

196^a Reunião da Sociedade
Portuguesa de Ginecologia

Novos desafios na Menopausa ...

Montebelo Vista Alegre Ílhavo Hotel
08 e 09 de outubro de 2021



**Programa
Científico**

Scientific Program

Imagem: Ad Médico

Consulte a versão
digital do programa





196ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Novos desafios na Menopausa ...

Caros(as) Colegas

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia e a secção de Menopausa, dá-lhe as boas vindas a esta reunião cujo tema é “Novos desafios na menopausa” o que nos leva a refletir sobre o percurso efetuado mas sobretudo o que ainda poderemos fazer melhor para promover a saúde e a qualidade de vida da mulher em menopausa.

Temos sido surpreendidos por algumas publicações nem sempre cientificamente válidas que levantam dúvidas e alguma desconfiança pondo em causa a promoção da qualidade de vida da mulher nesta fase da vida. Vamos ter oportunidade de debater com os especialistas vários temas associados a alguma controvérsia e assim poderemos tirar algumas conclusões que nos poderão ser úteis para a nossa prática clínica.

A par de um programa apelativo temos um grupo de palestrantes que com certeza nos irá surpreender e poderá ainda ser um momento de agradável encontro de Colegas e Amigos.

Bem haja!

Presidente da SPG

Presidente da Secção de Menopausa



- 13:00h Abertura do secretariado | *Opening of registration desk*
- 14:15-14:30h **Sessão de Abertura | *Opening Session***
Fernanda Geraldês & Teresa Mascarenhas
- 14:30-15:30h SESSÃO 1 | *SESSION 1*
Nutrição, sexualidade e menopausa | *Nutrition, sexuality and menopause*
Moderadores | *Chairpersons*: Teresa Mascarenhas & Cláudio Rebelo
O ponto de vista do nutricionista | *The nutritionist's point of view* (20)
Conceição Calhau
A visão da Sexologia Clínica | *The view of Clinical Sexology* (20)
Susana Samico
Discussão | *Discussion* (20)
- 15:30-16:30h SIMPÓSIO | *SYMPOSIUM*
 **Nova abordagem no tratamento da atrofia vulvar e vaginal.
A importância do duplo mecanismo de ação! / *New approach for the treatment of vulvar vaginal atrophy. Why is so important the double mechanism of action?***
Palestrante / *Speaker*: Cláudio Rebelo
- 16:30-17:00h Coffee Break
- 17:00-18:30h SESSÃO 2 | *SESSION 2*
Vitamina D – O que sabemos hoje? | *Vitamin D – What do we know today?*
Moderadores | *Chairpersons*: Fernanda Geraldês & José Alberto Moutinho
O papel da vitamina D na menopausa | *The role of vitamin D in menopause* (20)
Carolina Moreno
A Vitamina D e a mulher portuguesa – Interpretação dos resultados de estudo nacional | *Vitamin D and the portuguese woman – Interpretation of national study results* (20)
Graça Sequeira
Consensos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia | *Consensus of the Portuguese Society of Rheumatology* (20)
Graça Sequeira
Discussão | *Discussion* (25)
- 18:30h **Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Ginecologia**

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **Comunicações livres** | *Free communications*
Moderadores | *Chairpersons*: Eunice Capela & Cláudio Rebelo

09:00-10:30h SESSÃO 3 | *SESSION 3*
Hormonas e mama | *Hormones and breast*
Moderadores | *Chairpersons*: Luís Sá & Joana Belo
Nas mulheres portadoras de mutação e/ou história familiar de cancro da mama | *In women with breast cancer mutation and/or family history* (20)
Inês Gante
Progestativo e mama – Estado da arte | *Progestative and breast – State of the art* (20)
Anne Gompel
Alternativas terapêuticas na mulher com cancro da mama | *Therapeutic alternatives in women with breast cancer* (20)
Joaquim Neves
Discussão | *Discussion* (30)

10:30-11:00h CONFERÊNCIA | *CONFERENCE*
Menopausa e fertilidade – Uma contradição? | *Menopause and fertility – A contradiction?*
Presidente | *President*: Ana Teresa Almeida Santos
Palestrante | *Speaker*: Luís Vicente

11:00-11:30h Coffee Break

11:30-12:15h SESSÃO 4 | *SESSION 4*
Há lugar hoje para o uso de TH como prevenção de doença cardiovascular na mulher pós menopausa? | *Is there a place today for the use of HT as a prevention of cardiovascular disease in postmenopausal women?*
Moderadores | *Chairpersons*: Fernanda Águas & Cláudio Rebelo
Pró | *Pros*
Ana Fatela
Contra | *Cons*
Vera Ferreira

12:15-13:15h SIMPÓSIO | SYMPOSIUM



Individualizar o tratamento da menopausa | *Personalizing treatment for: Menopause*

Moderadora | *Chairperson*: Fernanda Geraldes

Formyra®, uma nova opção para a síndrome geniturinária da menopausa (SGUM) | *Formyra®, new option for genitourinary syndrome of menopause (SGUM)*

Ana Casquilho

Estudo de satisfação da utilização de um dispositivo de pulverização?
| *Satisfaction study with spray?*

Fernanda Geraldes

Individualização do tratamento | *Treatment personalization*

Cláudio Rebelo

Questões & respostas

13:15-14:30h Almoço

14:30-15:00h CONFERÊNCIA | CONFERENCE

O exercício físico na peri e pós menopausa – Que papel na promoção da qualidade de vida | *Peri and postmenopausal exercise – What role in promoting quality of life*

Presidente | *President*: Ana Casquilho

Palestrante | *Speaker*: Ignacio Ara

15:00-16:30h SESSÃO 5 | SESSION 5

Menopausa e osso | *Menopause and bone*

Moderadora | *Chairperson*: Fátima Faustino

Osteoporose pós menopausa – Da prevenção ao tratamento | *Postmenopausal osteoporosis – From prevention to treatment* (20)

Elsa Nunes

Duração da terapêutica e conceito de “drug holiday” | *Duration of therapy and “drug holiday” concept* (20)

Vera Ramos

Saúde óssea na mulher com cancro da mama | *Bone health in women with breast cancer* (20)

Olga Caramelo

Discussão | *Discussion* (30)

16:30h

Encerramento da Reunião | *Meeting Closure*



196ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Novos desafios na Menopausa ...

Resumos | Comunicações Orais e Posters

Comunicações Orais

CO 01

COMORBILIDADES NA MENOPAUSA – QUAL O SEU IMPACTO NA TERAPÊUTICA?

Marta Pinto; Mariana Sucena; Fernanda Galdes;
Fernanda Águas

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Na menopausa, as alterações hormonais condicionam alterações no perfil lipídico condicionando um aumento do risco cardiovascular, agravado por outras comorbilidades já existentes. No entanto, os sintomas vasomotores, a síndrome genitourinária ou as perturbações do humor e do sono levam as mulheres a procurar ajuda.

Objetivos: Avaliar as comorbilidades numa população que recorreu à consulta de menopausa nos anos de 2018 e 2019 (n = 442) no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e o seu impacto nas opções terapêuticas dos profissionais.

Material e métodos: Estudo descritivo retrospectivo dos processos das primeiras consultas de menopausa. Para a análise estatística foi utilizado o SPSS, v. 23.

Resultados e conclusões: A média de idade da primeira consulta são 52 anos. 70% das mulheres recorreram à consulta por amenorreia secundária, por sintomatologia vasomotora intensa ou por ambas. 33% das mulheres tinham excesso de peso e 21% eram obesas. 70% das mulheres tinham antecedentes pessoais de relevo, sendo que 28% das mulheres

eram hipertensas, 5% diabéticas, 5% tinham lúpus eritematoso, 6 casos de AVC prévio, 2 de aneurisma cerebral e 16 (4%) de tromboembolismo. 14% tinham antecedentes familiares de cancro da mama. A opção terapêutica mais usada foi iniciar terapêutica hormonal (TH) sistémica (em 35%), seguido da terapêutica tópica (24%) e das alterações no estilo de vida (22%). Usando a regressão múltipla foi possível concluir que antecedentes de AVC ou tromboembolismo foram os fatores estatisticamente significativos na decisão de não iniciar TH sistémica.

CO 02

O QUE LEVA AS MULHERES A SUSPENDEREM A TERAPÊUTICA HORMONAL DA MENOPAUSA? – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Daniela David; Mariana Sucena; Beatriz Ferro;
Mafalda Simões; Inês Gante; Fernanda Galdes
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Com o aumento da esperança média de vida, a mulher passa cerca de um terço da sua vida em menopausa. Esta fase pode ter um impacto negativo na qualidade de vida, pelo que é imperioso investir no aconselhamento e intervenção nesta fase de vida da mulher. A oferta disponível de terapêutica hormonal (TH) tem permitido minorar a sintomatologia associada à menopausa,

permitindo a individualização e a adaptação ao estilo de vida de cada mulher. Apesar disso, a TH continua a despertar receios, condicionando a adesão à terapêutica.

Objetivos: Análise descritiva dos casos de auto-suspensão da TH. Foram avaliados parâmetros como o motivo de suspensão, duração, tipo e via de administração da TH realizada.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu as mulheres referenciadas à consulta de Menopausa de um hospital terciário, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019. Foram apenas incluídas as mulheres que realizaram TH. A análise estatística foi realizada com SPSS® v27, com nível de significância para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 201 doentes a realizar TH, sendo que 54,5% ($n = 116$) efetuavam estroprogestativo contínuo, 12,2% ($n = 26$) tibolona, 11,3% ($n = 24$) estroprogestativo sequencial, 12,2% ($n = 26$) estrogénio associado a sistema intra-uterino de levonorgestrel e 8,9% ($n = 19$) estrogénio isolado. A associação da TH tópica à terapêutica sistêmica ocorreu em 56,3% das mulheres. 31,8% ($n = 64$) das mulheres suspendeu a TH, tendo sido apontados como principais motivos de suspensão a melhoria da sintomatologia prévia em 50% ($n = 32$), o mau-estar ou efeitos adversos associados em 21,9% ($n = 14$) e o receio da sua toma em 7,8% ($n = 5$). A via oral foi a via de administração mais utilizada (93,1%) e não houve diferenças entre os dois grupos (92,7% vs 93,8%, $p = 0,79$). Em 2% dos casos houve necessidade de reintrodução de TH. Como conclusão, a taxa global de suspensão de TH foi de 31,8% sendo que metade das mulheres suspendeu a TH por melhoria da sintomatologia, 21,9% por efeitos adversos e 7,8% por receio. Não houve diferenças significativas na adesão relativamente ao tipo ou via de administração da terapêutica hormonal.

CO 03

LAQUEAÇÃO TUBAR – QUE IMPACTO NA SINTOMATOLOGIA DA MENOPAUSA?

Daniela David; Mariana Sucena; Beatriz Ferro; Mafalda Simões; Inês Gante; Fernanda Gerales; Fernanda Águas
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A laqueação tubar e, mais recentemente, a salpingectomia bilateral continuam a ser uma opção contraceptiva comum. Alguns estudos têm demonstrado que a possibilidade de lesão vascular provocada pela cirurgia, poderá ter algum impacto na função e reserva ovárica a longo prazo, podendo alterar a idade da menopausa e a severidade da sintomatologia associada ao climatério. No entanto, alguns estudos não são consistentes na demonstração destes achados.

Objetivos: Estudo descritivo e comparativo de mulheres na pós-menopausa com antecedentes de laqueação tubar vs sem antecedentes de laqueação. Foram avaliados parâmetros como a idade média da menopausa, sintomatologia e realização de terapêutica hormonal (TH).

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu as mulheres referenciadas à Consulta de Menopausa de um hospital terciário, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019. Foram incluídas as mulheres com menopausa espontânea e foram divididas em dois grupos: 1- mulheres sem antecedentes de laqueação; 2 – mulheres com antecedentes de laqueação. A análise estatística foi realizada com SPSS® v27, com nível de significância para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Das 370 mulheres referenciadas à Consulta de Menopausa, foram incluídas 330 doentes: 84,2% ($n = 278$) pertenciam ao grupo 1 e 15,8% ($n = 52$) ao grupo 2. A idade média da menopausa foi de $51,3 \pm 3,4$ no grupo 1 vs. $50,7 \pm 3,2$ no grupo 2 ($p = 0,61$). Relativamente à sintomatologia,

no grupo 1 82,0% (n = 228) vs. no grupo 2 80,8% (n = 42), apresentavam sintomas associados ao climatério (p=0,83). Não se verificaram diferenças significativas quando analisado o tipo de sintomatologia, nomeadamente os sintomas vasomotores (75,9% vs 78,8%) ou a síndrome geniturinária da menopausa (20,5% vs 21,2%). Quanto à realização de TH, no grupo 1 56,8% (n = 158) das mulheres efetuaram esta terapêutica e no grupo 2 65,4% (n = 34) (p=0,25) e a idade média de início de terapêutica de 52,1 ± 4,9 anos no grupo 1 vs 51,6 ± 3,3 anos no grupo 2, não se verificando diferenças estatisticamente significativas (p=0,49).

Neste estudo, a laqueação tubar não demonstrou ter impacto na idade média da menopausa espontânea, na sintomatologia nem na realização de TH.

CO 04

INFLUÊNCIA DO IMC NA MENOPAUSA

Beatriz Ferro; Mafalda Simões; Daniela David; Mariana Sucena; Fernanda Gerales; Fernanda Águas
Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A menopausa é um período na vida da mulher associado a mudanças hormonais e metabólicas com impacto significativo na qualidade de vida. O índice de massa corporal (IMC) tem mostrado, de forma controversa, poder ter influência na sintomatologia associada, assim como na idade da menopausa.

Objetivos: Descrever o potencial efeito do IMC na idade da menopausa, sintomatologia e orientação terapêutica.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo que incluiu as doentes referenciadas à consulta de menopausa de janeiro de 2018 a dezembro de 2019 (n = 372).

Dividiram-se em 3 grupos de acordo com o

grau de índice de massa corporal (IMC): normal (IMC<24,9) (n = 170), com excesso de peso (IMC 25-29,9) (n = 125) e com obesidade (IMC>30) (n = 77).

Análise estatística com SPSS®v27, com significância para p<0,05.

Resultados e conclusões: A idade mediana da menopausa nas doentes com IMC normal foi de 51 anos (26-59), com excesso de peso foi de 51 anos (36-58) e com obesidade foi de 52,5 anos (40-58) (p<0,001).

Estão presentes comorbilidades em 62,9% (n = 107) das doentes com IMC normal, 71,2% (n = 89) das com excesso de peso e 80,5% (n = 62) das doentes obesas (p=0,018).

Foi referida sintomatologia em 78,8% (n = 134) das doentes com IMC normal, 80,8% (n = 101) das com excesso ponderal e 83,1% (n = 64) das obesas (p=0,726). Destas, foi referida sintomatologia vasomotora em 72,4% (n = 123) das doentes com IMC normal, 75,2% (n = 94) das com excesso de peso e 75,3% (n = 58) das obesas (p=0,818).

Foi iniciada terapêutica hormonal (TH) sistémica em 59,4% (n = 101) das doentes com IMC normal, 58,4% (n = 73) das com excesso ponderal e 50,6% (n = 39) das obesas (p=0,414).

Houve melhoria sintomática em 88,8% (n = 87) das doentes com IMC normal, 92,6% (n = 75) das doentes com excesso ponderal e 91,1% (n = 41) das doentes obesas (p=0,678).

Foi necessário aumento da dose de estrogénios em 8,4% (n = 8) das doentes com IMC normal, 5,8% (n = 4) das doentes com excesso ponderal e 2,7% (n = 1) das doentes obesas (p=0,468).

Houve suspensão da TH em 28,9% (n = 28) das doentes com IMC normal, 29,7% (n = 22) das com excesso de peso e 36,6% (n = 15) das obesas (p=0,652).

Em conclusão, a idade da menopausa foi su-

perior nas doentes com obesidade. Registraram-se mais comorbilidades em doentes com excesso de peso e obesidade. Nestas doentes houve também maior frequência de sintomatologia associada, embora de forma não significativa.

CO 05

MENOPAUSA ESPONTANEA VS IATROGÉNICA: DUAS FACES DA MESMA MOEDA

Mafalda Simões; Beatriz Ferro; Daniela David; Mariana Sucena; Fernanda Geraldês; Fernanda Águas
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: A Menopausa, habitualmente, ocorre espontaneamente entre os 45 e 55 anos, contudo pode surgir após a destruição do capital folicular ovárico por quimio ou radioterapia ou na sequência de uma cirurgia, sendo denominada de iatrogénica.

Objetivos: Descrever as diferenças entre doentes com menopausa espontânea vs iatrogénica, em relação à idade de apresentação, sintomatologia e realização de Terapêutica Hormonal (TH).

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu mulheres referenciadas à consulta de Menopausa (n = 372) de um hospital terciário, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019. Destas 362 foram elegíveis e divididas em dois grupos: 1 – doentes com menopausa espontânea; 2 – doentes com menopausa iatrogénica. Análise estatística com SPSS® v27, com nível de significância para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Das 362 doentes, 93% (n = 336) pertenciam ao grupo 1 e 7% (n = 26) ao grupo 2. No último, 88% (n = 23) foram submetidas a anexectomia bilateral e 12% (n = 3) a quimio e/ou radioterapia.

A idade média da menopausa foi $51,0 \pm 3,8$ anos no grupo 1 vs $45,2 \pm 7,0$ anos no grupo 2 ($p < 0,05$).

Relativamente à sintomatologia, no grupo 1 vs 2, 82% (n = 274) vs 65% (n = 17), apresentavam queixas compatíveis com menopausa ($p = 0,046$). Porém, não houve, diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que respeita ao tipo de queixas, tendo sido avaliada a presença de sintomas vasomotores (92% vs 82%), Síndrome Geniturinária da Menopausa (23% vs 41%), perturbações de humor (9% vs 12%), do sono (12% vs 12%), alterações cognitivas (1% vs 0%), perda de libido (4% vs 6%) e dores articulares (9% vs 12%).

No grupo 1, 59% (n = 197) realizaram TH, e no grupo 2, 64% (n = 16) ($p = ns$). Em relação ao tipo de TH utilizada no grupo 1, 4% (n = 7) usaram estrogénios isolados, 57% (n = 113) estroprogestativo (EP) contínuo, 12% (n = 23) EP sequencial, 13% (n = 26) tibolona, 1% (n = 2) progestativo isolado e 13% estrogénios + dispositivo intrauterino de levonorgestrel. No grupo 2, 75% (n = 12) usaram estrogénios isolados, 19% (n = 3) EP contínuo e 6% (n = 1) EP sequencial ($p < 0,0001$).

Houve melhoria dos sintomas de 84% (n = 165) vs 56% (n = 9) nos grupos 1 e 2, respetivamente ($p = 0,006$).

A menopausa iatrogénica merece particular interesse por se verificar, tendencialmente, em mulheres mais novas. Pela presença de patologia de base e suas consequências, a escolha da TH torna-se um desafio para o ginecologista que tem sempre em mente a individualização da terapêutica com vista à melhoria da qualidade de vida.

CO 06

TRATAMENTO DA SÍNDROME GENITOURINÁRIA DA MENOPAUSA – O QUE HÁ DE NOVO?

Margarida S. Rocha¹; Vanessa Martins¹;
Margarida A. Magalhães¹; João M. Sousa¹;
Catarina Lomba²; Isabel D. Ferreira³

¹Internato Médico ACES Lisboa Norte; ²Assistente de Medicina Geral e Familiar, Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano; ³Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, ACES Lisboa Norte

Introdução: Síndrome genitourinária da menopausa (SGUM) é a designação utilizada para substituir e alargar a entidade conhecida como "atrofia vaginal" que afecta mais de metade das mulheres em pós-menopausa, com prejuízo da autoestima e da qualidade de vida. As sintomatologias vulvar e urinária passam a estar incluídas, já que sofrem todos estes tecidos o mesmo processo fisiopatológico decorrente da diminuição de estrogénios.

Objetivos: Contrariamente às gerações anteriores, as mulheres passam agora mais de 1/3 da sua vida em pós-menopausa pelo que é altamente pertinente rever e sistematizar o tratamento da SGUM.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados PubMed e Cochrane Library. Foram seleccionadas publicações mais recentes que 2015, sem restrições linguísticas. Foram ainda incluídas outras, nacionais e internacionais, consideradas com interesse.

Resultados e conclusões: Uma intervenção terapêutica importante em todos os casos será a manutenção da actividade do pavimento pélvico e vaginal, à qual poderemos associar terapêutica farmacológica (hormonal ou não hormonal). Na ausência de importante sintomatologia vasomotora, o tratamento será tópico e dirigido. O uso de lubrificantes não hormonais durante a actividade sexual e/ou o uso regular de cremes hidratantes va-

ginais não revertem as alterações atroficas mas mantêm a secreção vaginal e melhoram a sintomatologia. A estrogénioterapia tópica vai combater o processo fisiopatológico, com melhoria também dos sintomas urinários, e não está contraindicada em sobreviventes do carcinoma da mama. A prasterona intravaginal está indicada no tratamento da dispareunia moderada a grave. O ospemifeno oral não está disponível em Portugal. A terapêutica a laser vulvar e vaginal não é uma intervenção estética, afigurando-se como um complemento/ alternativa segura e com potencial à estrogénioterapia de baixa dose e reabilitação do pavimento pélvico.

CO 07

DE PSICOSSOMÁTICA A NARRATIVA A COMUNICACIONAL: UMA FORMA CRONOBIOFUNCIONAL DE ENCARAR O CLIMATÉRIO EM GINECOLOGIA

José Martinez de Oliveira¹; Ivany Carneiro Silva²;
Paula Saraiva de Carvalho³; Gilvano Dalagna⁴; Hugo
Ferreira⁵; Luiz Pereira⁶; Joana Lima-Silva⁷; Teresa
Fraga⁸; Tereza Paula⁹; Mário Simões¹⁰

¹Professor Emérito Universidade da Beira Interior (UBI); Coordenador do Núcleo de Psicossomática da Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG); ²Médica, Aluna do 3º Ciclo de Estudos em Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), UBI; ³Professora Auxiliar, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH), UBI; ⁴Professor Auxiliar Convidado, Universidade de Aveiro/INET-md; ⁵Professor Associado, Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa; ⁶Professor Auxiliar, Universidade de Aveiro; ⁷Especialista Ginecologia-Obstetrícia, aluna do 3º Ciclo de Estudos de Sexologia, Faculdade de Psicologia (FP), Universidade do Porto (UP); Vogal do Núcleo de Psicossomática da SPG; ⁸Especialista Ginecologia-Obstetrícia, Membro do Núcleo de Psicossomática da SPG; ⁹Especialista Ginecologia-Obstetrícia, Vogal do Núcleo de Psicossomática da SPG; ¹⁰Professor Jubilado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Coordenador do Laboratório de Interação Mente-Matéria de Intenção Terapêutica (LIMMIT), Consultor do Núcleo de Psicossomática da SPG

Introdução: O climatério, e o seu mais evidente marcador, a menopausa, são correntemente perspectivados como consequência linear de falência hormonal, ainda que natural e assumidas as suas consideráveis consequências fisiopatológicas.

A forma redutora como é encarado cria o paradigma da compensação hormonal como correctora e todas as demais estratégias como tratamentos sintomáticos.

Por sua vez o enviesamento que o conceito de psicossomática acarreta, no entendimento de que o estado mental se traduz por alterações funcionais e orgânicas, é igualmente limitativo pelo sentido unidirecional que implica, es-

quecendo com frequência o inverso, curiosamente mais universalmente reconhecido, que é o impacto das alterações morfofuncionais no psiquismo.

Objetivos: Com base na evolução dos conhecimentos biomédicos e das mais amplas conexões funcionais entretanto identificadas, pretende-se lançar as bases para a estruturação de uma proposta de assistência médica à mulher segundo uma abordagem comunicacional, agora definida, servindo o climatério como paradigma, e assim promover uma prática mais consentânea com as novas visões globalizantes da clínica médica.

Material e métodos: É feita uma síntese das novas perspectivas e vertentes da medicina, incluindo as chamadas Integrativa e de Precisão, bem assim como as implicações dos fenómenos energéticos e seu envolvimento na fisiologia neuroendocrinológica.

Utilizam-se dados dos estudos de avaliação neuroemocional e do sistema neurovegetativo referentes ao efeito dos sons e da música no psiquismo, nas emoções e no funcionamento autonómico.

Resultados e conclusões: Com base na evolução dos conhecimentos biomédicos mais recente propõe-se: – encarar o climatério como uma fase específica, pela sua instalação rápida, que lhe confere padrão fisiopatológico único no processo de envelhecimento global; – adequar a visão psicossomática médica a um novo enquadramento, melhor definido como medicina comunicacional, que envolve não apenas a vertente comunicativa interpessoal, característica da medicina dita narrativa, mas também dos novos conhecimentos das relações entre ecobioma e neuropsicofisiologia, abarcando as novas correntes chamadas medicina de precisão, digital e virtual; – definir o estudo autonómico como indicador de diagnóstico e de equilíbrio geral em saúde e; – perspectivar aplicações digitais de promoção e manutenção do estado de higidez.

PO 01

MOLA HIDATIFORME, UM DIAGNÓSTICO A LEMBRAR EM MULHERES COM HEMORRAGIA UTERINA ANÓMALA NA PERIMENOPAUSA

Diana Pissarra; Bárbara Faria; Élia Snatiago; Diana Castanheira; Ana Filipa Sousa; Ana Rodrigues; António Santiago
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A mola hidatiforme é uma doença pré-maligna consequente de uma fertilização aberrante, com origem nas vilosidades trofoblásticas. Categoriza-se como mola completa ou incompleta com consequente risco de malignidade associado distinto, sendo superior no primeiro caso. Os principais fatores de risco para mola completa são antecedentes de gravidez molar e extremos de idade reprodutiva, com um risco aumentado em 7.5 em mulheres acima dos 45 anos. A possibilidade de gravidez molar deve ser considerada em todas as mulheres em idade reprodutiva com hemorragia uterina anómala, e quando suspeita, deve ser excluída doença maligna. Os pulmões e a vagina são os principais locais de metastização. O diagnóstico é histológico. **Objetivos:** Revisão de um caso de mola hidatiforme em mulher perimenopáusicas.

Caso clínico: Mulher de 56 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial, obesidade, síndrome depressivo e dislipidemia; índice obstétrico de 1011, com um parto por cesariana; menarca aos 12 anos; sem contraceção; submetida a polipectomia por histeroscopia em maio de 2018; ciclos regulares até março de 2021, orientada para histeroscopia por hemorragia uterina anómala e espessamento endometrial de 42mm em maio de 2021. Recorre ao su a 23 junho por hemorragia vaginal abundante e dor pél-

vica tipo dismenorreia intensa com um dia de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, a exteriorizar massa composta por múltiplas vesículas pela vagina e com hemorragia ativa; à palpação bimanual com colo dilatado e útero globoso. Analiticamente com bHCG de 89249, sem anemia, alterações da função renal, hepática e endocrinológica. Ecograficamente apresentava um útero com 134x73x70mm, endométrio espessado com 17x40mm de aspeto heterogéneo, ovários sem alterações, sem derrame pélvico. Realizou TC tóraco-abdomino-pélvica, que demonstrou 4 nódulos a nível do parênquima pulmonar sugestivos de localização secundária dado o contexto. Foi submetida a curetagem aspirativa. O exame histológico foi compatível com diagnóstico de mola hidatiforme. Foi orientada para consulta no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. **Discussão:** O diagnóstico de uma gravidez após os 50 anos é raro, e cursa maioritariamente com gravidez não viável. O reconhecimento de mola hidatiforme nesta idade é difícil, não contemplado por rotina no diagnóstico diferencial de hemorragia uterina anómala.

PO 02

É NECESSÁRIA CONTRACEÇÃO NA INSUFICIÊNCIA OVÁRICA PREMATURA? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Brás; Ana Fatela
Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC)

A insuficiência ovárica prematura (IOP) caracteriza-se pela perda da atividade ovárica em mulheres com menos de 40 anos e tem uma prevalência global de 1-3%. Os critérios diagnósticos mais aceites são os definidos pela Sociedade Europeia da Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE): amenorreia durante pelo menos 4 meses, com início antes dos 40 anos, associado a níveis de FSH superiores a

25mIU/ml (em duas avaliações separadas por pelo menos 4 semanas). Em cerca de 50% das mulheres, a perda de função ovárica não é permanente, podendo haver ciclos ovulatórios de forma intermitente. Existe a possibilidade de concepção espontânea em 5-10% dos casos, pelo que as mulheres com IOP que não pretendam engravidar devem ser aconselhadas a utilizar contraceção.

Objetivos: Alertar para a importância de contraceção em mulheres com IOP que não desejam engravidar.

Metodologia: Descrição de um caso clínico.

Resultados: Mulher de 39 anos, referenciada à consulta de ginecologia em setembro de 2016 por suspeita de IOP. Menarca aos 16 anos, ciclos regulares, catamênios de 4 dias, fluxo escasso. Nuligesta, com vida sexual ativa. Antecedentes: anemia falciforme sob hidroxiureia; colecistectomia. Interrompeu contraceção oral combinada (COC) em outubro de 2015, seguido de um período de amenorreia de 7 meses, tendo menstruado posteriormente em maio de 2016 (última menstruação). Realizou exames em fevereiro de 2016: analiticamente com TSH normal, PRL elevada (32ng/mL), FSH elevada (78,3mIU/mL) e estradiol baixo (12pg/mL); ecografia ginecológica com linha endometrial fina e ovários atróficos sem folículos. Em abril mantinha níveis compatíveis com menopausa (FSH 47mIU/mL, estradiol 21pg/mL) e normalização da PRL (24ng/mL). Na consulta em setembro, negava quaisquer sintomas à exceção de tensão mamária e o exame ginecológico não tinha alterações. Foi pedido diagnóstico imunológico de gravidez - positivo; e ecografia - compatível com gestação de 7 semanas. A gravidez decorreu com descompensação da anemia e diagnóstico de colestase gravídica, terminando num parto às 36 semanas, por agravamento analítico. Posteriormente, na consulta de ginecologia foram discutidas al-

ternativas contraceptivas, tendo optado por um COC, que mantém atualmente.

Conclusões: Apesar da baixa probabilidade de gravidez espontânea nas mulheres com IOP, esta hipótese diagnóstica tem de ser considerada perante as queixas de amenorreia. O desejo de parentalidade e a contraceção devem discutidos na abordagem a estas doentes.



Novos desafios na Menopausa ...

Organização



Major Sponsors



Sponsors



Secretariado



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 | elsa.sousa@admedic.pt
W: www.admedic.pt