

194^a Reunião

da **Sociedade Portuguesa de Ginecologia**

Endoscopia Ginecológica Global

HOTEL DOLCE CAMPO REAL
TURCIFAL, TORRES VEDRAS

08 • 09 novembro

2019

Imagem: Ad Médic

Consultar programa



Programa Científico



194^a

Reunião
da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

HOTEL DOLCE CAMPO REAL
TURCIFAL, TORRES VEDRAS

08 · 09 novembro

Endoscopia Ginecológica Global

2019

Caros (as) Colegas,

Atualmente, a cirurgia minimamente invasiva já envolve procedimentos de grande complexidade.

Os Centros de Formação da Especialidade em Portugal permitem a evolução desta técnica, mas, é fulcral a partilha de experiências entre os cirurgiões.

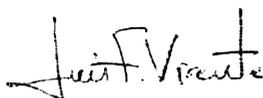
A imagem permite divulgar esta informação de forma prática e global para além das Reuniões Científicas.

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia lançou o desafio da criação duma plataforma *on-line* de imagens e vídeos, com o objetivo de possibilitar a sua divulgação entre todos os que se dedicam à cirurgia minimamente invasiva em Ginecologia.

Assim, no sentido de concretização desta ideia, surge o tema desta reunião: “Ginecologia Endoscópica Global”.

Durante a Reunião, estará disponível uma consola de robótica, com inscrições para a experiência, nesta área, dos participantes.

Esperamos que a Reunião contribua para um encontro importante de ideias, que gere consensos, que certamente serão benéficos para todos os que se dedicam a esta área.



Luís Ferreira Vicente

PRESIDENTE DA SECÇÃO PORTUGUESA DE ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA



Sexta-feira · 08 de novembro de 2019

08:00h

Abertura do Secretariado

09:00-13:00h

CURSO 1: Energia Ultrassónica

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

Coordenadores: António Lanhoso e Giovanni Tommaselli

A energia na cirurgia minimamente invasiva tem evoluído de forma a aumentar a segurança dos procedimentos.

Como cirurgiões, temos de conhecer os equipamentos, de forma a explorarmos todas as suas potencialidades.

No final deste curso teórico-prático, estará apto a utilizar e explorar todas as potencialidades da energia ultrassónica.

09:00-13:00h

CURSO 2: Edição de Imagem

Coordenadores: Tito Olias, Cláudia Andrade e João Cavaco

A imagem em cirurgia é fundamental e está actualmente generalizada a todos os Centros.

A partilha de vídeos de cirurgia minimamente invasiva é um estímulo para a divulgação e globalização da cirurgia.

Juntámos um editor de imagem profissional a dois cirurgiões e temos a certeza que a imagem será apresentada da melhor forma.

No final deste curso estará apto a editar os seus vídeos, de forma simples e integrá-los nas suas apresentações.

09:00-13:00h

CURSO 3: Entradas e Sutura Laparoscópica

Coordenadora: Susana Maia

A cirurgia minimamente invasiva tem passos críticos que convém dominar: A entrada segura e a sutura laparoscópica.

A prática destes gestos é um passo para tornar as cirurgias um sucesso, que se pretendem transmitir neste curso teórico-prático.

- 14:00h **Abertura da Reunião | Opening Meeting**
Teresa Mascarenhas, Luís Ferreira Vicente, António Lanhoso & Hugo Gaspar
- 14:20-16:00h **Painel de Discussão | How I do it in endoscopy**
Moderadores | *Chairmen*: José Reis & António Alves
Painel: Fátima Faustino, Filipa Osório, Hélder Ferreira & Margarida Martinho
- 14:20-14:50h **Cirurgia da endometriose profunda | DIE Surgery**
Exames de imagem | *Imaging*
Shaving – Ressecção intestinal | *Bowel shaving – Ressection*
- 14:50-15:20h **Morcelação | Morcelation**
Técnica | *Techniques*
Consentimento informado | *Informed consent*
- 15:20-16:00h **Discussão | Discussion**
- 16:00-16:30h **Conferência | Keynote Lecture**
Moderadores | *Chairmen*: Fátima Faustino & J. L. Silva Carvalho
Pelve congelada – Princípios e mindset | Frozen pelvis – Principles and mindset
Benoit Rabischong
- 16:30-17:00h Intervalo | *Coffee break*
- 17:00-18:20h **Anatomia prática em laparoscopia | Laparoscopic practical anatomy**
Moderadores | *Chairmen*: Luís Ferreira Vicente & Hélder Ferreira
- 17:00-17:20h **Acesso aos paramétrios e espaço para-rectal | Parametrial and para-rectal spaces access**
Hugo Gaspar
- 17:20-17:40h **Evitar e reconhecer lesão urinária na cirurgia | Avoiding and recognizing urinary injury during surgery**
Filipa Osório
- 17:40-18:00h **Nerve plane sparing na pelve | Nerve plane sparing in the pelvis**
Benoit Rabischong
- 18:00-18:20h **Discussão | Discussion**

18:20-19:00h **Simpósio**
Energia ultrassónica
Giovanni Tommaselli

19:00-20:00h **Sessão de Comunicações Livres | Free Communications Session**

Sala A **Comunicações orais (CO 01 - CO 07)**

Moderadores | *Chairmen:* Luís Ferreira Vicente & António Lanhoso

Sala B **Comunicação oral (CO 08) e Vídeos (V 01 - V 06)**

Moderadores | *Chairmen:* Hugo Gaspar & Irina Ramilo

20:00h **Fim dos trabalhos | End of the day**



Sábado · 09 de novembro de 2019

07:30h **Abertura do Secretariado**

08:00-09:00h **Sessão de Comunicações Livres | Free Communications Session**

Vídeos (V 07 - V 12)

Moderadores | *Chairmen:* Luís Ferreira Vicente & António Lanhoso

09:00-10:30h **Upgrade duma Unidade de Ginecologia | Gynecological Unit Upgrade**

Moderadores | *Chairmen:* Alberto Fradique & Susana Coutinho

09:00-09:20h **Robótica-oncologia | Robotics and oncology**

Henrique Nabais

09:20-09:40h **Miniressectoscópios | Miniressectoscopes**

Raffaele Ricciardi

09:40-10:00h **Unidade integrada de endometriose | Endometriosis integrated unit**

Fátima Faustino

10:00-10:20h **Unidade de uroginecologia hoje | Urogynecology unit nowadays**

Giovanni Tommaselli

10:20-10:30h **Discussão | Discussion**

10:30-11:00h **Intervalo | Coffee break**

Lançamento do Livro: “Endometriose – A doença das mil faces”

- 11:00-11:30h **Conferência | Keynote Lecture**
Moderadores | *Chairmen*: Pedro Xavier & António Lanhoso
Como tratar doentes difíceis: Endometriose, adenomiose e miomas uterinos | *How to treat difficult patients: Endometriosis, adenomyosis and uterine fibroids*
Michael Mueller
- 11:30-12:40h **Endoscopia e oncologia | *Endoscopy and oncology***
Moderadores | *Chairmen*: Carlos Lopes & Hugo Gaspar
- 11:30-11:50h **Prognóstico cirurgia carcinoma do colo – O que é real? | *What is real about cervical cancer surgery prognosis?***
Juan Gilabert Estellés
- 11:50-12:10h **Preservação da fertilidade em tumores do ovário | *Fertility preservation in ovarian tumors***
Nuno Nogueira Martins
- 12:10-12:30h **Ovário: Malignidade inesperada – Conduta | *Ovary: Unexpected malignancy – What to do?***
Paulo Aldinhas
- 12:30-12:40h **Discussão | *Discussion***
- 12:40-13:30h **Simpósio**
Esmya® na prática clínica atual
Moderador | *Chairman*: Luís Ferreira Vicente
Palestrantes | *Speakers*: Fátima Faustino & Margarida Martinho
- 13:30-14:30h **Almoço | *Lunch***
- 14:30-15:00h **Conferência | Keynote Lecture**
Moderadores | *Chairmen*: Luís Ferreira Vicente & Margarida Martinho
Inovações em laparoscopia: ICG na cirurgia ginecológica | *Innovations in laparoscopy: ICG in gynecological surgery*
Michael Mueller
- 15:00-15:10h **Comunicação Oral | *Oral Communication***
Moderadores | *Chairmen*: Luís Ferreira Vicente & Margarida Martinho
Minilaparoscopia na correção de agenesia vaginal: Técnica cirúrgica e *outcomes* associados
Andreia Fontoura Oliveira



- 15:10-16:25h **Endoscopia em situações difíceis – *Tips and tricks* | *Endoscopy in difficult settings – Tips and tricks***
Moderadores | *Chairmen*: João Bernardes & Filipa Osório
- 15:10-15:30h **Histerectomias complexas e endometriose como ser bem-sucedido? | *Laparoscopic complex hysterectomies in endometriosis – How to succeed?***
Hélder Ferreira
- 15:30-15:50h **Entradas difíceis em histeroscopia e miomas tipo II | *Difficult entries in hysteroscopy and type II fibroids***
Alberto Fradique
- 15:50-16:10h **Entradas difíceis em laparoscopia | *Difficult entries in laparoscopy***
Susana Maia
- 16:10-16:25h **Discussão | *Discussion***
- 16:25h **Encerramento | *Closing remarks***
Teresa Mascarenhas & Luís Ferreira Vicente



Comunicações Orais | Oral Communications

CO 01

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL/ SONOVAGINOGRRAFIA VS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: PAPEL NA AVALIAÇÃO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA

Tiago Aguiar; Joana Lyra; João Cavaco Gomes;
Ana Fernandes; José Ferreira; Jorge Beires;
Margarida Martinho

*Serviço de Ginecologia; Centro Hospitalar
e Universitário São João*

Introdução: A endometriose profunda (EP) caracteriza-se pela presença de tecido endometrial a infiltrar o peritoneu pélvico numa profundidade superior a 5 mm. A ecografia transvaginal complementada com sonovaginografia (EcoTV/SVG) e a ressonância magnética (RM) são os exames mais usados na avaliação diagnóstica da EP, ainda que o papel de cada um seja controverso.

Objetivo: Comparar a capacidade diagnóstica da EcoTV/SVG e RM na avaliação pré-cirúrgica de EP-

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu as doentes que por suspeita de EP realizaram EcoTV/SVG e/ou RM e que, entre janeiro de 2010 e setembro de 2019, foram submetidas a cirurgia laparoscópica.

Resultados: Foram incluídas 72 doentes, com uma idade média de $34,9 \pm 5,6$ anos. Foi realizada EcoTV/SVG e RM em 61 e 67 doentes, respetivamente, com 53 mulheres a realizaram ambos os exames.

Relativamente à avaliação do compartimento

anterior da pelve, a EcoTV/SVG apresentou uma sensibilidade de 42,8%, especificidade de 92,6%, com uma acuidade diagnóstica de 86,9% (53/61). A RM apresentou uma sensibilidade de 71,4%, especificidade de 95,0% e acuidade diagnóstica de 92,5% (62/67).

Em relação à deteção de lesões do compartimento posterior da pelve, a EcoTV/SVG apresentou uma sensibilidade de 77,2%, especificidade de 100%, para uma acuidade diagnóstica de 78,7% (44/61). A RM apresentou uma sensibilidade de 85,9%, especificidade de 66,6%, com uma acuidade diagnóstica de 85,1% (57/67). Na avaliação de lesões dos ligamentos uterossagrados, a EcoTV/SVG demonstrou uma sensibilidade de 11,6%, especificidade de 77,8% e acuidade diagnóstica de 31,1% (19/61), tendo a RM uma sensibilidade de 45,2%, especificidade de 80,0% e acuidade de 58,2% (39/67). Nas lesões da parede recto-sigmoide, requerendo cirurgia intestinal (shaving, ressecção discoide ou segmentar), a EcoTV/SVG apresentou uma sensibilidade de 57,5%, especificidade de 57,1% e uma acuidade de 57,4% (25/61). Comparativamente, a RM teve uma sensibilidade de 70,4%, especificidade de 52,1% e acuidade de 31,2%.

Discussão e conclusão: A RM demonstrou uma precisão diagnóstica superior a EcoTV/SVG para o diagnóstico de EP, nos diferentes compartimentos pélvicos. Relativamente à avaliação do compartimento posterior, ambos os exames demonstram acuidades diagnósticas

similares ao descrito na literatura. Após análise individualizada dos segmentos da região posterior da pelve, verificou-se uma diminuição da precisão de ambos os exames, nomeadamente no que diz respeito à sua sensibilidade.

CO 02

MIOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA: EVIDÊNCIA NUM CENTRO TERCIÁRIO

Helena Veloso; Joana Dias; Marta Moreira; Marcília Teixeira; Susana Carvalho; Hélder Ferreira; Alexandre Morgado

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Porto

Introdução: Leiomiomas uterinos são os tumores pélvicos mais comuns na mulher, com um risco de incidência de 70 a 80% ao longo da vida. Existem múltiplos tratamentos disponíveis, tanto farmacológicos como cirúrgicos, e a sua escolha depende de vários fatores como as características dos miomas, as características da doente e a experiência do cirurgião.

Objetivos: Os objetivos deste estudo foram de identificar as principais indicações para miomectomia por via laparoscópica, avaliar as características das doentes, as características dos miomas e o tempo operatório e de internamento neste tipo de abordagem cirúrgica.

Materiais e métodos: Foram incluídas neste estudo todas as mulheres submetidas a miomectomia laparoscópica no Centro Materno Infantil do Norte entre 2012 e 2018. As variáveis avaliadas foram idade das doentes, antecedentes obstétricos, indicação cirúrgica, características dos leiomiomas, necessidade de conversão em laparotomia, tempo operatório e duração do internamento. A análise estatística foi efetuada utilizando o IBM SPSS Statistics.

Resultados e conclusão: Um total de 104 mulheres entre os 23 e os 55 anos (mediana de 38 anos) foram submetidas a miomectomia laparoscópica. Sessenta e dois por cento eram nulíparas e 82.7% tinha no máximo um parto

anterior. As principais indicações cirúrgicas foram: sintomas compressivos (24%), infertilidade (19.2%) e hemorragia uterina anómala ou mioma de grande volume/em crescimento (16.3% cada). A duração média da intervenção foi de 85 minutos (min), variando entre 35min e três horas, havendo necessidade de conversão para laparotomia em 14.4% dos casos. O tamanho médio do maior mioma foi de seis centímetros (cm) (de 2-15cm), 40.4% eram subserosos e 56.8% fúndicos. O tempo médio de internamento foi de três dias. A duração do procedimento foi significativamente superior para miomas de maiores dimensões ($p < 0.001$). Tempo de internamento e de cirurgia mais prolongados foram mais frequentes em doentes mais velhas, embora não estatisticamente significativo ($p = 0.239$ e $p = 0.163$, respetivamente).

Neste estudo verificou-se que a miomectomia laparoscópica se realiza numa grande variedade de situação. A miomectomia é um tratamento cirúrgico fundamental em mulheres que pretendam preservar a fertilidade. Múltiplos estudos demonstram as vantagens da laparoscopia, registando menor morbidade peri-operatória e tempo de internamento permitindo um mais rápido retorno à atividade.

CO 03

PRESERVAÇÃO DE FERTILIDADE EM TUMORES BORDERLINE DO OVÁRIO – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO PORTUGUÊS, ESPANHOL E ITALIANO

Verónica São Pedro¹; Giulia Murru²; Valentina Chiappa²; Francesca Filippi²; Francesco Raspagliesi²; Nuria García³; Jessica Subirá³; José María Rubio³; Claudia Andrade¹; Daniela Couto¹; Paulo Cortesão¹; Ana Teresa Almeida¹
¹CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
²INT - Istituto Nazionale dei Tumori 3 HUPLA - Hospital Universitari i Politècnics La Fe

Introdução: Os tumores borderline do ovário caracterizam-se pelo seu prognóstico favorável e apresentação em idades jovens, encon-

trando-se habitualmente associados a desejo reprodutivo. Neste contexto, destacam-se como opções de preservação de fertilidade a criopreservação de ovócitos ou de tecido ovárico, e a cirurgia conservadora da fertilidade que, apesar de aumentar 2 a 4 vezes o risco de recorrência, não altera o prognóstico.

Objetivos: Dar a conhecer a casuística e abordagem de preservação de fertilidade com tumores borderline do ovário em 3 centros de referência europeus: CHUC (Coimbra), HUPLF (Valência) e INT (Milão).

Material e métodos: Consulta dos processos clínicos das mulheres avaliadas em consulta de preservação de fertilidade (CPF) com o diagnóstico de tumor borderline do ovário, nos 3 centros acima referidos, de 01/01/2013 a 01/10/2019. Foram analisados idade, paridade, fatores de risco para recorrência, e tratamentos cirúrgico e de medicina da reprodução.

Resultados e conclusões: Foram referenciadas à CPF do CHUC 5 mulheres (23-34 anos), das quais 4 em contexto de recorrência (bilateral ou ovário restante) e em quem se interveio. Procedeu-se a vitrificação de ovócitos seguida de anexectomia bilateral (3) com criopreservação de tecido ovárico (1), e a ICSI em ciclo natural (1) seguida de cirurgia de estadiamento completo após o parto. Duas das 3 mulheres que vitrificaram ovócitos não conseguiram obter gravidez da sua utilização. *Follow-up* (20-75 meses): sem novas recorrências.

Em Valência, foram encaminhadas 8 mulheres (19-37 anos) para vitrificação de ovócitos logo após a primeira cirurgia, das quais ainda nenhuma pretendeu engravidar. *Follow-up* (12-72 meses): um caso de recorrência bilateral posterior à estimulação, que foi submetida a anexectomia ao fim de 2 anos.

Em Milão, foram avaliadas 8 mulheres (24-40 anos): 7 recorrências e um diagnóstico inicial. Três vitrificaram ovócitos e todas foram intervencionadas, destacando-se a realização

de 7 quistectomias com recurso a ecografia intraoperatória com sonda laparoscópica, permitindo localizar lesões pequenas e evitar roturas iatrogénicas. *Follow-up* (6-26 meses): sem novas recorrências, uma gravidez espontânea com recém-nascido vivo.

Em conclusão, a criopreservação de um número adequado de ovócitos nem sempre garante uma gravidez futura, sendo preferível uma abordagem conjunta com cirurgia conservadora da fertilidade, quando oncológicamente seguro e após envolvimento da mulher no processo de decisão.

CO 04

ABORDAGEM DE TORÇÕES ANEXIAIS – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

K. Hunderarova^{1,2}; D. Antunes^{1,3}; F. Coutinho¹; M.J. Carvalho^{1,2}; F. Falcão¹; C. Andrade¹; F. Águas¹

¹*Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC);* ²*Clinica Universitária de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;* ³*Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

Introdução: A torção anexial é responsável por 2,7% das urgências cirúrgicas ginecológicas e requer uma intervenção precoce para preservar a viabilidade do ovário, particularmente em mulheres em idade fértil. O diagnóstico pode ser difícil, já que a apresentação clínica e a deteção imagiológica nem sempre são específicos.

O objetivo deste estudo consistiu em avaliar e descrever a abordagem cirúrgica das torções anexiais no nosso serviço.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo descritivo de doentes submetidas a cirurgia por torção anexial, entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2018, no CHUC.

Resultados: Foram incluídas 51 doentes, com uma mediana de idades de 36 anos [14-80]. Destas, 42 (82,4%) manifestaram torção anexial em idade reprodutiva, 2 (3,9%) dos quais durante a gravidez e 9 (17,6%) na pós-menopausa.

Foram observadas massas anexiais em 43 doentes (84,3%), cujas dimensões variaram entre 3 e 30cm, com uma mediana de 9,5cm. Destas, 41 (95,3%) representavam massas benignas, e 2 (4,7%) tumores malignos do ovário. Dos restantes 8 (15,7%) casos, 4 apresentavam ovários de aspecto poliquístico e 4 não apresentavam alterações morfológicas.

A via de abordagem cirúrgica foi preferencialmente laparoscópica (n = 26; 51%), e foi a via preferida para abordagem de massas de menores dimensões (8 cm vs 11 cm, $p = 0,017$). A opção por essa via aumentou progressivamente ao longo dos anos (58% entre 2014-2018 vs. 40% entre 2009-2013, $p = n.s.$).

A cirurgia conservadora (destorção com ou sem quistectomia) foi realizada em 9 casos (17,7%). Entre doentes de idade reprodutiva, esta opção cirúrgica foi mais frequentemente realizada em idades mais jovens (23 anos vs. 36 anos, $p = 0,003$).

Conclusão: A torção anexial ocorre sobretudo em doentes de idade fértil e é importante um alto grau de suspeição com vista a um diagnóstico precoce que permita uma cirurgia conservadora. A via laparoscópica deve ser a via de abordagem preferencial e no nosso estudo foi utilizada para massas até 14 cm. A cirurgia conservadora deve ser realizada sempre que possível e particularmente em idades jovens e em mulheres que ainda não tenham completado o seu projeto reprodutivo.

CO 05

DESFECHOS REPRODUTIVOS APÓS SEPTOTOMIA HISTEROSCÓPICA

Dora Antunes^{1,2}; Kristina Hundarova^{1,3}; Filipa Coutinho¹; Filipa Sousa^{1,3}; Maria João Carvalho^{1,3}; Francisco Falcão¹; Fernanda Águas¹

¹*Serviço de Ginecologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), EPE;* ²*Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;* ³*Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

Introdução: O útero septado é a anomalia uterina congénita mais frequente, tendo sido associado a um aumento de risco de abortamento, infertilidade e parto pré-termo. A septotomia histeroscópica é a terapêutica mais recomendada na prática clínica. Contudo, a evidência da sua eficácia e segurança na melhoria dos desfechos reprodutivos não é consistente.

Objetivos: Avaliar os desfechos reprodutivos após septotomia histeroscópica.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo e observacional das septotomias histeroscópicas realizadas no CHUC entre janeiro de 2013 e abril de 2019, tendo sido avaliados os resultados reprodutivos à data da submissão.

Resultados: Foram incluídas 38 mulheres com uma idade média de 31.6 ± 5.1 [19-42] anos, das quais 36,8% (n = 14) apresentavam história de abortamento e 39,5% (n = 15) de infertilidade. Mais de metade engravidou após septotomia (55,3%; n = 21), a maioria (71,4%; n = 15) de forma espontânea. A mediana do tempo decorrido entre a intervenção cirúrgica e a gravidez foi de 6 meses [1-24]. A gravidez teve um desfecho favorável em 66,7% (n = 14) dos casos. Destes, 28,6% (n = 4) foram precedidos por pelo menos 1 abortamento pós-septotomia. O parto ocorreu por cesariana em metade dos casos, verificando-se uma apresentação pélvica fetal em 21,4% (n = 3). Como complicações obstétricas destacam-se 2 casos de restrição de crescimen-

to fetal, 1 caso de parto pré-termo e 1 caso de ameaça de parto pré-termo. Das restantes gestações, 19,0% (n = 4) resultaram em abortamento espontâneo, 4,8% (n = 1) em interrupção médica de gravidez e 9,5% (n = 2) estão ainda em curso. A septotomia resultou mais frequentemente em gravidez com desfecho favorável nas mulheres com antecedentes de abortamento (57,1% vs. 25,0%, $p = 0,05$) e de infertilidade (46,7% vs. 30,4%, $p = n.s.$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o sucesso da gravidez e a idade, o tipo de septo (completo/incompleto), a técnica cirúrgica utilizada (mecânica/com energia) e a presença de septo residual ($p = n.s.$).

Conclusões: No presente estudo, a septotomia uterina condicionou melhores desfechos reprodutivos, sobretudo em mulheres com antecedentes obstétricos desfavoráveis. Fatores como a idade, o tipo de septo e a técnica cirúrgica utilizada não influenciaram o sucesso da gravidez. Contudo, as dimensões da amostra e o tipo de estudo efetuado limitam uma orientação generalizada para a prática clínica.

CO 06

FATORES PREDITORES DE MALIGNIDADE EM MASSAS ANEXIAIS – ANÁLISE DE 2 ANOS DO HOSPITAL PEDRO HISPANO

Mariana Dória; Ana Mesquita Varejão;
Mafalda Laranjo; Catarina Peixinho;
Rita Sequeira Campos

Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) / Hospital Pedro Hispano (HPH)

Introdução: As massas anexiais são um diagnóstico comum ao longo da vida da mulher. Na maioria dos casos são benignas e assintomáticas, contudo é crucial a exclusão de malignidade. Para isso, é importante a avaliação dos fatores de risco da doente, como por exemplo a idade, status pós-menopausa, história familiar e a elevação de marcadores tumorais.

Objetivos: Caracterizar as massas anexiais com necessidade de intervenção cirúrgica e correlacionar características clínicas e imagiológicas com os resultados histológicos.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos das utentes submetidas a intervenção cirúrgica por massas anexiais no HPH entre janeiro de 2017 e dezembro de 2018. A análise estatística foi realizada no programa SPSS®.

Resultados: Durante o período descrito, foram realizadas 166 cirurgias, das quais 139 foram eletivas e 27 urgentes. A abordagem mais frequente foi a laparoscópica (89,8%). A mediana de idades das utentes foi de 42,5 anos (mínimo 15; máximo 93 anos), sendo 31,9% pós-menopáusicas. O índice de massa corporal (IMC) médio das utentes foi de 26,6 kg/m². Menos de metade dos casos (47,9%) apresentavam sintomatologia associada. Os procedimentos mais frequentemente realizados foram a salpingo-ooforectomia, cistectomia, salpingectomia ou ooforectomia, maioritariamente unilaterais. As massas anexiais tinham como ponto de partida o ovário em 80,7% dos casos e apresentavam em média 5,91 cm de maior diâmetro (valor máximo 29 cm). Os diagnósticos histológicos benignos mais frequentes foram o cistadenoma seroso (26,3%), cistadenoma mucinoso (17,8%), teratoma quístico do ovário (15,3%) e endometrioma (14,4%). No que diz respeito aos tumores ováricos malignos, foram diagnosticados 13 casos (11% das massas ováricas), dos quais se destacaram o adenocarcinoma mucinoso (n = 4) e o seroso (n = 3). Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre malignidade e a idade ($p = 0,002$), o status pós-menopausa ($p = 0,028$), a elevação do CA125 ($p = 0,031$), o tamanho da massa anexial ($p < 0,001$). Esta relação não foi encontrada para o IMC e para a sintomatologia.

Conclusão: Em conclusão, a maioria das massas anexiais eram benignas e tiveram como ponto de partida o ovário, ocorrendo sobretudo em mulheres em idade fértil. Nos casos malignos, foi encontrada uma associação com a idade, o status pós-menopausa, a elevação do CA125 e o tamanho da massa anexial.

CO 07

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE TÉCNICAS DE ENTRADA EM LAPAROSCOPIA: EXPERIÊNCIA DE DOIS ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Joana Lyra; Rita Valente; Rita Figueiredo;
João Cavaco-Gomes; Ana Sofia Fernandes;
Margarida Martinho; Jorge Beires
Centro Hospitalar e Universitário São João, Porto, Portugal

Introdução: Entrar na cavidade abdominal e realizar o pneumoperitонеu representam mais de 50% das complicações em laparoscopia. A evidência atual sugere que nenhuma técnica de entrada é mais segura em relação às outras. **Objetivos:** Comparar as técnicas de entrada laparoscópicas quanto à eficácia, complicações e utilização de acordo com a experiência da equipa cirúrgica.

Material e métodos: Estudo coorte retrospectivo das cirurgias laparoscópicas programadas e urgentes entre janeiro/2017-dezembro/2018, realizadas em regime de internamento. Colheita de informação clínica, técnica de entrada, procedimento cirúrgico, experiência da equipa e complicações da entrada.

Resultados: Realizaram-se 380 laparoscopias em regime de internamento. As doentes tinham em média 45.3 ± 1.4 anos, 22.1% (n = 57) IMC³30 kg/m² e 44.5% (n = 165) antecedentes de pelo menos uma cirurgia abdominal. Em 74,2% dos procedimentos (n = 282), a equipa cirúrgica incluía um especialista diferenciado em cirurgia laparoscópica avançada e em 28,2% (n = 107) o cirurgião principal foi um interno. A entrada direta foi a mais frequente (65%, n = 247),

segundo-se agulha Veress (23.1%, n = 88: 56 umbilical, 32 ponto Palmer) e entrada aberta (11.8%, n = 45). Em dois casos (0.5%) houve uma segunda tentativa de entrada usando técnica diferente, com sucesso. A seleção da técnica aberta ou agulha Veress (ponto Palmer) foi mais frequente nos casos com cirurgia abdominal anterior comparando com casos sem cirurgia prévia (33.3% vs 9.3%, $p < 0.001$). Após análise multivariada, a experiência da equipa cirúrgica associou-se significativamente à técnica selecionada, sendo a entrada direta a mais utilizada quando a equipa incluía um elemento diferenciado em laparoscopia avançada (73.4% dos procedimentos realizados, $p < 0.001$). A experiência do cirurgião principal (interno vs especialista) não se associou à técnica utilizada, assim como IMC³30 kg/m². Não houve registo de complicações da entrada.

Conclusões: Todas as técnicas mostraram ser eficazes, não sendo possível comparar quanto à segurança, pois não ocorreram complicações. A ausência de diferenças na técnica escolhida entre procedimentos realizados por internos ou especialistas, sugere que qualquer técnica pode ser executada em formação. Os resultados estão de acordo com a evidência atual, que defende a escolha em função da preferência do cirurgião e características da doente. Considerar estes dois fatores poderá justificar o sucesso da primeira tentativa e a ausência de complicações.

CO 08

EXERESE HISTEROSCÓPICA DE PRODUTOS DA CONCEÇÃO RETIDOS: A NOSSA EXPERIÊNCIA EM AMBULATÓRIO

Carlos Silva Macedo; Rita Leiria Gomes;
Cristina Pestana; Filipa Reis; Patrícia Silva;
Filipe Bacelar; Cláudia Freitas; Lília Remesso
Hospital Dr. Nélio Mendonça – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.

Introdução: A retenção de produtos da concepção (RPC) ocorre em cerca de 1% das gravidezes, podendo causar complicações a curto e/

ou longo prazo. O tratamento cirúrgico é geralmente reservado para os casos refratários ao tratamento médico. A histeroscopia tem demonstrado vantagens sobre a curetagem uterina, pois permite uma visualização direta da cavidade e está associada a uma menor taxa de complicações. Mais frequentemente esta é realizada sob anestesia geral, no entanto, com histeroscópios de menores diâmetros sua realização é bem tolerada em ambulatório.

Objetivos: Caracterizar as histeroscopias realizadas em ambulatório por suspeita de RPC, em termos de eficácia, tolerância, número de procedimentos e complicações.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo das mulheres referenciadas à histeroscopia de ambulatório por suspeita de RPC entre 2017 e junho de 2019, no Hospital Dr. Nélio Mendonça. Foi utilizado um histeroscópio 5.5 mm de diâmetro. Os dados foram colhidos dos processos digitais e em suporte físico.

Resultados e conclusões: Foram incluídas neste estudo 65 mulheres – 87 histeroscopias -, pós-aborto ou pós-parto, com um espessamento endometrial médio de 16.1mm (7-30) na avaliação ecográfica, 50% doppler positivo. A idade média foi de 35 anos, 43% nulíparas e 34% antecedentes de aborto. Da amostra, 14% foram enviadas após parto, das quais 2 após cesariana e 2 após parto vaginal com dequitação manual. As restantes, após aborto espontâneo (59%), interrupção voluntária (6%) e interrupção médica da gravidez (17%). A histeroscopia foi realizada em média 8 semanas (3-12) após o aborto/parto. Como fatores de risco foram identificados os antecedentes de cesariana (14%), curetagem uterina (14%) e dequitação manual (3%). Em 92 %, o diagnóstico histeroscópico de RPC foi confirmado, tendo sido realizada a exérese no mesmo tempo. No geral o exame foi bem tolerado e sem intercorrências, exceto: interrupção do exame por dor (2), reação vasovagal

(1), hemorragia (1) e incompetência cervico-istmica (2). Em 34% dos casos foi necessário repetir uma ou duas vezes a histeroscopia, nestas a espessura endometrial média inicial foi de 17mm (vs 15mm). Dos 25 fragmentos enviados para diagnóstico anatomopatológico, foi confirmado tecido trofoblástico em 88%. Em todas, o controlo por ecografia mostrou resolução da RPC.

Assim, a exérese histeroscópica de produtos da concepção retidos em ambulatório parece ser um procedimento eficaz, seguro e bem tolerado.

CO 09

MINILAPAROSCOPIA NA CORREÇÃO DE AGENESIA VAGINAL: TÉCNICA CIRÚRGICA E OUTCOMES ASSOCIADOS

Andreia Fontoura Oliveira¹; Rafael Brás²; Sofia Rodrigues²; Diana Martins²; Lúcia Moleiro²; Helena Veloso²; Andrés Vigeras²; Mihaela Gotseva²; Joerg Keckstein³; Hélder Ferreira²

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar do Médio Ave; ²Unidade de Endoscopia Ginecológica, Centro Materno Infantil do Porto - Centro Hospitalar Universitário do Porto; ³Tübingen University, Alemanha

Introdução: O síndrome de Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser (SMRKH), também conhecido como agenesia vaginal, constitui um síndrome congénito raro com incidência estimada de 1:4500-5000 mulheres, resultando na ausência congénita da porção superior da vagina em associação com anomalias uterinas em grau variável. Está ainda por definir o tratamento standard para a agenesia vaginal, sendo opções o tratamento não-invasivo com dilatação vaginal progressiva bem como o tratamento cirúrgico, quer através do uso de enxertos quer por alongamento vaginal. A reparação cirúrgica por técnica minimamente invasiva tem sido referida como uma boa opção neste contexto, ao oferecer resultados rápidos com baixa taxa de complicações.

Objetivos: Descrição de técnica de reparação cirúrgica de agenesia vaginal por abordagem mini-laparoscópica.

Material e métodos: Apresentação de 4 casos de correção de agenesia vaginal em contexto de SMRKH, incluindo a técnica cirúrgica, cuidados pós-cirúrgicos, outcomes e complicações.

Resultados e conclusões: Quatro pacientes com SMRKH (idade média: 19 anos; comprimento vaginal pré-operatório médio: 1.5cm) foram submetidas a correção cirúrgica de agenesia vaginal através de abordagem mini-laparoscópica e vaginal concomitante, utilizando um sistema de tração externo ajustado diariamente até à criação de uma neovagina. Durante o procedimento foi utilizada fluorescência com indocianina verde (ICG) para melhor definição da anatomia pélvica. A cirurgia foi concluída com sucesso em todas as pacientes. A extração do sistema de tração ocorreu entre o 5º e 7º dia pós-operatório e foi sucedida por utilização diária de dilatadores vaginais externos. Esta técnica permitiu a criação de neovaginas com 11 cm de comprimento em 5 a 7 dias; 6 semanas após a cirurgia todas as pacientes apresentavam comprimento vaginal entre 10.5-11 cm, largura vaginal entre 2.5-3 cm e fundo vaginal epitelizado. Quanto a complicações, 1 paciente teve febre isolada ao 9º dia pós-operatório, que cedeu com uso de antipiréticos e antibioterapia empírica.

A técnica utilizada permitiu a criação de neovaginas em 1 semana, cuja dimensão foi mantida com sucesso às 6 semanas de pós-operatório, sem ocorrência de complicações de relevo. Assim, a abordagem mini-laparoscópica com uso de ICG parece ser efetiva no tratamento da agenesia vaginal em pacientes com SMRKH, dado tratar-se de um procedimento simples e seguro, com resultados rápidos e complicações minor, mesmo em contexto de anatomia pélvica distorcida.

Posters

P 01

CASUÍSTICA DOS DADOS DA HISTEROSCOPIA EM BLOCO OPERATÓRIO NUM CENTRO EM QUE A HISTEROSCOPIA OFFICE PREVALECE

Silvia Sales Vieira; Carolina Carvalho; Inês Pereira; Ana Fatela

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
– Maternidade Dr. Alfredo da Costa*

Introdução: A histeroscopia (HSC) permite detetar e tratar patologia intracavitária. Concretizável em ambiente de consultório (office) ou no bloco operatório (BO), este último está associado a custos superiores e a maior prevalência de efeitos adversos relacionados com a técnica anestésica e com o internamento, sobrecarregando os tempos de espera cirúrgicos.

Objetivos: Analisar os dados relativos às HSC realizadas em BO, na Maternidade Alfredo da Costa, entre 1 de setembro de 2018 e 31 de agosto de 2019.

Material e métodos: Estudo retrospectivo com análise descritiva dos dados referentes às HSC realizadas em BO, através da consulta de registos do SCLINIC e DocBase e tratamento estatístico no programa Excel.

Resultados: Entre setembro/2018 e agosto/2019, realizaram-se 527 HSC, 72 destas em BO. As mulheres submetidas a HSC no BO tinham em média 52 anos, 58% estava em pré menopausa e 46% tinha antecedentes de partos vaginais. As indicações principais para a realização do procedimento foram: suspeita ecográfica de pólipos (n = 22) e de miomas (n = 19) e espessamento endometrial (n = 15). Houve concordância diagnóstica entre a ecografia e a HSC em 57% dos casos e entre a HSC e a histologia em todos os casos em que se identificou patologia intracavitária. 48 realizaram histeroscopia office (HO) prévia, tendo

a maioria sido proposta para HSC no BO pelo tamanho das lesões intrauterinas encontradas e 11 por intolerância ao procedimento sem sedação e 5 por estenose do canal cervical. 23 foram propostas diretamente para HSC no BO por: recusa da mulher em realizar o procedimento sem sedação/anestesia (n = 3), preferência do clínico (n = 3), alterações do comportamento (n = 2), dificuldade na visualização do colo do útero (n = 1); em 12 mulheres o motivo foi desconhecido, por não estar registado. Durante o procedimento houve 8 intercorrências: 2 por retenção hídrica sem consequências maior, 1 por falso trajeto e 1 por perfuração uterina; 1 por hemorragia por lesão cervical; 1 por bradicardia durante a indução anestésica; 2 por hemorragia vaginal nas 4 semanas seguintes.

Conclusões: A intolerância/recusa das doentes para a execução da HSC sem sedação/anestesia influencia a escolha do ambiente onde é realizado. Nesta casuística, o tamanho das lesões intracavitárias revela-se um motivo frequente para a realização em BO. O registo dos motivos para a realização da HSC em BO *versus* HO reveste-se de especial importância para aferição da conduta clínica.

P 02

CONCORDÂNCIA DA ECOGRAFIA, HISTEROSCOPIA E ANATOMIA PATOLÓGICA EM MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CARCINOMA ENDOMÉTRIO

Carolina Castro de Carvalho; Inês Marques Pereira; Sílvia Vieira; Ana Fatela
Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Introdução: A histeroscopia com biópsia endometrial é conhecida por ser o gold standard para o diagnóstico de patologia endometrial maligna e pré maligna.

Apesar de ser uma excelente ferramenta para o reconhecimento de patologia intracavitária a correlação entre a imagem histeroscópica e os dados anatomopatológicos ainda é debatida.

Objectivos: Avaliar, nas mulheres com e sem sintomatologia, a concordância entre os dados ecográficos, a impressão diagnóstica da histeroscopia e o resultado anatomopatológico em casos de carcinoma do endométrio.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva de uma amostra de 290 histeroscopias de ambulatório realizadas na Maternidade Dr. Alfredo da Costa entre setembro de 2018 e setembro de 2019. Desta amostra foram selecionados os casos com o diagnóstico histológico de carcinoma do endométrio. Os dados clínicos foram obtidos através do sistema informático do hospital.

Resultados e conclusões: Numa amostra de 290 mulheres submetidas a histeroscopia, 25 foram diagnosticadas com carcinoma do endométrio. 24 mulheres encontravam-se em pós menopausa e uma em pré menopausa, sendo a idade média 70,08 anos. Quanto à sintomatologia, 21 mulheres apresentavam hemorragia uterina anómala e as restantes 4 mulheres apresentavam espessamento endometrial assintomático. No total da amostra estudada, 42 mulheres pós menopausa não apresentava sintomas de hemorragia e 80 mulheres apresentavam hemorragia uterina anómala pós menopausa, pelo que 30% das mulheres sintomáticas pós menopausa foram diagnosticadas com carcinoma do endométrio. Este valor foi superior ao referido na literatura (6 a 19%). Foram também avaliadas as ecografias prévias em 24 casos. Destas, cinco referiam um ou mais pólipos endometriais, 13 referiam espessamento endometrial superior a 5 mm, quatro evidenciaram hidro/hematometra e apenas, duas referiam explicitamente suspeição de malignidade. Através dos relatórios dos procedimentos histeroscópicos, em 14 casos o operador refere suspeita de atipia e em 11 casos relata achados compatíveis com adenocarcinoma do endométrio, assim registamos uma concordância de 100% entre

o diagnóstico dado pela imagem histeroscópica e o diagnóstico histológico na nossa amostra.

É importante, ainda, referir que o facto da colheita de dados ser do tipo retrospectivo, a falta de dados importantes nos processos informáticos e o número pequeno da amostra limitaram os resultados apresentados.

P 03

QUAL O PAPEL DA LAPAROSCOPIA EM TUMORES AVANÇADOS DO OVÁRIO OU DE ORIGEM OCULTA?

Joana Aidos¹; Sara Costa²; Ângela Melo¹; Sónia Gonçalves¹; Nuno Nogueira Martins¹; Francisco Nogueira Martins²

¹Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E.; ²Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.

Introdução: A laparoscopia desempenha actualmente um papel importante nos estádios avançados de tumores do ovário ou de origem oculta, seja com um intuito diagnóstico ou com vista à selecção das doentes candidatas a cirurgia de citorredução completa. Permite a exploração detalhada da cavidade abdomino-pélvica, eventual determinação da origem e realização de biópsias para obtenção de diagnóstico histológico definitivo, verificar a extensão e ressecabilidade do tumor, avaliar resposta a quimioterapia, e, em casos específicos, completar a cirurgia de citorredução.

Objectivos: Avaliar a importância da abordagem minimamente invasiva em tumores avançados

Metodologia: Estudo retrospectivo de todas as doentes submetidas a cirurgia laparoscópica no contexto de tumores do ovário ou de origem oculta em estadio avançado (III ou IV), no período entre Janeiro de 2011 e Setembro de 2019.

Resultados e conclusões: Foram analisadas 25 doentes, com uma média de idades de 68 anos. No total foram efectuados 26 procedimentos laparoscópicos: 17 (68%) casos cor-

respondentes a tumores do ovário (65% em estágio IV) e 8 casos a tumores ocultos (88% em estágio IV). O tempo médio cirúrgico foi 54 minutos e em 92% dos casos verificou-se perda hemática durante o procedimento inferior a 50 ml. Verificou-se uma média de 2 dias de internamento no pós-operatório. Não foram descritas complicações intra-operatórias e houve 2 casos de complicações pós-operatórias: um caso de infecção da ferida supra-púbica e um caso de metástase da porta de entrada umbilical. 72% das doentes realizaram quimioterapia após a cirurgia e em 10 casos foi possível a realização posterior de cirurgia de intervalo. No período decorrente desde o início do estudo constatou-se o óbito de 14 doentes, todos devido a progressão de doença.

Conclui-se que a abordagem minimamente invasiva apresenta inúmeras vantagens em relação à laparotomia nestas circunstâncias, nomeadamente uma melhor visualização, menor dor pós-operatória, menor hemorragia, menos complicações per-operatórias e estadias hospitalares mais curtas, permitindo um início mais precoce da neo-adjuvância tornando-a, portanto, uma opção válida na abordagem de tumores em estádios avançados.

P 04

TORÇÃO DO OVÁRIO – A REALIDADE DO HOSPITAL FERNANDO DA FONSECA

Cristina Bragança; Carolina Rocha; Marta Rodrigues; Vanessa Santos; Ana Paula Ferreira
Hospital José Joaquim Fernandes, Hospital Distrital de Santarém, Hospital Fernando da Fonseca

Introdução: A torção do ovário é 5ª emergência ginecológica reportada, mas é relativamente rara. O diagnóstico pode ser um desafio dada a inespecificidade dos sintomas e dos achados clínicos, condicionando atraso na resolução e compromisso da viabilidade ovárica. Não existe um período específico de tempo desde o início dos sintomas que deter-

mine a viabilidade do tecido ovárico. A intervenção cirúrgica para diagnóstico e eventual resolução da torção deve ser sempre considerada.

Objetivo: Auditar os casos de torção do ovário que ocorreram no Hospital Fernando da Fonseca, num período de 7 anos.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva das torções de ovário, de Janeiro de 2012 a Dezembro de 2017.

Foram avaliados os seguintes parâmetros: idade, paridade, fatores de risco (gravidez, estimulação ovárica, antecedentes de cirurgia pélvica, presença de massa anexial), sintomas de apresentação, forma de diagnóstico e abordagem. A análise descritiva foi realizada com o Microsoft Excel versão 2010.

Resultados e conclusões: Durante os 7 anos avaliados, ocorreram 25 internamentos por suspeita de torção do ovário. A idade média foi de 30 ± 13 anos. Não houve diferença significativa entre nulíparas e multíparas. A dor pélvica foi a forma de apresentação mais comum (44%, $n = 11$) e 1/3 das mulheres apresentou vômitos concomitantemente ($n = 8$). A maioria das mulheres apresentou sintomas há menos de um dia (72%, $n = 18$). Todas realizaram exames imagiológicos, tendo sido feita avaliação Doppler em 9 casos (36%), todos com alterações de fluxo. Apenas duas mulheres não foram submetidas a cirurgia, após melhoria clínica com medicação endovenosa. A maioria foi operada por via laparoscópica (61%), não se tendo confirmado o diagnóstico em 2 casos. Em 68% dos casos, a torção foi identificada à direita ($n = 13$) e em 70% foi realizada anexectomia ($n = 16$). Não se registaram complicações relacionadas com a cirurgia.

A torção do ovário é um evento raro, cujo diagnóstico precoce depende do alto nível de suspeição. Ocorre mais frequentemente em mulheres com massas anexiais ou ová-

rios aumentados, predominantemente no lado direito, o que se verificou na população estudada. A avaliação com Doppler é importante para avaliar o grau de compromisso vascular, mas não deve atrasar a intervenção cirúrgica. Perante a suspeita de torção do ovário, a intervenção cirúrgica deve ser atempada para minimizar o compromisso vascular e o seu efeito na fertilidade da mulher.

P 05

CORRELAÇÃO ECOGRÁFICA, HISTEROSCÓPICA E HISTOLÓGICA NA AVALIAÇÃO DA CAVIDADE UTERINA

Ana Marta Pinto; Ana Cláudia Santos; Filipa Malheiro; Sílvia Fernandes; Helena Nascimento; Clara Moreira; Filomena Ramos; Isabel Ferreira; Mário Oliveira
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A histeroscopia é a técnica de eleição para avaliação da cavidade uterina, sendo solicitada para estudo de queixas de hemorragia uterina anormal ou na sequência de achados ecográficos anormais sugestivos de patologia endometrial ou miometrial a condicionar alterações da cavidade uterina. O potencial terapêutico constitui uma vantagem desta técnica para abordagem inicial na avaliação da cavidade uterina.

Objetivos: Correlacionar os achados ecográficos, histeroscópicos e histológicos numa amostra de doentes submetidas a “histeroscopia de consultório” no CHBV.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo de uma amostra de 130 doentes submetidas a “histeroscopia de consultório” no CHBV, referenciadas a partir da consulta de ginecologia ao longo de um trimestre. Revisão da literatura e consulta do processo clínico.

Resultados e conclusões: A média da idade das doentes estudadas foi de 54,8 anos. Excluíram-se duas que não realizaram ecografia e duas nas quais a histeroscopia não foi conseguida. Em 52 casos a histeroscopia foi pre-

cedida de ecografia transvaginal no serviço de ginecologia do CHBV e em 76 casos no exterior. Cinquenta e nove doentes encontravam-se na menopausa. Os motivos mais frequentes de referenciação à consulta foram suspeita ecográfica de pólopo endometrial isolada (36 casos), hemorragias uterinas anormais em doentes pré-menopausa (29 casos), deteção ecográfica de espessamento endometrial isolada (25 casos) e metrorragias pós-menopausa (14 casos). O diagnóstico ecográfico mais frequente foi de pólopo endometrial (75 casos), com correspondência histeroscópica em 39 casos (52%). O segundo foi de espessamento endometrial (39 casos), cujas histeroscopias revelaram pólipos endometriais em 22 casos. Realizaram-se 39 histeroscopias cirúrgicas. Por impossibilidade técnica ou ausência de tolerância da doente para procedimentos cirúrgicos, foi necessária a realização de resectoscopia no bloco operatório sob anestesia geral em 42 casos. O diagnóstico histeroscópico de pólopo endometrial teve uma correspondência histológica correta em 54 casos. Nos dois casos em que houve suspeita de malignidade na histeroscopia confirmou-se o diagnóstico histológico, tendo havido um caso em que não existia suspeita. Na amostra estudada, os achados histeroscópicos revelaram uma maior correlação com a histologia do que os achados ecográficos, o que se coaduna com a maior especificidade da histeroscopia que se encontra descrita na literatura.

P 06

MASSA PÉLVICA – NEM SEMPRE É O QUE PARECE

Filipa Alpendre; Pedro Carvalho; Andreia Relva;
Carlos Rodrigues
Maternidade Dr. Alfredo da Costa, CHULC; Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A identificação de uma massa anexial em exames complementares é um motivo frequente de referenciação hospitalar,

levando a investigação para apurar o risco de malignidade. A laparoscopia pode ser a abordagem cirúrgica inicial, principalmente em lesões provavelmente benignas.

Objetivo: Descrição de um caso clínico de massa pélvica, com aparente origem anexial.
Caso clínico: Mulher de 65 anos, enviada à Consulta de Ginecologia por suspeita de massa anexial direita, associada a dor pélvica e perda ponderal com 6 meses de evolução. Tratava-se de uma mulher múltipara, com menopausa aos 52 anos e sem antecedentes pessoais relevantes. Tinha realizado ecografia e TAC pélvicas, através do Médico de Família, que relatavam, respetivamente: “massa sólida bem delimitada com 42 mm na região latero-uterina direita” e “lesão na área anexial direita com 57 x 36 mm de contornos regulares, não infiltrativa, não parecendo inequivocamente tratar-se de uma lesão quística”. No hospital referiu um agravamento recente da dor, tendo realizado marcadores tumorais (negativos) e RM pélvica, que identificou uma “lesão quística do ovário direito com 6.7 cm de maior eixo e fina lâmina de ascite, sugerindo o diagnóstico de cistadenoma/cistadenocarcinoma seroso do ovário”. Dada a maior probabilidade de se tratar de uma lesão benigna, a doente foi proposta para laparoscopia diagnóstica com eventual exame extemporâneo do anexo. Intraoperatoriamente não se identificou patologia uterina ou anexial, e a referida lesão não foi localizada. Apenas quando se desfez a posição de Trendelenburg, visualizou-se uma massa de 7 cm, com origem no apêndice ileocecal, parecendo tratar-se de um mucocele apendicular sem envolvimento peritoneal. Com o apoio da Cirurgia Geral, foi realizada apendicectomia. O resultado anatomopatológico revelou um adenocarcinoma mucinoso do apêndice bem diferenciado, classificado em pT3. Após discussão em consulta oncológica multidisciplinar, foi proposto à doente a

realização de outros exames de estadiamento e hemicolecotomia direita.

Conclusão: Perante uma massa com aparente origem anexial numa mulher na pós-menopausa, deve ser considerada a hipótese de se tratar de uma neoplasia do ovário, mas convém ter em conta outros diagnósticos diferenciais, incluindo patologias mais raras de origem não ginecológica. A laparoscopia, com inspeção minuciosa da cavidade abdominopélvica, neste caso foi crucial, permitindo o diagnóstico de um tumor maligno raro do apêndice.

P 07

O PAPEL DA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA NA HIDROMETRA – O QUE PODE ESCONDER ESTE ACHADO? – CASO CLÍNICO

Ana Cláudia Lopes; Eliana Teixeira; Daniela Pereira; Vera Vilhena; Maria de Lurdes Pinho; Ana Paula Lopes
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Introdução: A presença de líquido na cavidade endometrial ou hidrometra, que pode corresponder a sangue, muco ou pús, geralmente associa-se a estenose cervical. O risco de neoplasia na presença de hidrometra aumenta quando a linha endometrial se encontra espessada.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, com 1 parto eutócico nos antecedentes e menopausa aos 57 anos, sem terapêutica de substituição hormonal. Iniciou vida sexual aos 26 anos tendo tido apenas 1 parceiro sexual. Nega patologias, medicação habitual ou antecedentes cirúrgicos de relevo. Manteve vigilância de rotina com o seu médico de família até à data da consulta. Assintomática, sem vida sexual ativa, foi encaminhada para consulta de ginecologia hospitalar por achado ecográfico de útero com heterogeneidade do endocolo com várias formações quísticas e alterações fibróticas, com presença de líquido endoluminal, mais evidente no corpo, aparentemente não puro, com 3,9 ml, sem evolução significativa desde o ano

anterior e sem espessamento significativo da linha endometrial. À observação ginecológica apresentava atrofia cérvico-vaginal com apagamento dos fundos de saco, não se visualizando o colo uterino, sendo o mesmo palpável ao toque. Realizou citologia cervico-vaginal que foi negativa para lesão intra-epitelial. Foi proposta para histeroscopia onde se visualizou vagina em fundo de saco, com identificação difícil do orifício cervical externo, totalmente obliterado, procedendo-se à sua abertura com saída abundante de muco. A nível do endocolo, identificou-se formação polipóide milimétrica com vascularização aumentada, a qual se excisou. Apresentava uma cavidade endometrial atrófica, com abundante quantidade de muco, endométrio atrófico e sem formações intracavitárias. A histologia da biópsia endocervical foi compatível com carcinoma pavimentocelular moderadamente diferenciado G1, com invasão do endocolo, estadiado IB1 da classificação da FIGO. Foi submetida a histerectomia radical com salpingooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica bilateral e, posteriormente, radioterapia adjuvante.

Conclusão: Este caso clínico revela a importância do estudo endoscópico uterino com visualização directa não só da cavidade como também do canal cervical, possibilitando a detecção de patologia não diagnosticada na presença de estenose cervical, através de biópsias dirigidas.

P 08

MIOMECTOMIA EM AMBULATÓRIO COM MINI-RESSECTOSCÓPIO

Sofia Ferreira Rodrigues; Sílvia Vieira; Carla Leitão; Ana Fatela
Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Os miomas uterinos constituem o tumor pélvico mais frequente na mulher, sendo submucosos em 15 a 20% dos casos. Constituem uma causa importante de hemorragia uterina anormal (HUA).

Este trabalho reporta o caso de uma mulher de 45 anos, saudável, primípara, encaminhada para a consulta de Ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa em Julho de 2019 por quadro de HUA – hemorragia abundante, associado a anemia ferropênica (Hb 8.4g/dL). Durante este período terá expulso o dispositivo de libertação intra-uterino (DLIU) de levonogestrel (LNG) (52 mg). Ecograficamente era visível um útero globoso, sem DLIU-LNG in útero, com uma imagem sugestiva de fibromioma submucoso FIGO tipo 0 com 36 x 21mm. Foi submetida a histeroscopia por vaginoscopia, sem necessidade de anestesia local, com utilização de mini-ressectoscópio Gubbini, tendo-se visualizado uma formação ocupando toda a cavidade uterina sugestiva de mioma submucoso. Procedeu-se a excisão parcial da formação descrita. Posteriormente foi medicada com agonista GnRH (implante de goserrelina de libertação prolongada 10.8 mg), um estroprogestativo e ferro oral para uma recuperação mais rápida do valor de hemoglobina.

Duas semanas depois recorreu ao serviço de Urgência da nossa instituição por novo episódio de HUA e algias pélvicas intensas. À observação com espéculo constatou-se hemorragia abundante e o colo aberto com exteriorização de formação pediculada, que se removeu por torsão, com controlo da hemorragia após o procedimento. O diagnóstico histológico tanto do material excisado por histeroscopia, como por via vaginal, foi “leiomioma submucoso”. Um mês depois fez histeroscopia de second look, onde se constatou cavidade uterina regular, sem patologia. Atualmente (cerca de um mês depois), encontra-se assintomática, com hemoglobina 10.1g/dL.

Com este caso clínico destacamos a importância da utilização do mini-ressectoscópio como procedimento de histeroscopia office de primeira linha no tratamento de formações intracavitárias de grandes dimensões. É um

procedimento seguro, com elevada eficácia e bem tolerado pelas doentes, evitando a utilização do bloco operatório.

P 09

O PAPEL DA BIÓPSIA VULVAR NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO LÍQUEN ESCLEROSO VULVAR

Matilde Martins, Cátia Rodrigues, Susana Leitão, Cristina Costa, Soledade Ferreira
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A biópsia vulvar é uma arma imprescindível para o diagnóstico de líquen escleroso vulvar, uma vez que esta entidade pode mimetizar diversas patologias, tais como neoplasia intraepitelial vulvar (VIN).

A VIN é uma doença rara com incidência crescente, podendo ser classificada em 2 tipos: VIN de tipo usual (u-VIN), relacionada com a infeção por HPV de alto risco (HPV16 em 66-100%) e a VIN diferenciada, não relacionada com a infeção pelo HPV e que surge tipicamente em áreas de líquen escleroso.

Objetivos: Salientar o papel da biópsia vulvar como arma diagnóstica e sua importância na decisão terapêutica.

Material e métodos: Descrição retrospectiva de caso clínico.

Caso clínico: Mulher, 46 anos, 1 cesariana gemelar há 15 anos. Antecedentes de Hipotireoidismo, medicado com levotiroxina.

Referenciada à consulta por prurido vulvar com 1 ano de evolução sugestivo de líquen escleroso vulvar e medicada com propionato de clobetasol com melhoria clínica.

Ao exame ginecológico apresentava lesão eritematosa e papular com cerca de 4 mm no 1/3 posterior do pequeno lábio esquerdo e eritema descamativo dos grandes lábios, que foram biopsadas. Exame anatomo-patológico (EAP): “1º pápula com 7 x 4 x 2 mm, compatível com u-VIN alto grau com p16 positivo e p53 negativo; 2º mucosa com 5 x 4 x 6 mm sugestiva de lesão condilomatosa sem displasia”.

Citologia cervico-vaginal: LSIL. Teste de HPV AR positivo para 16 e outros.

A coloscopia revelou zona de transformação tipo 1, com lesão acetobranca e ponteados finos entre as 12h e 1h, compatível com lesão de baixo grau, que foi biopsiada e histologicamente compatível com CIN 1.

Submetida a exérese de lesão vulvar descrita. EAP: “u-VIN alto grau, com margens cirúrgicas livres”.

Seguimento sem intercorrências.

Conclusão: Este caso clínico mostra como a infecção por HPV e u-VIN podem facilmente mimetizar a clínica típica de líquen escleroso vulvar, com atraso do diagnóstico e terapêutica o que realça o papel da biópsia.

Dada a multicentricidade do HPV, após o diagnóstico de VIN usual está recomendado a exclusão de outras neoplasias intraepiteliais genitais.

P 10

MIOMA EXTRAPERITONEAL – UMA RARIDADE DIAGNÓSTICA

Matilde Martins; Sara Cunha; Inês Reis;
Soledade Ferreira; Cristina Costa; Teresa Paula Teles
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: Os leiomiomas são tumores mesenquimatosos monoclonais que podem surgir de qualquer célula muscular lisa. Afetam 20% a 30% das mulheres com mais de 35 anos.

Os leiomiomas extra-uterinos são raros, especialmente os extraperitoneais, sendo um desafio diagnóstico dado a sua capacidade de mimetizar patologia maligna.

Dentro de todos os tumores primários retroperitoneais, estima-se que a incidência de leiomioma seja de 1.2%.

Objetivos: Salientar outros locais anatómicos para o crescimento de leiomiomas e a sua dificuldade diagnóstica.

Material e métodos: Descrição retrospectiva de caso clínico.

Caso clínico: 51 anos, saudável, antecedentes cirúrgicos de histerectomia total, anexec-

tomia esquerda e salpingectomia direita via laparoscópica há 2 anos por múltiplos miomas subserosos e formação nodular heterogênea na vertente esquerda uterina com 7,7 x 4,8 x 6 cm (provável mioma pediculado ou lesão anexial esquerda). Ao exame anatomo-patológico (EAP): útero 8 x 3,5 x 2,5 cm com 2 leiomiomas intramural e subseroso, trompas e ovário esquerdo sem alterações.

Encaminhada para a consulta externa por achado incidental em RMN de lesão sólida heterogênea com 7,3 x 6,5 x 6 cm na vertente esquerda da escavação pélvica de natureza indeterminada, contornos regulares e sem sinais de invasão de estruturas adjacentes nem adenopatias, mas que condiciona compressão vesical. Sem progressão dimensional comparando com estudos anteriores.

Marcadores tumorais (CEA, CA 19.9 e CA 125): negativos.

Ao exame ginecológico: atrofia vulvovaginal, cúpula sem alterações, ao toque abaulamento do FS anterior e latero-esquerdo. Ecografia TV: massa heterogênea de contornos regulares com 60 x 58 mm.

Uro-TC: permeabilidade dos uréteres mantida bilateralmente.

Submetida a laparotomia mediana infraumbilical exploradora, constatando-se lesão extra-peritoneal esquerda lateralmente à bexiga, que causa abaulamento da cúpula vaginal. Exérese de lesão sem intercorrências.

EAP: nódulo capsulado com 10 cm com proliferação fusocelular, hianilizado, sem atipia, compatível com leiomioma.

Seguimento após 1 mês e anual sem intercorrências.

Conclusão: Os leiomiomas extraperitoneais representam um desafio diagnóstico. Dado o risco de recorrência subsequente e incerteza quanto ao potencial maligno, um estudo imediato e diagnóstico histológico definitivo são imprescindíveis.

Devido à falta de precisão diagnóstica usando os meios imagiológicos atualmente disponíveis a terapêutica cirúrgica está indicada.

P 11

HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA OFFICE: TÉCNICA MECÂNICA VS ENERGIA BIPOLAR – EXPERIÊNCIA DE 1 ANO

Ana Cláudia Lopes; Eliana Teixeira; Daniela Pereira; Mariana Santos; Rosário Cercas; Vera Vilhena; Maria de Lurdes Pinho; Ana Paula Lopes
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Introdução e objetivo: A histeroscopia cirúrgica é uma das armas mais importantes no tratamento de patologia uterina intracavitária benigna. O seu desenvolvimento permitiu que a maioria possa ser realizada em consultório, sendo cada vez melhor tolerada. Podem ser utilizadas duas técnicas: a mecânica, com tesoura e pinça, e a histeroscopia com recurso à energia bipolar (Versapoint®). O objetivo deste trabalho consiste em comparar estas duas técnicas.

Métodos: Estudo retrospectivo da histeroscopia cirúrgica office realizada no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo entre 01/10/2018 e 30/09/2019.

Resultados: Incluiu-se no estudo um total de 213 mulheres com idades entre os 25 e os 81 anos (média de 59), das quais 63% já se encontravam em Menopausa. Das 213 histeroscopias, 21 foram realizadas com recurso a energia bipolar (Versapoint®) e 192 com tesoura e pinça. Foram excluídas as histeroscopias de *second look*. Em ambas as técnicas, a indicação mais comum foi a suspeita ecográfica de pólipos endometriais - 63% na histeroscopia mecânica e 57% na histeroscopia com Versapoint®. Nesta última destacou-se também a suspeita ecográfica de mioma submucoso (33% para a energia bipolar vs 5% para a técnica mecânica). Os pólipos endometriais foram a patologia mais frequentemente encontrada em ambos os grupos (89% vs 67%). No grupo

da energia bipolar, todos apresentavam dimensões superiores a 2 cm ou polipose. No grupo da histeroscopia mecânica foram diagnosticados 3 casos de hiperplasia endometrial com atipia e 1 caso de adenocarcinoma do endométrio. A necessidade de ressectoscopia posterior foi mais prevalente no grupo da energia bipolar 19% vs 3% na histeroscopia mecânica. A Histeroscopia de *second look* foi realizada em 21% no grupo da técnica mecânica vs 19% no grupo da energia bipolar. O tempo cirúrgico médio da histeroscopia mecânica foi de 39 min e de 32 min para a histeroscopia com Versapoint®. Não se registou nenhuma complicação *major*. A complicação mais frequente foi a síndrome vaginal em ambos os grupos. A dor foi avaliada em 4 no grupo da energia mecânica e em 3 no grupo da energia bipolar.

Conclusão: Os dados encontrados corroboram a literatura. Devido aos custos da energia bipolar e ao aperfeiçoamento da técnica, atualmente a histeroscopia mecânica é a mais utilizada no nosso Centro Hospitalar, ficando a energia bipolar reservada para os casos mais exigentes. Não podemos deixar de destacar o viés que deriva da diferença de dimensão da população nos dois grupos da amostra.

P 12

TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO NA GRAVIDEZ ECTÓPICA – EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

Marta Luísa Rodrigues; Rute Branco; Cristina Bragança; Ana Carolina Rocha; Vanessa Santos; Silva Pereira; Antónia Nazaré
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A gravidez ectópica (GE) é definida pela implantação do blastocisto fora da cavidade uterina e corresponde < 2% de todas as gravidezes diagnosticadas. O seu tratamento abrange um leque de opções que inclui a atitude expectante, o tratamento médico e o tratamento cirúrgico (laparotómico ou

laparoscópico). Sendo uma condição potencialmente fatal, o seu diagnóstico precoce e tratamento adequado são fundamentais para o futuro reprodutivo da mulher e diminuição da morbimortalidade.

Objetivos: Análise dos dados associados às GE submetidas a tratamento laparoscópico.

Material e métodos: Estudo retrospectivo no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca baseado na análise de processos clínicos com o diagnóstico de GE, durante 5 anos (2014-2018).

Análise estatística: Microsoft Excel®2016.

Resultados e conclusões: Durante o período de estudo foram diagnosticadas 248 GE, das quais 27% (n = 66) foram submetidas a tratamento laparoscópico – a nossa população de estudo.

A média de idades foi 31anos (18-44 anos), cerca de 41% (n = 27) dos casos eram nulíparas e 9% (n = 6) tinham antecedentes de GE. Em 6% dos casos (n = 4), estava presente um dispositivo intrauterino.

Relativamente aos dados da GE verificou-se que: 97% (n = 64) eram tubárias; 67% (n = 44) estavam rotas; 12% (n = 8) tinham feito tratamento médico previamente e 3% (n = 2) eram heterotópicas. O doseamento sérico de β -HCG teve um valor médio de 11770UI/L (197-59881UI/L). No que diz respeito aos dados cirúrgicos, o tempo médio foi 69 minutos (30-175 minutos) e em apenas um caso houve necessidade de conversão para cirurgia laparotómica. Todos os procedimentos foram efetuados sob anestesia geral, com 4 portas de entrada e não foram descritas complicações operatórias.

Procedeu-se à transfusão de concentrado eritrocitário em 12% dos casos (n = 8).

A duração média de internamento foram 3 dias (1-5).

O estudo anatomopatológico foi sempre solicitado e confirmado o diagnóstico de gravidez ectópica em todos os casos.

De acordo com o processo hospitalar, houve recorrência de GE em 7,5% dos casos (n = 5). Entre os tratamentos cirúrgicos da GE, a abordagem laparoscópica é a preferencial numa situação de estabilidade hemodinâmica. De acordo com os nossos resultados, este tipo de intervenção demonstrou ser eficaz e com uma baixa taxa de complicações, além de contribuir para uma recuperação pós-operatória e um internamento céleres. No entanto, é de realçar que a nossa amostra é exígua e seria necessário alargar o período temporal para aferir outras conclusões.

P 13

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA: LIMITAÇÕES, DIFICULDADES E DESFECHOS

Carolina da Costa Gomes; Ana Edral; Rita Torres Martins; Tatiana Leite; Ana Casquilho
Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade Faro

Introdução: A histeroscopia (HSC) diagnóstica é um procedimento relativamente seguro e bem tolerado, estando indicada no estudo complementar da hemorragia uterina anormal (HUA), suspeita ecográfica de formações intracavitárias, infertilidade, abortamentos de repetição, entre outros. A sua utilização em consultório, sem anestesia, visa diminuir os riscos anestésicos em mulheres com comorbilidades, mas também otimizar custo-eficácia.

Objetivos: Avaliar o desfecho de HSC diagnóstica em contexto ambulatorio sem anestesia, com histeroscópio de 4,5 mm; documentar dificuldades e limitações.

Material e métodos: Estudo retrospectivo consistindo na avaliação das mulheres submetidas a HSC diagnóstica ambulatoria no CHUA-Faro entre 01/01/17 e 30/06/19. Os dados foram colhidos com consulta dos processos clínicos informatizados e a análise estatística efetuada com recurso ao programa SPSS® (significância estatística para $p < 0,05$).

Resultados e conclusões: Foram incluídas 329 mulheres (182 pós-menopausa), com média de idades 56 anos. Comorbilidades com risco anestésico acrescido foram identificadas em 62% (75,3% no grupo pós-menopausa). O principal motivo para HSC foi a suspeita ecográfica de pólipo endometrial (41,4%), seguido de espessamento endometrial (39,5%). O principal sintoma foi a HUA (54% - 21,7% pós-menopausa e 18,4% catamênios abundantes); 44,7% das mulheres estavam assintomáticas.

As principais dificuldades encontradas foram a estenose cervical (26,3%), hemorragia ativa (3,3%) e intolerância à dor, tendo condicionado incapacidade em avaliar a cavidade em 23,7% (15,7% por orifício intransponível). Das mulheres cuja cavidade foi impossível avaliar, 44% foram encaminhadas para HSC sob sedação e 30,6% para HSC após estrogenerapia/diferente fase do ciclo.

A incapacidade em ultrapassar o canal cervical correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com o status pós-menopausa ($p = 0,03$), mas não se relacionou com o número de partos vaginais de forma significativa.

Foi descrito 1 caso de reação vagal e 2 casos de falsos trajetos; não foram descritas outras complicações.

Portanto, estes dados suportam a segurança e tolerabilidade da HSC diagnóstica de ambulatório. Contudo, apontam para menor taxa de visualização cavitária na população pós-menopáusicas, que seria a que mais beneficiaria da redução dos riscos anestésicos. Soluções poderão passar pela utilização de histeroscópios de menor diâmetro e otimização do agendamento e preparação para o procedimento.

P 14

HISTERECTOMIA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA – CASUÍSTICA DE 4 ANOS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Rita Silva; Madalena Tavares; Célia Pedroso; Lucinda Mata; Rui Costa
Hospital Vila Franca Xira

Introdução: A histerectomia é uma das intervenções cirúrgicas mais frequentemente realizadas em todo o mundo. Nos últimos anos, com a evolução das técnicas endoscópicas e a diferenciação dos cirurgiões na abordagem laparoscópica verificou-se um crescente aumento no número destes procedimentos. Sendo um técnica minimamente invasiva apresenta vantagens em termos de morbilidade, internamento hospitalar e menor taxa de absentismo laboral.

Objetivo: Análise descritiva das histerectomias totalmente laparoscópicas e respetivas complicações realizadas no serviço de Ginecologia do Hospital Vila Franca Xira.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo das mulheres submetidas a histerectomia totalmente laparoscópica no período compreendido entre agosto de 2015 e agosto de 2019 através da consulta dos processos clínicos. Foram analisadas as seguintes características: idade, índice de massa corporal, indicação cirúrgica, duração da cirurgia, complicações intra e pós-operatórias e duração do internamento.

Resultados e conclusões: Durante o período analisado foram realizadas 113 histerectomias totalmente laparoscópicas. A idade média das doentes foi de 52,6 anos (Mínima = 34; Máxima = 79; Mediana = 49). O índice de massa corporal médio foi de 27,6 kg/m², sendo 27,4% das mulheres obesas. A indicação predominante foi hemorragia uterina anómala no contexto de útero miomatoso e/ou presença de pólipos endometriais em 69,1% seguido de patologia anexial em 14,2%, displasia do colo em 7,9% e outras em 8,8%.

A duração média da cirurgia foi de 145,5 minutos e o tempo médio de internamento foi de 3 dias. Relativamente às complicações intraoperatórias verificaram-se dois casos de hemorragia com necessidade de transfusão correspondendo a uma taxa de 1,8%. Verificaram-se ainda 5 complicações pós-operatórias, das quais 4 foram minor (3,5%) e 1 major (lesão unilateral de ureter). Em 2 casos houve necessidade de conversão para laparotomia (1,8%). Apesar da dimensão da nossa amostra concluímos que a nossa morbidade cirúrgica está de acordo com a literatura.

P 15

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL PÓS-MENOPAUSA: UM ESTUDO POPULACIONAL

Joana Portela Dias; Helena Veloso; Ana Rocha;
Mariana Coroado; Susana Carvalho;
Alexandre Morgado

*Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) - Centro
Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP)*

Introdução: Hemorragia uterina anormal (HUA) ocorre em 4 a 11% das mulheres pós-menopausa, sendo a atrofia endometrial a sua principal causa. Contudo, nestes casos, é essencial a exclusão da possibilidade de carcinoma endometrial.

Objetivos: Estudo da população de mulheres com HUA pós-menopausa submetidas a histeroscopia no CMIN-CHUP.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo das mulheres submetidas a histeroscopia entre janeiro/2017 e junho/2018 por HUA pós-menopausa no CMIN-CHUP. Foram estudados parâmetros demográficos e clínicos: idade da menopausa, intervalo de tempo após a menopausa, fatores de risco de carcinoma endometrial, suspeita diagnóstica na histeroscopia e outcome. Posteriormente, foram comparados dois grupos: Grupo A sem diagnóstico de carcinoma e Grupo B com diagnóstico de carcinoma endometrial.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 193 mulheres, com idades entre os 45 e os 85 anos (média: 62.2 anos). Em 19 mulheres (9.8%) foi diagnosticado carcinoma do endométrio [Grupo B] – 16 casos correspondiam a carcinoma endometrióide, 1 caso a carcinoma seroso, 1 carcinosarcoma e 1 carcinoma indiferenciado. A idade das mulheres no grupo B foi significativamente superior à do grupo A ($p = 0.023$); também se verificou diferença estatisticamente significativa relativamente ao número de anos entre o início da menopausa e a HUA ($p = 0.008$). Setenta e oito por cento das mulheres apresentava algum fator de risco de neoplasia endometrial (hipertensão, diabetes, obesidade, uso de terapêutica hormonal de substituição ou tamoxifeno ou menopausa tardia). Relativamente a estes fatores de risco, não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos, exceto quanto à presença de obesidade, que foi mais frequente no grupo B. A idade média da menopausa foi de 50.3 anos e o espessamento endometrial médio de 10.8 mm, não se verificando diferenças significativas entre os dois grupos. Evidenciou-se forte correlação entre a suspeita de neoplasia na histeroscopia e o diagnóstico de carcinoma endometrial ($p < 0.001$).

A percentagem de diagnóstico de carcinoma do endométrio na população estudada parece correlacionar-se com os dados de outros estudos publicados. Nesta análise verificou-se que a idade das mulheres aquando do surgimento da HUA e o número de anos entre o início da menopausa e a ocorrência de HUA são fatores importantes na determinação do risco de carcinoma do endométrio.

P 16

CONIZAÇÃO CERVICAL EM AMBULATÓRIO – AVALIAÇÃO CLÍNICA EM 24 HORAS

Sara Cunha¹; Matilde Martins¹; Inês Reis¹;
Vânia Ferreira²; Cátia Rasteiro^{1,2}; Susana Leitão¹;
José Carlos Silva¹; Cristina Costa¹;
Soledade Ferreira¹; Teresa Paula Teles¹

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga;* ²*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade da Beira Interior*

Introdução: A conização cervical (CC) corresponde à remoção parcial em forma de cone do colo envolvendo a zona de transformação, de forma a evitar a progressão de carcinomas intra-epiteliais (CIN).

Na nossa unidade de cirurgia ambulatório (UCA) é realizada uma chamada telefónica para assegurar a segurança e qualidade dos serviços prestados, onde se inclui a avaliação da CC.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é avaliar o estado clínico e a satisfação dos pacientes submetidos a CC na nossa UCA, e comparar os outcomes entre 2018-2019.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo envolvendo os casos de CC entre Fevereiro de 2018 e Agosto de 2019. Foram avaliadas as variáveis relativas a dor, hemorragia, febre, satisfação com medicação prescrita/informação fornecida e grau de atividade após o procedimento.

Resultados e conclusões: A amostra estudada incluía 159 casos – 93 casos em 2018 e 56 casos em 2019. A percentagem de atendimento de 88,1%.

A complicação mais descrita foi a dor em 47,6%, sendo o máximo (n = 1) classificada como grau 4. Em relação à hemorragia 8,8% descreveu hemorragia moderada em oposição a 84% de hemorragia ligeira e inexistente em 6,4%.

Após o procedimento 57,9% não apresentava qualquer limitação funcional.

Em todos os casos a informação (100%) e analgesia (99,2%) foi considerada suficiente.

Na comparação de 2018 e 2019, a dor (55% vs 46%) febre (6% vs 2,5%) e hemorragia (9,3% vs 2%) não foi estatisticamente diferente.

Relativamente ao grau de atividade verificou-se uma diferença estatisticamente significativa com redução da percentagem de limitação no grupo de 2019 (49% vs 31%; $\chi^2(1) = 4,018$; $p = 0,04$)

A dor e a hemorragia são as principais complicações da amostra estudada.

Apesar de não ter ocorrido uma mudança de prática analgésica e antibiótica entre os anos o grau de atividade entre os anos teve uma melhoria da proporção dos casos com melhoria de score funcional.

Os resultados da CC em UCA foi considerada satisfatória e sem complicações major.

Uma das limitações do estudo é o reduzido tamanho da amostra, devido ao número de registos informáticos.

P 17

NICHO ÍSTMICO SINTOMÁTICO– DOIS CASOS, DUAS ABORDAGENS CIRÚRGICAS

Maria Filipa Malheiro; Ana Marta Pinto;
Nuno Oliveira; Mário Oliveira
Centro Hospitalar de São João Centro Hospitalar de Baixo Vouga

Introdução: O istmocelo reflete uma descontinuidade do miométrio no local da cicatriz de cesariana e, ecograficamente, apresenta-se como uma imagem hipocogénica no segmento inferior uterino. A sua verdadeira prevalência é desconhecida. Quando sintomático (hemorragia anormal) ou se desejo de gravidez a sua correção pode estar indicada.

Material e métodos: Revisão dos processos electrónicos de 2 casos de istmocelo sintomáticos corrigidos cirurgicamente

Descrição: Caso 1 - Mulher de 35 anos, obesa, com cesariana anterior referenciada à consulta por hemorragia pós menstrual e desejo de nova gravidez. Ecograficamente apresentava

defeito hipocogénico na cicatriz de cesariana e uma suspeita ecográfica de formação polipoide endometrial. Foi realizada histeroscopia que excluiu patologia endocavitária e descreve zona de depressão com vascularização aumentada compatível com istmocelo.

Foi submetida a correção do nicho por laparoscopia após visualização do istmocelo, com identificação da área de maior fragilidade por histeroscopia por transluminação. Foi realizada excisão da área do nicho com tesoura e sutura da parede miometrial com pontos simples. Na consulta pós operatória a doente referia resolução das queixas de hemorragia anormal. Caso 2 - Mulher de 42 anos, saudável, com 3 cesarianas anteriores e laqueação tubária enviada à consulta por hemorragia anormal intermenstrual. Foi feito o diagnóstico ecográfico e histeroscópico de nicho e submetida a correção por ressectoscopia. Realizou-se ressecção do miometrio cranial e caudalmente à região do istmocelo para aplanamento da zona ístmica e ablação endoscópica do endométrio do leito do istmocelo. Houve resolução das queixas na avaliação pós operatória.

Conclusões: A decisão de tratamento deve depender da presença de sintomas e do desejo de gravidez, pelo risco de complicações obstétricas e por influenciar o tipo de tratamento. O diagnóstico diferencial com outras causas de hemorragia é crucial. Com estes dois casos descrevemos duas abordagens de tratamento possíveis.

P 18

DISPOSITIVO INTRAUTERINO FRAGMENTADO NA CAVIDADE ABDOMINAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Filipa Alpendre; Vanessa Olival; Margarida Sousa
*Maternidade Dr. Alfredo da Costa, CHULC; Hospital
Vila Franca de Xira*

Introdução: Os dispositivos intrauterinos (DIU), muito utilizados com fins contraceptivos e/ou terapêuticos, são colocados por

profissionais experientes habitualmente sem necessidade de apoio imagiológico. A perfuração uterina é uma complicação rara (0.01% dos casos) mas potencialmente grave. Apesar de conferir um risco baixo, a amamentação é um fator de risco para perfuração uterina. O tratamento implica a remoção do dispositivo, de preferência por laparoscopia.

Objetivo: Descrição com imagens de um caso clínico de perfuração uterina e migração de DIU para a cavidade abdominal.

Caso clínico: Mulher de 41 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal ligeira mas persistente nos quadrantes inferiores, desde a colocação de um DIU de cobre, 10 dias antes no Centro de Saúde. Tratava-se de uma mulher com uma cesariana anterior e um parto eutócico 2 meses antes, estando ainda a amamentar. Sem alterações no exame objetivo, nomeadamente sinais de irritação peritoneal ou dor à mobilização uterina, no exame ao espéculo não se visualizaram os fios do DIU. Ecograficamente não se identificou o dispositivo na cavidade uterina, pelo que foi requisitado um raio-x do abdómen, que localizou o DIU fora da cavidade uterina. Estando hemodinamicamente estável e sem queixas significativas, foi-lhe proposta a remoção do dispositivo por laparoscopia, tendo a cirurgia sido realizada dias depois de forma eletiva. Intraoperatoriamente identificou-se o dispositivo inserido em aderência entre a parede abdominal anterior, epíplon e ansa intestinal, com uma haste fragmentada. Foi removido cuidadosamente na totalidade, com saída de pequena quantidade de líquido purulento. No mesmo tempo cirúrgico foi ainda realizada laqueação tubária bilateral, a pedido da doente. Teve alta no dia seguinte, medicada com antibiótico oral.

Conclusão: A perfuração uterina com migração de DIU para a cavidade abdominal é uma complicação rara, mas com riscos signifi-

ficativos precoces como perfuração visceral, hemorragia ou sépsis, e tardios como a formação de aderências. Deve ser diagnosticada e resolvida prontamente, em função das queixas e estabilidade da doente.

P 19

HISTEROSCOPIA – PORQUÊ O BLOCO?

Sílvia Sales Vieira; Patrícia Di Martino; João Mairos
*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
-Maternidade Dr. Alfredo da Costa Hospital das Forças
Armadas - Pólo Lisboa*

Introdução: Os desenvolvimentos técnicos e tecnológicos alcançados pela histeroscopia fazem com que este procedimento represente a primeira escolha para diagnóstico e também para tratamento de patologia intrauterina num tempo único. Permite detetar e tratar patologia intracavitária, como aderências, alterações anatómicas, pólipos, miomas e identificar e remover corpos estranhos, ou até efetuar laqueações tubárias. Pode ser levada a cabo em ambiente de consultório (histeroscopia office), em regime de ambulatório ou de internamento. Vários estudos têm demonstrado a superioridade da histeroscopia office no que se refere tanto à eficácia do tratamento, como aos custos que acarreta e redução dos riscos para as pacientes. No entanto, a realização em ambiente de bloco operatório parece permanecer uma prática instituída.

Objetivo: Comparar os outcomes, os custos e questões relacionadas com a segurança do doente relativos às histeroscopias office e às histeroscopias realizadas em bloco operatório.

Material e métodos: Revisão de artigos publicados sobre outcomes, custos e segurança do doente associados às histeroscopias office e às histeroscopias realizadas em bloco operatório, utilizando como motor de busca o PubMed.

Resultados e conclusões: A histeroscopia office utiliza apenas a estrutura de um gabinete de consulta, onde figuram apenas um médico

e um enfermeiro, sem necessidade de recurso ao bloco operatório e de todos os seus profissionais e de internamento, reduzindo os custos do procedimento e a incidência de eventos adversos, incluindo as complicações anestésicas, os erros de medicação e as infeções associadas aos cuidados de saúde.

Um dos principais fatores enunciados na literatura que parece condicionar o sucesso do procedimento é o desconforto da paciente e o tamanho das lesões intracavitárias. Não obstante, a utilização de histeroscópios de dimensões cada vez menores, o recurso a técnicas de anestesia histeroscópica com agulha endoscópica e desenvolvimentos técnicos específicos, vêm permitir a conclusão do procedimento com sucesso, sem aumentar os riscos associados à anestesia geral ou locoregional e com independência importante do tamanho da lesão intracavitária. Por outro lado, no contexto atual de carência de recursos no sistema de saúde, tais como o número reduzido de anestesiólogistas, a sobrecarga dos blocos operatórios e os tempos de espera cirúrgicos, faz sentido questionar por que razão a prática da histeroscopia continua a ocorrer no bloco operatório.

P 20

LASER DE CO2 EM GINECOLOGIA – A EXPERIÊNCIA DO CENTRO MATERNO INFANTIL DO NORTE ALÉM DO TRATAMENTO DA DISPLASIA DO COLO E DA ATROFIA VAGINAL

Maria Lúcia Moleiro; Helena Veloso; Rafael Brás;
Cláudia Marques; Maria João Carinhas;
José Manuel Cabral; Alexandre Morgado
*Centro Materno Infantil do Norte - Centro Hospitalar
Universitário do Porto (CMIN-CHUP)*

Introdução: O interesse dos tratamentos com laser em Ginecologia tem vindo a crescer ao longo dos últimos anos, defendendo-se a sua aplicabilidade em casos de atrofia vulvovaginal (VV), incontinência urinária (IU), vulvodinia

ou líquen escleroso. Contudo, a evidência que suporta o seu benefício continua a ser fraca. As características do laser de CO₂, nomeadamente a sua capacidade de penetração limitada nos tecidos, tornam-no uma opção de tratamento versátil e segura em vários procedimentos ginecológicos.

Objetivos: Análise descritiva de aplicações menos frequentes do laser de CO₂ na consulta de Patologia do Colo.

Material e métodos: Revisão dos casos da Unidade de Patologia do Colo, do Centro Materno Infantil do Norte, entre Janeiro e Setembro de 2019, em que foi usado o laser de CO₂ para tratamento / exérese de lesões vulvares, vaginais ou do colo. Foram excluídos casos de neoplasia intraepitelial, condilomas, atrofia VV, IU, vulvodinia ou líquen escleroso.

Resultados e conclusões: De acordo com as premissas estabelecidas, foram identificadas 29 doentes submetidas a tratamento com laser de CO₂, com uma mediana de idades de 46,5 anos (22-73 anos). O procedimento mais frequente foi a exérese e vaporização de lesão (X casos). As lesões mais frequentemente tratadas foram lesões císticas – clinicamente compatíveis com quistos sebáceos – ou papilomatosas / melanocíticas. Em cerca de 50% dos casos, não foi realizado estudo anatomo-patológico; quando pedido, as lesões mais comumente identificadas foram fibropapilomas e nevus melanocíticos. A vaporização laser do colo foi o segundo procedimento mais frequentemente aplicado, dirigido a doentes com coitorragias persistentes. Além do colo, lesões a nível dos grandes lábios foram as segundas mais comuns. Todos os tratamentos foram efectuados sob anestesia local, com boa tolerância das doentes. Não houve registo de intercorrências de relevo durante os procedimentos – muito raramente, escassa hemorragia. A evolução posterior foi favorável com resultado cicatricial muito bom.

A possibilidade de corte e coagulação do laser de CO₂ permite a sua utilização na exérese para diagnóstico e tratamento de pequenas lesões superficiais da região vulvar, vaginal ou do colo, sob anestesia local, de forma rápida, com boa tolerância e recuperação pós-procedimento.

P 21

CIRURGIA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA E DIÁLISE PERITONEAL – UM CASO CLÍNICO

Inês Marques Pereira; Alexandra Coelho; Raquel Condeço; Carla Leitão; Maria do Carmo Silva
Maternidade Dr^a Alfredo da Costa - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: A cirurgia ginecológica por via laparoscópica tem um carácter menos invasivo e permite uma recuperação mais rápida. Em doentes com insuficiência renal tratados com diálise peritoneal (DP) esta opção cirúrgica também deve ser considerada.

Caso clínico: Mulher de 63 anos, vigiada na Consulta de Nefrologia do Hospital Curry Cabral por insuficiência renal crónica, sob DP contínua em ambulatório há 18 meses. Em ecografia de rastreio pré-transplante foi identificada massa anexial esquerda.

Referenciada à nossa instituição, onde repetiu ecografia pélvica revelando formação quística com 77 x 51 x 53 mm no ovário/para-ovário esquerdo, sugestiva de cistadenoma benigno. Marcadores tumorais negativos.

Proposta para anexectomia esquerda e salpingectomia direita profilática, por laparoscopia, com DP 24h pré-cirurgia e pausa programada de uma semana.

Na cirurgia foi realizada proteção impermeabilizante na zona de entrada do cateter de Tenckoff. Procedeu-se a desinfeção cutânea e realização de pneumoperitoneu. Na cavidade pélvica constatou-se a presença de líquido peritoneal e do cateter de Tenckoff. No ovário esquerdo, visualização de uma formação quística com cerca de 6 cm. Restante pelve

sem alterações aparentes e sem processos aderenciais. Procedeu-se a anexectomia esquerda e salpingectomia direita com Ligasure. Extração das peças cirúrgicas por Lapsac. Toilette peritoneal repetida.

Cirurgia e internamento decorreram sem intercorrências, com alta do serviço de Ginecologia às 48h. Reavaliação pelo Serviço de Nefrologia, verificando-se não haver necessidade de hemodiálise de substituição. Isolamento de MSSA e Corynebacterium em zaragatoa do orifício de saída do cateter, pelo que iniciou flucloxacilina.

Reavaliada pela Nefrologia ao 8º dia de pós-operatório: analiticamente com anemia e ferropénia, retenção azotada e hipercaliémia. Realizou terapêutica com ferro endovenoso, programou-se o início da DP no 14º dia pós-operatório e decidiu-se manter antibioterapia até ao 16º dia. Diagnóstico histológico da peça operatória: cistadenoma seroso do ovário esquerdo e pequeno fibroma. Trompa sem processos patológicos.

Conclusão: Em doentes sob diálise peritoneal com necessidade de intervenção cirúrgica abdominal, a técnica laparoscópica é vantajosa e pode ser usada. No peri-operatório devem ser tomadas medidas extra de assepsia. Não há consenso sobre quando re-iniciar a DP ou se realizar hemodiálise de substituição. A abordagem deve ser personalizada e multidisciplinar.

P 22

POLIPECTOMIA ENDOMETRIAL HISTEROSCÓPICA: RESSECÇÃO MECÂNICA VS. ELECTROCIRURGIA BIPOLAR (VERSAPOINT)

A.P. Vicente¹; F. Passos²; A. Pereira²

¹Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida, ²Hospital Garcia de Horta

Introdução: Os pólipos endometriais resultam da hiperplasia focal da camada basal do endométrio, sendo causa frequente de hemorragia uterina anómala na pré e pós-menopausa.

Pretende-se avaliar meios mecânicos (Grupo 1) e electrocirurgia bipolar (Versapoint) (Grupo 2) no que respeita à eficácia, tempo e dor na polipectomia endometrial histeroscópica.

Material e métodos: Análise retrospectiva de polipectomias endometriais histeroscópicas realizadas de Junho 2015 a Maio 2019, num centro público. A dor foi quantificada pela Escala Analógica Verbal de Dor (0-10, equivalente a nenhuma dor e à pior dor experienciada, respectivamente). Excluíram-se da análise casos em que se efectuaram procedimentos adicionais. A análise estatística foi realizada pelos testes Qui-Quadrado, exacto de Fisher e Mann-Whitney, no programa SPSS 23.

Resultados: Foram incluídas na análise 493 polipectomias endometriais. O Grupo 1 apresentou idade média inferior (50 vs. 58 anos, $p < 0,001$) e menor número de doentes em menopausa (45% vs. 72,1%, $p < 0,001$), com igual taxa de nulíparas (10,3% vs. 9,5%, $p > 0,05$).

A electrocirurgia bipolar foi a técnica mais utilizada (67,5%). A taxa de polipectomia total foi de 85,9%, superior no Grupo 1 (90,4% vs. 83,7%, $p < 0,05$). Não se verificou diferença estatisticamente significativa na taxa de polipectomia total, entre os grupos 1 e 2, quando ajustado para o maior fragmento ressecado, localização e tipologia dos pólipos ($p > 0,05$). No Grupo 1 a dimensão média do maior fragmento ressecado foi menor (10,3 vs. 21,7 mm, $p < 0,001$).

A duração média do procedimento foi superior no Grupo 2 (18,7 vs. 11,1 min, $p < 0,001$), sem diferença estatisticamente significativa na dor média entre os grupos (4,4).

A taxa de complicações foi de 3,7%, sem diferença estatisticamente significativa entre grupos.

Conclusão: A polipectomia endometrial histeroscópica tem elevada eficácia. A escolha do método utilizado é influenciada por diversos factores, nomeadamente localização, tipolo-

gia e dimensões do pólopo.

A electrocirurgia bipolar foi a técnica mais utilizada, com maior duração média do procedimento e sem diferença no grau de dor, verificando-se ressecção de fragmentos de maiores dimensões.

P 23

A ESCOLHA CONTRACETIVA EM MULHERES COM IDADE IGUAL OU INFERIOR A 18 ANOS

S. Bernardes da Cunha¹; C. Carneiro¹; M. Martins¹; I. Reis¹; S. Malafaia; C. Rasteiro^{1,2}; I. Santos³

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetria Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga;* ²*Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior;* ³*Serviço de Ginecologia e Obstetria Centro Hospitalar Vila nova de Gaia Espinho*

Introdução: Dos 14 899 processos de interrupção voluntária da gravidez (IVG) realizados em Portugal no ano de 2017 9,73% ocorreram em mulheres com menos de 19 anos.

A IVG em idade jovem é um importante momento de educação para a saúde e aconselhamento sobre os métodos adequados às necessidades de cada mulher. Nas adolescentes, os métodos *long acting reversible contraception* (LARC) são uma opção dada a sua elevada eficácia, segurança, taxa de continuação e satisfação.

Objetivos: Analisar as características da população jovem que procura a IVG em comparação com as mulheres de idade adulta com foco nas escolhas contraceptivas após o procedimento.

Métodos: Foram selecionadas mulheres que recorreram à consulta de IVG do nosso hospital entre 2015-2018 e divididas em dois grupos. Grupo 1 com idade inferior ou igual a 18 anos e grupo 2 com mais de 18 anos. Foram avaliadas características sociodemográficas, dados da gravidez e método contraceptivo antes e após o procedimento.

Resultados: Foram selecionadas 36 mulheres no grupo 1 e 487 mulheres no grupo 2. Previamente ao procedimento havia 30,6 % no grupo

1 e 35 % de mulheres no grupo 2 sem nenhum método contraceptivo, sendo que esta diferença não foi estatisticamente significativa ($X^2 = 0,83$; $p = 0,65$). Em ambos os grupos o método mais utilizado antes era a pílula oral combinada em 36% e 40,5% respetivamente. Após o procedimento os métodos Larc foram escolhidos em 5,6% das mulheres com menos de 18 anos em oposição a 30 % das mulheres do grupo 2, esta diferença é estatisticamente significativa ($X^2 = 12,4$; $p = 0,002$). Verificou-se uma diminuição das mulheres sem nenhum método antes versus após o procedimento em ambos os grupos estudados sendo esta diferença não estatisticamente significativa entre os dois grupos ($X^2 = 0,50$; $p = 0,77$). A pílula oral combinada continua a ser o método mais utilizado após os procedimentos em 58% do grupo 1 e em 35% do grupo 2.

Conclusões: As mulheres mais jovens na nossa população parecem preferir os métodos orais tanto antes como após o procedimento. A diminuição das mulheres sem nenhum método transversalmente aos grupos mostra a importância da educação para a saúde. Os LARC foram uma escolha secundária após IVG, em detrimento da CHC, continuando a ser menos escolhidos pela população mais jovem. Este estudo mostra a pertinência da desmitificação da sua adequabilidade dos Larc na população mais jovem aumentando a sua adesão.

P 24

DOR PÉLVICA CRÓNICA ASSOCIADO A PERFURAÇÃO UTERINA COM ESSURE®

Sara Vargas; Nuno Costa; João Lopes; Catarina Castro; Inês Reis; Ana Luísa Ribeirinho; Carlos Calhaz-Jorge
Departamento de Ginecologia, Obstetria e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

Introdução: A esterilização histeroscópica com Essure® consiste num método contraceptivo atualmente descontinuado mas am-

plamente utilizado entre 2002 e 2017. A sua colocação não requeria anestesia geral e apesar das complicações perioperatórias serem pouco frequentes, associa-se a hemorragia uterina anormal e a dor pélvica crónica. A maioria das complicações reportadas resulta de perfuração uterina, migração e expulsão do dispositivo.

Objetivos: Descrição de um caso clínico de dor pélvica crónica associada a perfuração uterina com Essure® confirmada por laparoscopia.

Material e métodos: Consulta de processo clínico com recolha de dados clínicos e demográficos de uma mulher referenciada à consulta de ginecologia por dor pélvica crónica.

Resultados: Mulher saudável de 48 anos, caucasiana, gesta 3 e para 3 (2 partos vaginais, 1 cesariana) com contraceção com Essure® (colocado em 2008), encaminhada à consulta de ginecologia de um hospital terciário em 2018 por dor pélvica crónica, mais intensa à esquerda, com um ano de evolução. Realizou ecografia ginecológica e ressonância magnética pélvica com suspeita de perfuração uterina e migração do dispositivo à esquerda. Foi submetida a laparoscopia diagnóstica que confirmou o diagnóstico de perfuração uterina na região cornual esquerda (Figura 1.), tendo-se realizado histerectomia totalmente laparoscópica com anexectomia bilateral de acordo com hipóteses cirúrgicas previamente discutidas.

Conclusões: Para além de permitir a confirmação do diagnóstico de perfuração e migração de Essure® associada a dor pélvica crónica, a laparoscopia possibilita a sua correcção no mesmo tempo operatório.

P 25

FORMAÇÕES QUÍSTICAS VAGINAIS: UM CASO CLÍNICO DE QUISTO DE GARTNER

Fernanda Vilela; Tatiana Leite; Ana Casquilho;

Carmo Cruz; Amália Pacheco

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Unidade de Faro

O diagnóstico diferencial das formações quísticas vaginais inclui quisto de gartner, ou mulheriano, quisto da glândula de bartholin, quisto endometroide, ou divertículo uretral. O quisto de Muller e Gartner consistem num remanescente dos ductos paramesonérficos e mesonérficos. Resultam da regressão incompleta destas estruturas no período embrionário. As formações quísticas vaginais são frequentemente assintomáticas, podendo ser identificadas incidentalmente durante o exame ginecológico. No entanto, podem apresentar sintomas como dispareunia ou sensação de corpo estranho vaginal.

Apresentamos o caso clínico de mulher de 56 anos, G5P5, sem antecedentes patológicos relevantes, encaminhada a consulta de Ginecologia por sensação de corpo estranho vaginal, com agravamento com valsalva, desde há 6 meses. Ao exame ginecológico observou-se formação com 3 cm, consistência elástica, com origem na parede anterior da vagina. Foi realizada ecografia do pavimento pélvico que revelou formação anecogénica, com origem na parede vaginal anterior sem relação com bexiga ou uretra. A RM pélvica demonstrou se imagem ovalada, de contornos bem definidos entre a parede anterior da vagina e a parede posterior da bexiga, medindo 29 x 16 x 20 mm Não se identifica comunicação com a bexiga ou com a uretra.

Devido a sintomatologia da utente foi realizada excisão completa da lesão quística vaginal. O estudo antomo-patológico revelou tecido epitelial compatível com quisto simples, com epitélio colunar simples.

O diagnóstico diferencial de uma formação quística vaginal inclui a avaliação imagiológica com o objectivo de identificar a sua origem, efetuar a distinção de divertículo uretral e excluir ectopia ureteral que pode acompanhar estas formações. No caso apresentado verificamos que a formação é independente da uretra e bexiga, estando limitada a parede vaginal. Dado a sintomatologia da utente foi decidida a excisão da lesão. A distinção entre quisto de Muller ou quisto de Gartner apenas foi possível após a análise anatomo-patológica, que apontou se tratar de um quisto de Gartner.

P 26

CISTADENOMA MUCINOSO: “UM DESAFIO GIGANTE”

Fernanda Vilela; Carmo Cruz; Ana Casquilho; Amália Pacheco

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Unidade de Faro

As massas pélvicas englobam um conjunto de condições tanto ginecológicas como não ginecológicas, constituindo um desafio diagnóstico. O diagnóstico diferencial de massas anexiais inclui condições benignas ou malignas. Os quistos funcionais, cistadenomas e teratomas consistem nos tumores benignos do ovário mais frequente em mulheres em idade reprodutiva.

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 20 anos, nuligesta, sem antecedentes pessoais de relevo. Dirige-se ao Serviço de Urgência por dor e distensão abdominal de intensidade ligeira com 3 meses de evolução. Refere agravamento desta dor desde há 2 semanas, sem outra sintomatologia associada. À observação identifica-se abdómen globoso, distendido, palpando-se massa volumosa, móvel, que ocupa toda a cavidade pélvica e abdominal. No estudo analítico revelou hemoglobina 11,1 g/dL, B-HCG negativa, CA 125 elevado (49 UI/mL), CEA e alfa-feto-proteína dentro dos

valores normais. Foi realizada ecografia e TC abdomino-pélvico onde se observou volumosa formação quística com diversas locas e septos com 31 x 27 x 15 cm, com provável origem em ovário direito. Foi decidida a realização de laparotomia exploradora constatando-se lesão volumosa com cerca de 50 cm de maior diâmetro com origem na área anexial esquerda, sem aderências. Realizada anexectomia esquerda. A peça operatória com cerca de 13 kg foi enviada para estudo anatomo-patológico tendo-se constatado tratar-se de cistoadenoma mucinoso sem evidência de malignidade. Os cistoadenomas serosos ou mucinosos são os tumores benignos do ovário mais frequentes, sendo comuns em mulheres jovens. São tumores com superfície lisa, uni ou multiloculares que podem atingir grandes dimensões, nomeadamente o cistoadenoma mucinoso. A descrição deste caso clínico alerta para o diagnóstico tardio do cistadenoma mucinoso, pois a utente manteve-se assintomática até ao momento em que a massa pélvica adquiriu grandes proporções. O diagnóstico definitivo apenas é possível após a avaliação anatomo-patológica que confirma o tipo celular presente. No entanto o facto de se tratar de uma massa multilocular, de grandes dimensões e crescimento rápido numa mulher jovem, torna provável o diagnóstico de cistadenoma, nomeadamente do tipo mucinoso.

P 27

TAMOXIFENO E ALTERAÇÕES ENDOMETRIAS: CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE HISTEROSCOPIA

Carlos Silva Macedo; Ana Calhau; Rita Salgueiro Neto; Filipe Bacelar; Cláudia Freitas; Zeferino Pina; Lília Remesso

Hospital Dr. Nélio Mendonça – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.

Introdução: O tamoxifeno, um modulador seletivo dos recetores de estrogénio, é usado em certos tipos histológicos de neoplasia da

mama, atuando com antagonista do estrogénio ao nível do tecido mamário. No entanto, no endométrio, vai atuar como um agonista do estrogénio, aumentando o risco de proliferação endometrial, hiperplasia e neoplasia endometrial, e sarcoma uterino, principalmente na pós-menopausa. Ainda, nestas mulheres os pólipos endometriais apresentam uma maior taxa de transformação maligna. Embora a fraca correlação entre o espessamento endometrial e alterações patológicas em mulheres assintomáticas, a avaliação endometrial por ecografia transvaginal é frequentemente realizada por rotina.

Objetivos: Avaliar as alterações histológicas em mulheres sob tamoxifeno referenciadas para histeroscopia de ambulatório.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo das histeroscopias realizadas em ambulatório em mulheres sob terapêutica com tamoxifeno entre 2017 e junho de 2019, no Hospital Dr. Nélio Mendonça. Os dados foram obtidos através dos processos digitais e em suporte físico, bem como do relatório da histeroscopia.

Resultados e conclusões: No referido período foram realizadas 50 histeroscopias em 47 mulheres sob terapêutica com tamoxifeno. A média de idade foi 60 anos e a da menopausa de 51. O tempo médio de terapêutica com tamoxifeno foi de 3 anos (1–6). As indicações mais frequentes para a histeroscopia foram: espessamento endometrial (68%, média 14mm), pólipos endometriais (40%) e hemorragia uterina anómala (6%). Os diagnósticos histeroscópicos mais frequentes foram: pólipos endometriais (45%) e atrofia quística (23%). De referir um caso cuja imagem histeroscópica levantava a suspeita de carcinoma, e o resultado anatomopatológico revelou atrofia e dilatação quística. Os procedimentos mais frequentes foram a polipectomia (42%) e a biopsia endometrial dirigida (42%). Os póli-

pos endometriais (42%) e a atrofia e dilatação quística glandular (24%) foram os diagnósticos histológicos mais frequentes. A concordância histeroscopia-histologia foi de 84%. A taxa de intercorrências foi de 10%: exame não tolerado por dor (1), não identificação do orifício externo do colo (1), suspeita de rotura uterina (1) e falso trajeto (3).

Assim, embora exista um risco aumentado de neoplasia endometrial nas doentes sob tamoxifeno, nesta amostra não foi identificado nenhum caso. É importante estas mulheres estarem informadas dos riscos e dos sinais e sintomas de alerta.

P 28

ADENOCARCINOMA DO COLO EM IDADE JOVEM

Sara Cunha¹; Matilde Martins¹; Inês Reis¹; Vânia Ferreira¹; Cátia Rasteiro^{1,2}; Susana Leitão¹; Soledade Ferreira¹

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Feira;*

²*Faculdade de Ciências da Saúde- Universidade da Beira Interior*

Introdução: O cancro do colo do útero (CCU) é o quarto cancro mais comum no género feminino.¹

O adenocarcinoma representa 25% dos CCU, tendo-se verificado uma incidência crescente em idades cada vez mais precoces, particularmente das formas invasivas.^{2,3} Está 46-72% dos casos associado a lesões pavimentosas concomitantes.⁴

Objetivo: Relatar caso de adenocarcinoma do colo em idade jovem, diagnóstico e orientação

Metodologia: Relato de caso clínico prospectivo

Resultados: Mulher de 39 anos, saudável, nulígesta. Início de actividade sexual aos 18 anos com 3 parceiros. Assintomática. Referenciada para colposcopia por rastreio com células pavimentosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) com teste para papiloma vírus humano (HPV) positivo para

o subtipo 16. Ao espéculo apresentava colo com formação polipoide de tecido glandular, com exérese e envio para exame anatomo-patológico. Colposcopia com lesão acetobranca submetida a biopsia. O resultado dos exames histológicos revelaram adenocarcinoma colo uterino com lesão intra-epitelial de alto grau (CIN2).

Proposta para conização. Margens Livres. O estudo imuno-histoquímico revelou P16 positiva difusa; RE, RP e Vimentina negativos.

Diagnóstico de adenocarcinoma no estadio I-B1. Submetida a histerectomia com operação de Wertheim-Meigs com anexectomia bilateral por laparoscopia. Pesquisa de gânglio sentinela negativo. Gânglios pélvicos excisados negativos.

Na reavaliação pós-operatória apresentou granuloma da cúpula que foi removido. Aos 8 meses de pós-operatório a citologia revelou ASC-US com HPV 35 e 58 +. Vaginoscopia com biopsias com alterações sugestivas de infecção por HPV.

Conclusões: Este caso clínico traduz a tendência reportada da literatura de casos de adenocarcinoma do colo cada vez mais precoces, o que pode condicionar a vida reprodutiva da mulher, em contrapartida à propensão para uma idade materna cada vez mais tardia. Reforça também a importância da vigilância continuada destas pacientes e da possibilidade de recidiva de lesões relacionadas com a persistência do HPV.

P 29

HPV NA GRAVIDEZ – UM DISFARCE QUASE PERFEITO

Susana Lima Oliveira; Joana Aidos; Elda Oliveira; Hugo Gaspar; Nuno Nogueira Martins
Centro Hospitalar Tondela-Viseu Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: Na grávida, a incidência de citologia anormal ronda os 3-5%. As adaptações do colo gravídico condicionam ocasionalmen-

te interpretações erróneas, a nível citológico/colposcópico.

Caso clínico: J.S.G., primigesta, 35 anos, raça caucasiana, foi referenciada à Unidade de Colposcopia às 26 semanas de gestação por citologia reveladora de ASC-H. Com menarca aos 13 anos, coitarca aos 17 anos, histórico de 5 parceiros sexuais, vigilância ginecológica regular, na ausência de vacinação contra o HPV e de hábitos tabágicos, efetuou citologia na consulta pré-natal, em contexto de hemorragia genital inexplicada. O exame colposcópico foi adequado, com JEC visível, extensa ectopia e sem lesões sugestivas de invasão, pelo que foi programada reavaliação citológica/colposcópica pós-parto. O parto auxiliado por ventosa ocorreu às 40 semanas com NV, 3900g, IA 7/9/9. A utente faltou à consulta agendada, retornando 19 meses pós-parto com citologia (exterior) a relatar HSIL. Nessa ocasião, o exame colposcópico, adequado, evidenciou alteração grau 2 localizada no lábio superior/inferior e foi submetida a biópsia que revelou carcinoma epidermóide do colo uterino. Após estadiamento com RM pélvica e consulta de decisão terapêutica de Ginecologia oncológica, realizou histerectomia radical tipo C1 por laparoscopia, sem complicações per ou pós-operatórias. A histologia da peça operatória detetou lesão escamosa intraepitelial de alto grau remanescente do lábio posterior, sem invasão vascular, perineural ou ganglionar.

A utente mantém vigilância clínica e imagiológica em consulta da subespecialidade.

Conclusões: A vigilância de alteração citológica ASC-H com colposcopia sem sinais de malignidade na gravidez implica reavaliação às 8 semanas pós-parto, sendo fulcral o compromisso entre gestante e profissionais experientes no sucesso desse seguimento.

P 30

REMOÇÃO HISTEROSCÓPICA DE PRODUTOS DE CONCEÇÃO RETIDOS – UMA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA OU TRATAMENTO DE ELEIÇÃO?

Elisa Soares; Marta Sales Moreira; Fernanda Costa; Isabel Meireles; Conceição Nunes; Cristina Oliveira
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A persistência/retenção de produtos de concepção (RPC) pode complicar cerca de 1% das gestações de termo e 0,5% dos abortamentos cirúrgicos do 1º trimestre, podendo esta incidência ser superior nos abortamentos médicos.

A apresentação é variada e o tipo de tratamento depende de vários fatores, tais como a estabilidade hemodinâmica, idade gestacional, recursos materiais e a experiência do cirurgião.

Objetivos: Descrição de um caso de RPC pós-parto, com abordagem terapêutica de remoção por via histeroscópica.

Métodos: Consulta do processo clínico eletrónico.

Resultados: Mulher de 29 anos, I gesta I para, parto auxiliado por ventosa; sem intercorrências durante a gravidez e parto. Recorre ao serviço de Urgência de Ginecologia na 4ª semana pós-parto por suspeita de RPC em ecografia realizada na consulta de revisão do puerpério. Nesta consulta não mencionou queixas de hemorragia uterina anómala ou hipogastralgias, referindo apenas corrimento anómalo, que motivou a realização de ecografia endovaginal. Sem alterações no exame ginecológico. A ecografia realizada mostrou uma formação hiperecogénica arredondada, de contornos irregulares e vascularização intensa, a nível do fundo uterino, com 15X12 mm. Perante esta situação optou-se por reavaliação. À 7ª semana pós-parto, após primeiro cataménio, ecograficamente mantinha a mesma formação, o que levantou a suspeita de retenção de produtos de concepção.

Foi submetida a ressectoscopia com remoção da formação intrauterina que macroscopicamente era compatível com retenção de produtos da concepção. O procedimento decorreu sem intercorrências, com cavidade uterina vazia no final do procedimento. O exame anatomopatológico revelou a presença de parênquima placentar necrosado, com múltiplas calcificações.

Conclusões: No tratamento da RPC é imperativo considerar o desejo reprodutivo da mulher. O tratamento ótimo será aquele que resulta em esvaziamento uterino completo, associado a trauma endometrial mínimo. O tratamento clássico por curetagem tem complicações que se associam ao facto de se tratar de um procedimento “cego”, e incluem o risco de esvaziamento incompleto (3.1%), formação de aderências intrauterinas (30%) e perfuração uterina (5%).

Assim, a remoção seletiva de produtos de concepção por histeroscopia cirúrgica/ressectoscopia, usando a ansa de corte sem energia, semelhante à ação de uma cureta, tem como principal objetivo a redução destes riscos, possibilitando o tratamento da situação num só procedimento.

Vídeos

V 01

ENDOMETRIOSE DO APÊNDICE ILIOCECAL: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA

Rafael Brás; Andrés Viguera; Helena Veloso; Maria Lúcia Moleiro; Mariana Coroado; Hélder Ferreira; Alexandre Morgado
Centro Materno Infantil do Norte - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: Endometriose é uma entidade definida por ectopia de estroma e glândulas endometriais. Trata-se de uma doença benigna, estrogénio-dependente, inflamatória que pode ter sintomas severos e sequelas clínicas importantes. Os sintomas dependem em parte do local em que a endometriose se desenvolve. De uma forma geral os locais mais comuns são os ovários, fundo de saco anterior e posterior e ligamentos útero-sagrados. Alguns locais menos frequentemente envolvidos são a vagina, septo retovaginal, colon, bexiga, ureter e apêndice iliocecal. Existem também casos raros documentados de endometriose extrapélvica.

Objetivos: Apresentação de vídeo com a abordagem cirúrgica de endometriose envolvendo o apêndice iliocecal

Material e métodos: Armazenamento e tratamento de imagens de vídeo do procedimento cirúrgico.

Pesquisa de literatura no PubMed utilizando os termos “endometriosis” e “appendix”

Resultados: Apresentamos um caso de uma doente com 38 anos, nuligesta, saudável que foi referenciada a nosso centro com clínica de dismenorreia, dispareunia e disquezia cíclica com cerca de um ano e meio de evolução. Ao exame físico apresentava apenas ligeiro desconforto na palpação profunda da fossa ilíaca direita, sendo que nos exames de imagem realizados não havia referência a envolvimento do apêndice iliocecal por endometriose profunda. A doente foi proposta para tratamento cirúrgico/laparoscopia exploradora, constatando-se endometriose profunda

envolvendo o apêndice iliocecal. Foi realizada apendicectomia laparoscópica com utilização de duplo “endoloop”.

Não foram relatadas complicações no intra ou pós operatório.

Conclusão: A avaliação sistemática da fossa ilíaca direita durante uma cirurgia de endometriose pélvica é crucial para exclusão de envolvimento endometriótico do apêndice iliocecal. A apendicectomia laparoscópica com utilização de duplo endoloop constitui uma técnica simples, segura e eficaz no tratamento de endometriose com envolvimento do apêndice iliocecal.

V 02

OCCLUSÃO ARTERIAL REVERSÍVEL DURANTE MIOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA – TÉCNICA HEMOSTÁTICA MODIFICADA

Mihaela Gotseva; Neeraj Kulkarni Deepti Pinto Rosario; Rok Sumak; Andres Viguera Smith; Hélder Ferreira
2 Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

Introdução: Os miomas são os tumores mais frequentes do útero com prevalência de 30% nas mulheres. Os miomas podem apresentar-se com sintomas de menorragia, de compressão pélvica, dor e infertilidade. Podem ser tratados com medicamentos ou com tratamentos invasivos como embolização da artéria uterina e histerectomia/miomectomia realizados por laparoscopia ou laparotomia. A miomectomia laparoscópica é a melhor opção terapêutica para preservar a fertilidade, com o benefício adicional de uma recuperação rápida.

Objetivo: Um dos problemas principais das miomectomias é a hemóstase intra-operatória. Existe uma variedade de técnicas hemostáticas, sendo a oclusão reversível das artérias uterinas uma das mais efetivas. A nossa equipa sugere a oclusão adicional dos ligamentos infundibulopélvicos e redondos para reduzir ainda mais a perda de sangue intraoperatória sem aumentar a duração da miomectomia laparoscópica.

Materiais e métodos: Apresentamos as etapas da miomectomia laparoscópica com explicação e vídeo do procedimento de duas doentes (uma com miomas múltiplos e uma com grande mioma intra-mural).

Procedimento: Antes de começar a miomectomia, foi realizada uma desvascularização reversível do útero com endoclips na seguinte sequência: 1. Acesso às artérias uterinas usando a abordagem posterior e aplicação de endoclips bilateralmente sobre as mesmas; 2. Aplicação de endoclips sobre os ligamentos infundibulopélvicos bilateralmente; 3. Aplicação de endoclips sobre os ligamentos redondos bilateralmente. Depois de assegurar a hemóstase, as miomectomias laparoscópicas foram realizadas. Os endoclips foram removidos ao fim do procedimento. As miomectomias tiveram uma duração média de 19 min e a duração de oclusão durava 12,5 min (vs respetivamente 75 min e 14 min de duração típica na literatura) com hemorragia mínima e sem complicações. **Conclusão:** A oclusão reversível dos ligamentos infundibulopélvicos e redondos além das artérias uterinas não aumenta a duração das miomectomias laparoscópicas e pode proporcionar uma melhor hemóstase. Amostras mais representativas são necessárias para investigar os resultados cirúrgicos em detalhe e identificar algumas complicações cirúrgicas.

V 03

HEMI-HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA ASSOCIADA A QUADRO DE UTERO RUDIMENTAR NAO COMMUNICANTE – VIDEO CIRURGICO E REVISAO DA LITERATURA

Mihaela Gotseva; Helder Ferreira

Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

Introdução: As malformações congénitas do útero têm uma prevalência de 4-7% e podem ser assintomáticas ou apresentar-se associadas a infertilidade, complicações da gravidez

e dor crónica pélvica. Muitos casos não precisam de intervenção, entretanto as doentes que precisam devem ter um planeamento e consentimento informado pré-operatórios adequados. As malformações congénitas do útero são geralmente diagnosticadas por imagem, mas muitas vezes o diagnóstico pré-operatório exato pode ser desafiante.

Objetivos, material e métodos: A nossa equipa apresenta um vídeo de hemi-histerectomia laparoscópica, indicada pela presença de um quadro de útero rudimentar não comunicante. A doente tinha antecedentes de infertilidade e dismenorreia e a malformação uterina não foi identificada em várias ocasiões (durante anexectomia esquerda aos 15 anos de idade, RM e ecografia pélvicas pré-operatórias). O útero rudimentar foi diagnosticado durante uma laparoscopia, indicada por suspeita de hidrosalpinge em RM. Apresentamos também uma revisão das publicações recentes sobre o diagnóstico e as opções de tratamento cirúrgico das malformações Mullerianas obstrutivas.

Conclusão: As malformações uterinas obstrutivas podem ser um desafio no diagnóstico e no tratamento. Estas condições devem ser consideradas no diagnóstico diferencial durante a investigação das doentes com antecedentes de infertilidade e/ou dor pélvica crónica e dismenorreia. Este caso foi relativamente simples do ponto de vista cirúrgico, com duração operatória de 29 min e hemorragia mínima, mas este tipo de doentes precisam de uma avaliação pré-operatória detalhada porque podem ter aderências pélvicas significativas e também lesões de endometriose profunda.

V 04

MASSA PÉLVICA OCULTA – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Sara Rodrigues Pereira¹; Gonçalo Dias²;

Fernando Igreja³; Gustavo Mendinhos⁴

¹Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria

^{2,3,4}Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A presença de uma massa pélvica de etiologia a esclarecer através de exame histológico é uma possível indicação para intervenção cirúrgica. A fiabilidade dos exames de imagem pré-operatórios determinam em muitos casos a abordagem e atitude cirúrgica.

Objetivos: Exemplificar através da descrição de um caso clínico que, apesar de raras, existem massas pélvicas de diferentes etiologias que podem mimetizar tumores anexiais. Enfatizar ainda a importância da exploração de espaços cirúrgicos menos comuns quando a hipótese diagnóstica mais provável não se verifica intraoperatoriamente.

Material e métodos: Descreve-se o caso de uma mulher de 57 anos, encaminhada para consulta hospitalar de Ginecologia no contexto de massa pélvica direita de características suspeitas que ocupava o fundo de saco direito. A investigação imagiológica revelou a presença de formação nodular sólida com vascularização escassa de 39 x 26 x 34 mm com aparente pedículo à parede uterina compatível com provável mioma subseroso, mas de estrutura atípica. A ressonância magnética evidenciou lesão anexial direita indeterminada com 25 x 32 x 36 mm. A doente foi submetida a laparoscopia diagnóstica que não revelou presença de massa anexial na cavidade pélvica. Optou-se por explorar do espaço retroperitoneal através do folheto posterior do ligamento largo tendo se identificado uma massa com cerca de 4 cm, de superfície lisa e com plano de clivagem com os restantes tecidos. O diagnóstico histológico foi um tumor da bainha dos nervos periféricos compatível com Schwannoma antigo (WHO grau I).

No pós-operatório imediato e tardio a doente não revelou queixas significativas, nomeadamente alterações neuro-sensitivas.

Resultados e conclusões: Este tumor de características benignas é uma variação rara dos tumores da bainha dos nervos periféricos, apresenta características degenerativas e crescimento tumoral lento. É frequentemente um diagnóstico incidental sendo mais comum em mulheres entre a 2^a e a 5^a décadas de vida. As suas localizações mais comuns são: intracraniana, pescoço e extremidades. Raramente é encontrado no espaço retroperitoneal. O tratamento faz-se pela excisão cirúrgica do tumor sendo a sua recorrência rara após remoção completa.

V 05

EXCIÇÃO LAPAROSCÓPICA DE NÓDULO DE ENDOMETRIOSE DO CANAL INGUINAL

Margarida Cal; Madalena Andrade Tavares;

Marta Magro; João Alves; Sónia Barata; Filipa Osório
Hospital da Luz

Introdução: A incidência de endometriose em mulheres em idade reprodutiva é de aproximadamente 10%. O espectro de apresentação da endometriose é variável, embora as manifestações clínicas mais frequentes sejam a dismenorreia, dispareunia profunda, dor pélvica crónica e infertilidade. A doença atinge sobretudo a cavidade pélvica, tendo apresentações atípicas em cerca de 5% dos casos. A apresentação clínica da endometriose do canal inguinal (ou canal de Nuck) consiste na presença de um nódulo doloroso, habitualmente na região inguinal direita, com agravamento progressivo durante o período menstrual. A laparoscopia constitui a via de abordagem de eleição no tratamento cirúrgico da endometriose. Com a evolução desta técnica, tem-se tornado possível a realização de procedimentos cada vez mais complexos com menor morbidade. A excisão laparoscópica de nódulos de endometriose do canal

inguinal é um procedimento cirúrgico de elevada complexidade e nível de diferenciação do ponto de vista de técnica cirúrgica.

Objetivo: Apresentação de vídeo de excisão laparoscópica de um nódulo de endometriose do canal inguinal.

Descrição do caso: 35 anos, IO: 1001, com diagnóstico de endometriose profunda e antecedentes cirúrgicos de fulguração de focos de endometriose do fundo-de-saco de Douglas e do ligamento redondo. Apresentava-se com agravamento dos sintomas e aparecimento de tumefação dolorosa na região inguinal direita. A palpação inguinal direita revelou a presença de um nódulo com cerca de 4cm, pétreo e muito doloroso ao toque. A ecografia pélvica e ressonância magnética revelaram útero em ante-versão com 86 x 47 x 44 cm e adenomiose difusa; nódulo com envolvimento do ligamento redondo direito com 3 x 2 cm em contacto com a serosa vesical; endometrioma direito com 2 x 3 cm; nódulo do septo retovaginal e nódulo de endometriose em contacto com os vasos ilíacos direitos com extensão ao canal de Nuck com cerca de 4 x 3 cm. Foi realizada histerec-tomia laparoscópica com anexectomia direita, salpingectomia esquerda, excisão de nódulo do septo retovaginal e excisão de nódulo da parede anterior direita justa vasos ilíacos externos com progressão para o canal de Nuck, com colocação de rede, sem intercorrências.

Conclusões: A endometriose do canal inguinal é uma forma muito rara de apresentação da doença; a cirurgia laparoscópica para excisão deste tipo de lesão é um procedimento laborioso e cuja execução técnica requer um elevado grau de experiência cirúrgica.

V 06

TÉCNICA DE RESOLUÇÃO DA TORÇÃO ANEXIAL, MODIFICAÇÕES SIMPLES PARA EVITAR PROBLEMAS COMPLEXOS

Nuno Simões Costa; Rita Rosado; João Lopes; Catarina Castro; Inês Reis; Ana Luísa Ribeiro; Carlos Calhaz Jorge

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

Introdução: A torção anexial é uma entidade nosológica que exige um rápido reconhecimento e resolução para aumentar a probabilidade de preservação da viabilidade das estruturas envolvidas. Na abordagem cirúrgica por via laparoscópica, a manipulação para resolução da torção pode associar-se a lesões traumáticas no pedículo vascular, no parênquima ovárico, na trompa ou condicionar rotura de quistos anexiais.

Objetivos: Apresentação de vídeo mostrando alteração na técnica de resolução laparoscópica de torção anexial, através do preenchimento da cavidade pélvica com soro fisiológico.

Material e métodos: Descrição de dados clínicos, do exame físico e achados ecográficos que conduziram ao diagnóstico de torção anexial. Apresentação dos achados e procedimentos intraoperatórios sob a forma de vídeo e discussão da técnica e seguimento da paciente.

Resultados: Grávida de 22 anos, que recorreu ao serviço de urgência com quadro de dor localizada aos quadrantes inferiores do abdómen, de início súbito e cerca de 4 horas de evolução. Ao exame físico apresentava dor à palpação profunda da região hipogástrica, com defesa e ligeira exacerbação da dor à descompressão. Os parâmetros vitais eram normais. A ecografia pélvica por via endo-vaginal revelou gravidez evolutiva in útero, com cerca de 7 semanas e ovário direito com cerca de 70 mm de maior eixo com pedículo de aspeto espiralado. Na sua dependência foram

identificadas duas formações quísticas: uma com aspeto hemorrágico com 21 x 16 mm e outra com aspeto quístico simples com 52 x 29 mm. Perante a suspeita clínica de torção do pedículo anexial direito, procedeu-se a laparoscopia que confirmou o diagnóstico. A destorção do pedículo anexial permitiu preservar o ovário e foi facilitada pela instilação de soro fisiológico (cerca de 2000 ml) na cavidade pélvica até à submersão do anexo e pedículo envolvidos. Preservaram-se as formações quísticas anexiais por não ter sido possível identificar a correspondente ao corpo lúteo. Não se verificaram intercorrências no pós-operatório. Na ecografia realizada às 12 semanas, observou-se formação quística com 48 mm de maior eixo na dependência do ovário direito, com aspeto hemorrágico.

Conclusões: A instilação de soro fisiológico na cavidade peritoneal facilitou a técnica de destorção anexial por via laparoscópica, minimizando dessa forma o tempo cirúrgico e o potencial risco de lesões traumáticas associadas à manipulação das estruturas envolvidas.

V 07

MIOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA DE 2 MIOMAS GIGANTES

Madalena Andrade Tavares; Margarida Cal; Marta Magro; Sónia Barata; João Alves; Filipa Osório
Hospital Vila Franca de Xira Hospital de Santa Maria Hospital Luz

Introdução: A incidência de fibromiomas em mulheres em idade reprodutiva é de 20 a 40%. As manifestações clínicas mais frequentes são: hemorragia uterina anormal, dor pélvica, massa abdominal e infertilidade. O tratamento dos fibromiomas pode ser médico, cirúrgico ou uma combinação de ambos. Relativamente ao tratamento cirúrgico, esta patologia representa uma das principais indicações para realização de histerectomia. No entanto, em mulheres com desejo de preservação da fertilidade deverá ser ponderada

uma abordagem mais conservadora, como a miomectomia. A excisão de fibromiomas pode ser realizada por via histeroscópica (Miomias FIGO 0 a 2) ou abdominal (Miomias FIGO 4 a 8). Com a evolução da laparoscopia e da técnica de sutura laparoscópica, tem-se tornado possível a realização de miomectomias laparoscópicas cada vez mais complexas, nomeadamente fibromiomas múltiplos ou de grandes dimensões, com menor morbilidade e menor risco de aderências pós-operatórias.

Objetivo: Apresentação de vídeo de miomectomia laparoscópica de 2 miomas gigantes

Descrição do caso: Nuligesta de 28 anos sem antecedentes pessoais relevantes, referenciada à consulta por massa pélvica. Referia ciclos regulares com cataménios de 5 dias. Ao exame objectivo observava-se útero móvel com volumosa massa adjacente que se prolongava até ao umbigo. A ecografia pélvica e ressonância magnética revelaram útero com 75 x 36 x 48 mm com massa anterior sugestiva de conglomerado de miomas subserosos com 128 x 73 x 98 mm; endométrio e anexos sem alterações. Foi realizada miomectomia laparoscópica com excisão de 2 miomas com um peso total de 1145 gr, sem intercorrências.

Conclusões: A realização de miomectomia laparoscópica, ainda que esteja associada a menor morbilidade e menor risco de aderências, é um procedimento laborioso e cuja execução requer um elevado grau de experiência, nomeadamente na realização de sutura laparoscópica rápida e eficaz de forma a diminuir a perda hemática intra-operatória e assegurar um correto encerramento da abertura da parede uterina.

V 08

CORREÇÃO DE ISTMOCELO POR LAPAROSCOPIA COM APOIO HISTEROSCÓPICO NO CONTEXTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

Sara Vargas; Nuno Costa; João Lopes; Catarina Castro; Inês Reis; Filipa Osório; Ana Luísa Ribeirinho; Carlos Calhaz-Jorge
Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

Introdução: O nicho uterino ou istmocele corresponde a um defeito ou recesso na cicatriz de cesariana. A sua prevalência varia em função dos métodos e critérios de diagnóstico utilizados, variando entre 24 e 84%. Pode associar-se a hemorragia uterina anormal, dismenorreia, disparêunia, dor pélvica crónica, infertilidade e a complicações obstétricas. A abordagem terapêutica é controversa e pode ser médica (terapêutica sintomática) ou cirúrgica.

Objetivos: Descrição de um caso clínico de doente submetida a correção de istmocele por laparoscopia com apoio histeroscópico no contexto de hemorragia uterina anormal.

Material e métodos: Consulta de processo clínico com recolha de dados clínicos e demográficos de uma mulher em seguimento na consulta de ginecologia por endometriose profunda, com o diagnóstico de novo de hemorragia uterina anormal e istmocele, com desejo de gravidez.

Resultados: Mulher de 34 anos, caucasiana, gesta 1 e para 1 (1 cesariana urgente por apresentação pélvica às 34 semanas de gestação), em seguimento em consulta de ginecologia de um hospital terciário por endometriose profunda, já submetida a quistectomia bilateral e excisão de nódulo do septo recto vaginal por via laparoscópica. Por quadro de hemorragia pós-menstrual de novo realizou ecografia ginecológica e histerossonografia que revelaram istmocele com 12 x 10 x 9 mm e miométrio suprajacente com cerca de 2,7 mm de espessura. Atendendo ao desejo de gravidez futura e aos

sintomas descritos, foi submetida a correção do istmocele por laparoscopia com apoio histeroscópico (será apresentado no vídeo).

Conclusões: A hemorragia uterina anormal sob a forma de hemorragia pós-menstrual é um sintoma associado ao nicho uterino, cujo tratamento pode ser realizado por cirurgia laparoscópica com apoio histeroscópico.

V 09

CARCINOMA DA VULVA: EXCIÇÃO COM LASER DE CO2

Fernanda Vilela; Vera Ribeiro; Amália Pacheco
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Unidade de Faro

O cancro da vulva consiste numa neoplasia que surge maioritariamente em mulheres pós-menopausa, entre a 6ª e 7ª década de vida. É uma neoplasia rara com uma incidência de 1.8 novos casos por 100 mil mulheres/ano. A avaliação ginecológica com exame vulvar é essencial para o diagnóstico precoce, nomeadamente na identificação de lesões pré-malignas. Esta neoplasia pode apresentar-se como uma lesão vegetativa ou ulcerada, podendo, no entanto ser assintomática.

Utente de 92 anos, parcialmente dependente nas actividades da vida quotidiana, encaminhada a consulta de patologia da vulva por tumefação vulvar desde há 2 meses associada a hemorragia. Ao exame objectivo observou-se lesão exofítica vulvar no grande e pequeno lábio esquerdo com cerca de 8 x 5 cm. Sem gânglios inguinais palpáveis. Foi proposta cirurgia conservadora com realização de excisão local alargada com margens cirúrgicas amplas com recurso a laser de CO2. O estudo anatomo-patológico revelou um carcinoma pavimentocelular bem diferenciado G1. Sem invasão linfovascular nem permeação perineural, margens cirúrgicas sem neoplasia, portanto estadio pT1b pNx.

O tratamento do cancro da vulva deve ser individualizado, tendo em conta a idade e as comorbilidades da doente, assim como as ca-

racterísticas do tumor, dimensão, localização e extensão a estruturas adjacentes.

V 10

AS DIFERENTES APRESENTAÇÕES CLÍNICAS EM ONCOLOGIA

Oliveira J.^{1,2}; Andrade C.¹; Frutuso C., Sousa F.^{1,2}; Silva C.¹; Campos S.^{1,2}; Águas F.¹

¹*Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;* ²*Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Centro Académico Clínico de Coimbra*

Introdução: Na Ginecologia oncológica, a mesma patologia pode ter diferentes formas de apresentação e a mesma forma de apresentação pode corresponder a diferentes patologias. Inúmeras vezes somos surpreendidos na hora da cirurgia e defrontamo-nos com verdadeiros desafios cirúrgicos.

Objetivo: Reconhecer as diferentes formas de apresentação do cancro ginecológico.

Métodos: Análise retrospectiva da apresentação clínica, imagiológica e laparoscópica de 9 casos clínicos da Unidade de Ginecologia Oncológica do Serviço de Ginecologia (CHUC).

Resultados: Caso 1 - Jovem com tumor anexial volumoso sólido com vascularização atípica que revelou ser um tumor esclerosante do ovário.

Caso 2 - Doente de 77 anos com carcinoma seroso de alto grau anexial num estadio inicial associado a patologia uterina benigna.

Caso 3 - Doente de 49 anos com síndrome febril e massa pélvica volumosa que revelou tratar-se de uma torção anexial e 2 massas anexiais correspondentes a um tumor de Krukenberg originário de um adenocarcinoma invasor do colon sigmóide.

Caso 4 - Doente 53 anos com carcinoma seroso de alto grau da trompa num estadio inicial

Caso 5 - Doente de 76 anos, IMC 51, com adenocarcinoma do endométrio tipo endometrióide submetida a histerectomia laparoscópica.

Caso 6 - Doente com 79 anos com metástase ovárica e carcinomatose cirurgicamente irrissecável, que revelou tratar-se de um

carcinoma de células em anel de sinete de origem gastrointestinal.

Caso 7 - Doente de 64 anos submetida a laparoscopia de avaliação de ressecabilidade cirúrgica por um carcinoma seroso de alto grau do ovário.

Caso 8 - Grávida de 15 semanas com quisto do ovário volumoso e risco de malignidade 11.7% (ADNEX) que se trata de um cistoadenofibroma.

Caso 9 - Doente de 70 anos com adenocarcinoma do endométrio tipo endometrióide com invasão tumoral até à serosa.

Conclusão: A patologia oncológica pode ser apresentada sob a maior variedade de formas clínicas, com diferentes sintomas, diferentes estadios, associada a outras patologias benignas e em todas as idades. A salientar as formas de apresentação oncológicas anexiais com origem primária em tumores do tubo digestivo.

V 11

HISTERECTOMIA TOTAL MINILAPAROSCÓPICA – TÉCNICA CIRÚRGICA, VANTAGENS E LIMITAÇÕES

Mariana Coroado; Rafael Brás; Joana Portela Dias; Hélder Ferreira; Alexandre Morgado
Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP)

Introdução: A histerectomia é uma das cirurgias ginecológicas mais frequentemente realizadas em todo o mundo. As vantagens da via laparoscópica em detrimento da via laparotómica já são bem conhecidas, mas cada vez mais se tem assistido à evolução da cirurgia minimamente invasiva. Com esse avanço técnico e de recursos, a minilaparoscopia, inicialmente reservada para procedimentos diagnósticos, tem sido aplicada para procedimentos progressivamente mais complexos. Além da redução do trauma cirúrgico, através da diminuição do tamanho dos trocares de 5 para 3 mm, parece haver impacto no risco de hemorragia e de lesão de órgãos adjacentes. A histerectomia total com abordagem minilaparoscópica envolve o

isolamento e laqueação das estruturas de suporte e de vascularização do útero seguido da sua extração por via vaginal; este procedimento é realizado por via endoscópica usando exclusivamente trocares de 3 mm, com a eventual exceção da porta umbilical, e com auxílio de um manipulador uterino.

Objetivos: Demonstrar a execução da técnica cirúrgica da histerectomia total (HT) minilaparoscópica, chamando a atenção para as vantagens e limitações desta abordagem.

Material e métodos: Caso clínico, de uma doente admitida no serviço de Ginecologia do nosso centro.

Resultados e conclusões: Técnica cirúrgica a ser apresentada no formato de vídeo.

A abordagem MINI marca a diferença pelo menor calibre dos trocares, mantendo-se inalterados a técnica cirúrgica, o posicionamento da doente e dos instrumentos e a ergonomia. Assim, esta abordagem permite a triangulação dos instrumentos com destreza semelhante ou até superior à laparoscopia convencional, oferecendo vantagens no resultado estético, redução do tempo, trauma cirúrgico e dor pós-operatória. Desta forma, a HT minilaparoscópica pode ser facilmente realizada com segurança pela maioria dos cirurgiões com treino em laparoscopia, sem comprometer a eficácia e segurança do procedimento.

V 12

ENDOMETRIOSE PERI-URETERAL: UMA CAUSA ATÍPICA DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

Sara Vargas; Sara Pereira; João Lopes;
Catarina Castro; Inês Reis; Ana Luísa Ribeirinho;
Carlos Calhaz-Jorge; Filipa Osório

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

Introdução: A endometriose ureteral ocorre em aproximadamente 1% dos casos de endometriose pélvica e associa-se frequentemente a envolvimento reto-vaginal (nódulos

com mais de 3 cm). O envolvimento ureteral assintomático pode resultar em uretero-hidronefrose com deterioração progressiva da função renal.

Objetivos: Descrição de um caso clínico de hipertensão secundária com etiologia renal, resultante de estenose ureteral provocada por endometriose peri-ureteral.

Material e métodos: Consulta de processo clínico e da gravação do procedimento cirúrgico com recolha de imagens e registo de dados clínicos /demográficos de uma mulher referenciada à consulta de ginecologia por estenose ureteral em provável relação com endometriose peri-ureteral.

Resultados: Mulher assintomática de 34 anos, caucasiana, nulípara, sob contraceção hormonal combinada, encaminhada à consulta de urologia de um hospital terciário em 2019 com o diagnóstico recente de hipertensão secundária com etiologia renal. Da investigação realizada identificou-se estenose ureteral unilateral em provável relação com endometriose profunda (peri-ureteral), pelo que foi referenciada à consulta externa de ginecologia-endometriose. Considerando a deterioração da função renal unilateral foi colocado um cateter JJ. Na avaliação pré-operatória realizou ecografia ginecológica e ressonância magnética cujos resultados sugeriam endometriose profunda com envolvimento ureteral unilateral. Foi submetida a laparoscopia (com confirmação de estenose ureteral unilateral), excisão de nódulo do ligamento útero-sagrado e asa do recto à direita, excisão de nódulo da prega vesico-uterina e excisão de nódulo peri-ureteral esquerdo com ureterólise (como ilustrado no vídeo 1). O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências de relevo.

Conclusões: A endometriose pode estar associada a lesões que condicionam compromisso da função de órgãos nobres. A sua identificação e correção precoces podem reduzir ou evitar a deterioração dos mesmos.



Intervenientes no programa

Andreia Fontoura Oliveira (Porto)

Alberto Fradique (Lisboa)

António Alves (Porto)

António Lanhoso (Porto)

Benoit Rabischong (Clermond Ferrand)

Carlos Lopes (Porto)

Fátima Faustino (Lisboa)

Filipa Osório (Lisboa)

Giovanni Tommaselli (Naples)

Hélder Ferreira (Porto)

Henrique Nabais (Lisboa)

Hugo Gaspar (Funchal)

Irina Ramilo (Lisboa)

J. L. Silva Carvalho (Porto)

João Bernardes (Porto)

José Reis (Lisboa)

Juan Gilabert Estellés (Valencia)

Luís Ferreira Vicente (Lisboa)

Margarida Martinho (Porto)

Michael Mueller (Bern)

Nuno Nogueira Martins (Viseu)

Paulo Aldinhas (Coimbra)

Pedro Xavier (Porto)

Raffaele Ricciardi (Itália)

Susana Coutinho (Lisboa)

Susana Maia (Porto)

Teresa Mascarenhas (Porto)

194^a

Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Endoscopia Ginecológica Global

Organização



SPG

SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
GINECOLOGIA



SPG
S.P.E.G.

SECÇÃO PORTUGUESA DE ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Dr. Luís Ferreira Vicente, *Hospital Lusíadas Lisboa*

Dr. Hugo Gaspar, *Hospital Dr. Nêlio Mendonça, Funchal*

Dr. António Lanhoso, *Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE*

Sponsors

Applied
Medical
A New Generation Medical Device Company


cantabria labs
celebrate life

ETHICON
PART OF THE Johnson-Johnson FAMILY OF COMPANIES

EXCELENCIA
ROBÓTICA


Exeltis
Rethinking healthcare


GEDEON RICHTER
Health is our mission


GRUPO ITALFARMACO


MoonSurge
Cirurgia e Imagem

Procure
Health
Naturally woman


tecnimede


teprel

Secretariado

admedic +
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16C 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