclos de quimioterapia adjuvante. Manteve-se assintomática até junho de 2018, altura em que recorreu novamente ao Serviço de Urgência com dispneia. Constatou-se metastização pleural associada a volumoso derrame pleural direito, tendo sido submetida a talcagem. Um mês depois, na consulta de ginecologia oncológica, referiu aparecimento de massa na mama esquerda. O exame objetivo revelou massa volumosa com consistência pétreia que ocupava a quase totalidade da mama esquerda. Foi realizada microbiópsia que demonstrou metástase de carcinoma seroso de alto grau do ovário (PAX-8 e WT1 no estudo imunohistoquímico).

Este caso demonstra bem a imprevisibilidade do cancro do ovário com possibilidade de metastização para locais como a mama. Apesar de rara, a mama poderá ser sede de doença metastática do ovário e o estudo imunohistoquímico permite a diferenciação de doença primária versus secundária.

## PO 32

### **METASTIZAÇÃO GÁSTRICA NO CARCINOMA DO OVÁRIO**

Eliana Teixeira, Vera Veiga, Berta López, Lúcia Correia, Joana Ferreira, Ana Francisca Jorge  
*Centro Hospitalar Barreiro Montijo Centro Hospitalar de Leiria Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil*

**Introdução:** A metastização gástrica no carcinoma do ovário é uma condição rara, existindo atualmente apenas 17 casos reportados na literatura.

O diagnóstico constitui um desafio, não apenas por se tratar de um local pouco frequente de disseminação do carcinoma do ovário mas, também pelo facto de a sua apresentação clínica ser variável e inespecífica.

Os autores reportam um caso de carcinoma

do ovário, com disseminação gástrica identificada aquando do diagnóstico do tumor primário.

**Caso clínico:** Mulher de 71 anos, com carcinoma do ovário em estágio IVB (secundarização gástrica confirmada histologicamente e por estudo imunohistoquímico), referenciada para o IPO de Lisboa, após ter realizado quimioterapia (QT) neoadjuvante, para avaliação da resposta e eventual cirurgia de intervalo.

A doente obteve boa resposta imagiológica à QT, com remissão completa da lesão gástrica, confirmada por endoscopia digestiva alta. Foi submetida a cirurgia ginecológica de intervalo, ficando com doença residual superior a 1 cm. Completou mais 3 ciclos de QT e, encontra-se atualmente com doença em progressão.

**Discussão:** Apenas cerca de 2% dos tumores gástricos são secundários, sendo a origem primária mais frequente o pulmão, a mama e o esófago. A disseminação gástrica carcinoma do ovário é incomum.

A endoscopia digestiva alta permite a observação direta das lesões e a realização de biópsias para exame histológico, que é determinante para o diagnóstico.

A análise imunohistoquímica é essencial para diferenciar tumores gástricos primários de tumores metastáticos. Neste caso, o estudo imunohistoquímico foi positivo para WT1, CK7 (focal), PAX 8 e recetores de estrogénios, sendo este conjunto de marcadores altamente sensível para adenocarcinoma do ovário.

O tratamento das lesões metastáticas depende do momento do diagnóstico, da extensão da doença primária, localização e extensão da metastização gástrica e do estado geral da doente. Todavia, habitualmente, o prognóstico é reservado.

### PO 33

#### **PÓLIPOS DO ENDOCOLO: SERÁ QUE A SUA BENEIGNIDADE PODE SER PRESUMIDA?**

Galvão A., Gonçalves D., Moreira M., Carinhas M.J., Cabral J.M., Morgado A.

*Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto*

**Introdução:** Uma das maiores preocupações das mulheres com pólipos do endocolo é saber qual a probabilidade de malignidade dessas lesões.

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivos caracterizar a população de mulheres com pólipos do endocolo e conhecer as características histológicas desses pólipos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de mulheres com pólipos do endocolo cuja exérese foi realizada no CMIN entre 2010 e 2015.

**Resultados e conclusões:** Registaram-se 267 casos de mulheres com pólipos do endocolo. A idade variou entre os 24 e os 85 anos, com uma idade média de 51,5 anos. 23 mulheres eram imunossuprimidas e 146 eram pós-menopáusicas (54,7%).

Em 203 casos (76,0%), foi possível obter informação sobre o resultado de citologia cervicovaginal recente: 3 mulheres tinham citologia HSIL, 4 tinham citologia LSIL, 2 tinham citologia ASCUS com teste de HPV de alto risco positivo, 18 tinham citologia NILM com inflamação e as restantes tinham citologia NILM.

O motivo de referenciação à consulta de ginecologia foi o pólipo do endocolo em 55 casos (20,6%), hemorragia uterina anómala em 31 casos (11,6%), espessamento endometrial assintomático em 22 casos (8,2%), coitorragia em 2 casos (0,7%), dispareunia em 2 casos (0,7%) e outros motivos nos restantes.

O resultado histológico foi compatível com pólipo mucoso endocervical em 260 casos, pólipo mucoso angiomatoso em 2 casos, pólipo endocervical fibroso em 1 caso, pólipo com hiperplasia microglandular em 1 caso, pólipo com CIN 2 em 2 casos e pólipo com CIN 3 em

1 caso. Um dos casos de pólipo com CIN 2 correspondia a uma das citologias HSIL, os outros dois casos de neoplasia intraepitelial correspondiam a citologias NILM. As 3 mulheres com citologia HSIL foram submetidas a conização. Na nossa amostra, nenhum dos pólipos endocervicais removidos revelou malignidade. Contudo, em três casos estava presente neoplasia intraepitelial cervical com displasia moderada a severa, dois dos quais associados a citologia NILM. Assim, os autores consideram que a remoção e a caracterização dos pólipos do endocolo deve ser realizada, ainda que a utilização dos métodos de rastreio com teste de HPV de alto risco possa vir a desafiar esta conclusão.

### PO 34

#### **HPV DE ALTO RISCO (16, 18 OU MISTO) EM DOENTES COM ASCUS E LSIL: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO PORTUGUÊS**

Catarina Reis de Carvalho<sup>1,3</sup>, Alexandra Meira<sup>1</sup>, Sónia Barata<sup>1</sup>, Margarida Almeida<sup>2</sup>, Joaquim Neves<sup>1,3</sup>, Carlos Calhaz Jorge<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>*Departamento de Ginecologia, Obstetria e Medicina da Reprodução,* <sup>2</sup>*Serviço de Anatomia Patológica Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte,* <sup>3</sup>*Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*

**Introdução:** As alterações do tipo *atypical squamous cells of undetermined significance* (ASC-US) e *low-grade squamous intra-epithelial lesions* (LSIL) são lesões minor do epitélio cervical. Frequentemente, estas lesões regridem espontaneamente, embora algumas possam evoluir para neoplasia intra-epitelial cervical de alto grau (CIN 2 ou 3). A referenciação à colposcopia de todas as mulheres com estas lesões resulta em sobrediagnóstico, sobretratamento e ansiedade desnecessária nas mulheres. Muitos esforços têm sido feitos para melhorar a deteção e a abordagem clínica das lesões do colo do útero, incluindo a citologia cervical e a identificação do DNA do vírus papiloma humano de alto risco (HPV-HR)

(co-teste). Entre os HPV-HR, o HPV 16 e 18 estão associados a mais de 94% das neoplasias invasivas do colo do útero.

**Objetivos:** Pretende-se avaliar todas as mulheres com resultados citológicos ASCUS ou LSIL e genotipagem positiva para HPV 16, 18 ou mistos, e estudar a abordagem realizada.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo através de uma base de dados informatizada que inclui todas as mulheres entre os 25 e os 65 anos que realizaram rastreio oportunista de cancro do colo do útero, entre novembro de 2012 e junho de 2018, no serviço de ginecologia de um hospital terciário português (Centro Hospitalar Lisboa Norte). Todas as citologias cervicais foram processadas com tecnologia de base líquida e as lâminas foram digitalizadas através do *ThinPrep Imaging System* (ThinPrep, Hologic Corp, MA). Os resultados da citologia foram descritos de acordo com o Sistema Bethesda 2001. Realizou-se genotipagem HPV (detecção isolada de HPV 16 e 18 e 12 de outros HPV-AR). Os antecedentes pessoais e as informações sobre a abordagem médica (incluindo consultas de colposcopia e os resultados anatomopatológicos) foram analisados.

Para este estudo, foram considerados todos os casos com ASC-US/LSIL e HPV 16 e / ou 18 positivos e mistos com outros HPV-HR.

**Resultados e conclusões:** Numa amostra total de 2975 mulheres, 22 (0,7%) preencheram os critérios de inclusão. A idade mediana foi de 35 anos (32-36). Relativamente a antecedentes médicos relevantes, 5 eram HIV+, 1 era transplantada renal e 2 apresentavam doenças auto-imunes. Achados citológicos ASCUS foram encontrados em 3 casos (3/22) e LSIL em 19 casos (19/22). Quatorze foram HPV-16 positivos, 7 HPV-18 positivos e 1 HPV-16 e HPV-AR outros positivos. Dezanove (19/22) realizaram uma consulta de colposcopia e apenas dois não realizaram

biópsia cervical. Entre aqueles que realizaram biópsias, 9 apresentaram achados normais, 6 lesão intraepitelial de baixo grau (CIN 1) e 2 lesão intraepitelial de alto grau (CIN 2/3). Em nenhum caso se observou neoplasia do colo. A genotipagem HPV desempenha um papel fulcral no rastreio do cancro do colo do útero, identificando as doentes com ASCUS e LSIL com maior risco de progressão de doença. No geral, apesar da reduzida amostra, os achados de displasia de alto grau foram incomuns (2/22) nos casos de LSIL e ASCUS com HPV de alto risco. Apesar dos desfechos a longo prazo destes casos estarem pouco estudados na literatura existente, estes resultados fazem nos refletir sobre a abordagem dos ASCUS/LSIL. São necessárias investigações adicionais para melhorar a capacidade de aconselhamento às mulheres e assim evitar a ansiedade e tratamentos desnecessários.

## PO 35

### HIPERPLASIA MESONÉFRICA CERVICAL UTERINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedrosa I., Raposo S., Sousa R., Sá L.  
*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga Serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra*

**Introdução:** Os ductos mesonéfricos regredem no sexo feminino durante o desenvolvimento embriológico. A parte remanescente dos ductos pode persistir ao longo das paredes do colo do útero, da vagina, dos anexos e do corpo uterino. Estes epitélios mesonéfricos podem progredir para proliferações hiperplásicas e raramente originar neoplasias. Entretanto, a hiperplasia mesonéfrica, é observada em mulheres adultas, mais frequentemente em mulheres entre 20-35 e 48-50 anos. O espectro de morfologia, imunofenotipo, apresentação clínica e características moleculares das lesões mesonéfricas são distintas e podem colocar desafios no correto diagnóstico.

**Objetivos:** Revisão de um caso clínico de hiperplasia mesonéfrica em peça de conização.

**Métodos:** Análise retrospectiva de um caso de hiperplasia mesonéfrica em peça de conização. Revisão da literatura relativamente às opções terapêuticas e de vigilância.

**Resultados e conclusões:** Apresentamos um caso de uma doente de 29 anos, G1P1, sob contraceção hormonal combinada, enviada à consulta por citologia com atipia de células glandulares sugestivas de neoplasia com pesquisa de HPV 18 positivo. Na colposcopia apresentava uma zona de transformação tipo 3 com achados colposcópicos normais.

Foi realizada conização com ansa diatérmica. O estudo histológico revelou hiperplasia mesonéfrica. Posteriormente, efetuou curetagem endocervical, ecografia endovaginal e ressonância magnética nuclear pélvica, que não identificaram alterações. Os marcadores tumorais eram negativos. Dada a intenção de preservar a fertilidade e a ausência de alterações nos restantes exames optou-se por ficar em vigilância clínica. A situação mantém-se estável após 1 ano de *follow-up*.

A hiperplasia mesonéfrica é frequentemente assintomática. Nos casos em que não existem sintomas pode optar-se por vigiar em vez da realização da histerectomia. Esta situação tem bom prognóstico uma vez que é considerada uma condição benigna e que muito raramente pode evoluir para carcinoma.

## PO 36

### O PAPEL DAS MARGENS LIVRES NO CARCINOMA ESPINHOCELULAR DA VULVA

Pedrosa I., Raposo S., Sousa R., Sá L.  
*Serviço de Ginecologia e Obstetria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga Serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra*

**Introdução:** Obter margens livres no carcinoma vulvar é um princípio oncológico importante uma vez que a sua ausência está relacionada

com a recorrência local. Atualmente uma ressecção com margens livres no mínimo de 8 mm tem sido uma abordagem consensualmente aceite. No entanto, o impacto de margens com menos de 8 mm na recidiva local é menos claro e as indicações terapêuticas adjuvantes para esses casos ainda estão a ser debatidas.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo é determinar o impacto da distância da margem livre de patologia e outros fatores associados à recorrência e sobrevida de pacientes com carcinoma espinhoceleular da vulva.

**Métodos:** Foram incluídos no estudo 10 casos de carcinoma espinhoceleular vulvar diagnosticados entre 2013 a 2017. As doentes foram divididas em subgrupos de margens livres com menos de 2 mm, 2 a 8 mm e 8 ou mais milímetros para a análise do estudo. Os dados foram avaliados no Excell®, versão 14.6.2.

**Resultados e conclusões:** A idade média das doentes foi 69 anos. O tamanho médio dos tumores foi 2,5 cm (1,6-4 cm) e a média da profundidade de invasão foi 9 mm (0,8-31 mm). A média de *follow-up* foi 31 meses. A fúrcula e o clitóris foram os locais mais envolvidos. A excisão local e a vulvectomia radical foram realizadas em 6 e 4 casos, respetivamente. A linfadenectomia inguinal foi efetuada em 9 doentes e 8 casos necessitaram de radioterapia adjuvante. A taxa de recorrência foi 30%. Os casos de recidiva local ocorreram todos em doentes com margens livres histológicas com menos de 8 mm.

No carcinoma da vulva a dimensão do tumor e a profundidade da invasão de estroma são fatores de risco para metastização ganglionar. O estado ganglionar constitui um fator de prognóstico importante. A margem cirúrgica livre deve ser superior a 1cm segundo os consensos nacionais. No nosso estudo verificou-se que os casos de recidivas surgiram nas situações de margens livres histológicas inferiores a 8 mm.

## PO 37

### **CARCINOMA EPIDERMÓIDE COM ORIGEM NUM TERATOMA MADURO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Sofia Pedrosa<sup>1</sup>, Mariana Rei<sup>2</sup>, Sofia Raposo<sup>3</sup>, Rita Sousa<sup>3</sup>, Sandra Lemos<sup>1</sup>, Luís Sá<sup>3</sup>

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

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

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

**Introdução:** O teratoma maduro quístico é o tumor de células germinativas mais frequente do ovário. É composto por tecido bem diferenciado das 3 linhas celulares germinativas (endoderme, mesoderme e ectoderme), habitualmente é benigno, mas raramente um dos seus elementos pode sofrer transformação maligna. Esta complicação ocorre em aproximadamente 1-3% dos casos, podendo ocorrer em qualquer um dos seus constituintes, sendo mais frequente na ectoderme originando o carcinoma das células escamosas.

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo apresentar o caso de um carcinoma epidermóide desenvolvido num teratoma maduro quístico numa doente de 34 anos.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de um caso de carcinoma epidermóide desenvolvido num teratoma maduro quístico numa doente de 34 anos. Revisão da literatura relativamente às opções terapêuticas conservadoras, desfechos obstétricos e oncológicos.

**Resultados e conclusões:** Grávida com 14 semanas de idade gestacional, 34 anos, primigesta, enviada à consulta de ginecologia por massa anexial direita sugestiva de teratoma com 10 cm de maior diâmetro. Os marcadores tumorais encontravam-se nos valores normais. A cirurgia foi adiada para 6 meses após o parto. Foi submetida a anexectomia direita laparoscópica. O estudo anatomo-patológico revelou a presença de um carcinoma epidermóide pouco diferenciado tipo sarcomatóide com origem num teratoma quístico

maduro (quisto dermóide). A PET não mostrou evidência de metastização loco-regional ou à distância. Encontrando-se no estadio IA. Após reunião de decisão terapêutica foi submetida a laparotomia exploradora tendo sido realizada citologia do líquido peritoneal, biópsias peritoneais múltiplas, omentectomia infracólica, citologia das cúpulas diafragmáticas e linfadenectomia pélvica e lombo-aórtica. O estadiamento cirúrgico não revelou alterações tumorais pelo que ficou em vigilância clínica. Encontra-se assintomática e sem evidência de doença há 2 anos.

A incidência da transformação maligna do teratoma maduro quístico é 1-3%. Há poucos estudos com diagnóstico pré-operatório de transformação maligna do teratoma maduro quístico e nestes estão presentes alguns parâmetros como a idade superior a 45 anos, tamanho tumoral superior a 9,9 cm e elevação dos níveis de antigénio SCC. Os sintomas iniciais mais frequentes são o aumento do volume abdominal e dor abdominal e/ou pélvica. O ovário direito é mais frequentemente afetado, tal como aconteceu no caso clínico. Na maioria dos casos publicados, a doença encontra-se no estágio I da FIGO quando é diagnosticada.

A taxa de sobrevivência aos 5 anos no estágio I é 90-95%. O prognóstico do caso clínico apresentado foi favorável encontrando-se no estágio IA após a primeira cirurgia. A laparotomia exploradora foi negativa para formações tumorais pelo que a doente se mantém em vigilância. Para além disso, dada a idade da doente e o desejo de preservar a fertilidade foi apenas realizada anexectomia unilateral sem terapêutica adjuvante. As terapêuticas pós-cirúrgicas incluem a quimioterapia, radioterapia ou combinação. Os resultados são variáveis e até à data o tratamento adjuvante mais apropriado ainda não se encontra estabelecido.



## Comissão Científica

---

Alexandra Pregal (*Ginecologia, IPO Porto*)  
Almerinda Petiz (*Ginecologia, IPO Porto*)  
Carla Bartosch (*Anatomia Patológica, IPO Porto*)  
Carlos Lopes (*Ginecologia Oncológica*)  
Cláudia Andrade (*Ginecologia, CHUC*)  
Cristina Frutuoso (*Ginecologia, CHUC*)  
Daniel Pereira da Silva (*Ginecologia*)  
Deolinda Pereira (*Oncologia Médica, IPO Porto*)  
Fátima Vaz (*Oncologia Médica, IPO Lisboa*)  
Filomena Santos (*Radioterapia, IPO Lisboa*)  
Gabriela Sousa (*Oncologia Médica, IPO Coimbra*)  
Giselda Carvalho (*Ginecologia, CHUC*)  
Hugo Gaspar (*Ginecologia, Hospital do Funchal*)  
Inês Nobre-Góis (*Radioterapia, CHUC*)  
José Fonseca Moutinho (*Ginecologia, Centro Hospitalar Cova da Beira*)  
Juliette Dupont (*Genética, IPO Lisboa*)  
Lúcia Correia (*Ginecologia, IPO Lisboa*)  
Luís Sá (*Serviço de Ginecologia, IPO Coimbra*)  
Luísa Carvalho (*Radioterapia, IPO Porto*)  
Lurdes Batarda (*Oncologia Médica, Fundação Champalimaud*)  
Maria José Pires (*Ginecologia, Hospital de Guimarães*)  
Miguel Gil Gil (*Institut Català D' Oncologia (I.C.O.), Barcelona, Spain; GEICAM, Spanish Breast Cancer Group*)  
Mónica Nave (*Oncologia Médica, Hospital da Luz, Lisboa*)  
Noémia Afonso (*Oncologia Médica, Centro Hospitalar do Porto*)  
Nuno Nogueira Martins (*Ginecologia, CHTV*)  
Paula Lapa (*Medicina Nuclear, CHUC*)  
Paulo Aldinhas (*Ginecologia, IPO Coimbra*)  
Paulo Correia (*Ginecologia, IPO Coimbra*)  
Rita Sousa (*Ginecologia, IPO Coimbra*)  
Sofia Maia (*Genética, CHUC*)  
Susana Sousa (*Oncologia Médica, IPO Porto*)  
Teresa Almeida Santos (*Oncofertilidade, CHUC*)  
Teresa Carvalho (*Oncologia Médica, IPO Coimbra*)

## Organização



Secção Portuguesa  
de Ginecologia Oncológica

## Major Sponsors



## Sponsors



## Secretariado

**ad**médic<sup>+</sup>

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

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