197ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Ginecologia Oncológica

Hotel Vila Galé Coimbra

14 e 15 janeiro de 2022

Programa Científico

Imagem: Ad Médic

Sexta-feira
14 de janeiro 2022

CURSOS PRÉ-REUNIÃO

09:30-13:30h

CURSO Ginecologia oncológica:
Alguns conhecimentos que o interno de GO deve ter
Coordenadores: Teresa Rebelo e Paulo Aldinhas

Diagnóstico e tratamento do cancro da mama
Inês Gante
Orientação terapêutica cancro do ovário
Lúcia Correia

11:00-11:30h Pausa para café

Tratamento do cancro do endométrio
Cláudia Andrade
Gânglio sentinela: Vulva, endométrio e colo
Andreia Relva

09:30-13:30h

WORKSHOP Enfermagem oncológica: Cancro ginecológico
Apresentação: Ana Paula Amorim e António Pedro

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

09:30-11:30h

Cancro ovário
Epidemiologia e estadiamento do cancro ovário
Bruno Magalhães
Opções terapêuticas, cuidados peri e pós-cirúrgicos
Joana Ferreira
Mutações genéticas associadas ao cancro do ovário
Luzia Garrido
Gestão dos efeitos adversos no tratamento com inibidores da PARP
Sónia Ferreira
Consulta de Enfermagem: Como intervir nos diferentes momentos
Carla Faria

11:30-12:00h Pausa para café

12:00-13:30h

Cancro colo do útero
Epidemiologia do cancro colo do útero (Rastreio e vacinação)
Paula Moreira
Gestão do tratamento no estadio inicial (Cirurgia)
Susana Calhindro
Gestão do tratamento no estadio avançado (RT/QT/BT)
Carla Faria
Fertilidade e sexualidade: O que muda?
Elisa Santos

PROGRAMA DA REUNIÃO

13:45h	Abertura do Secretariado
14:45-15:00h	**SESSÃO DE ABERTURA**
15:00-16:30h	**ONCOGERIATRIA EM GINECOLOGIA: QUE LIMITES?** ***ONCOGERIATRICS IN GYNECOLOGY*** *Moderadores:* Luís Sá e Sofia Duque **A perspetiva do médico geriatra, ginecologista, oncologista e radioncologista** ***Geriatric, gynecologist, medical and radio oncologist perspective*** Helder Esperto, Mariana Vide, Gabriela Sousa e João Fonseca
16:30-16:45h	**SESSÃO DE VÍDEOS** ***VIDEO SESSION*** *Moderador:* Hugo Gaspar
16:45-17:00h	*Coffee-break* e visita aos posters
17:00-18:30h	**PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM ONCOLOGIA** ***QUALITY OF LIFE IN GYNCOLOGY ONCOLOGY*** *Moderadores:* Fátima Vaz e Margarida Borrego **Exercício físico. Nutrição. A intervenção do psicólogo. Associação de doentes** ***Exercice, Nutrition, psycologist, patient advocacy*** Lúcia Sagarro, Rafaela Trincão, Sónia Silva e Cláudia Fraga
18:30-19:00h	**CARCINOMA DO OVÁRIO** *Moderadoras:* Mónica Pires e Sofia Maia **Atualização dos Consensos Ginecologia Oncológica 2020** ***2020 Consensus update*** **Tratamento de manutenção no cancro do ovário** ***Maintenance treatment*** Joana Bordalo e Sá
19:00-20:00h	**Assembleia Geral**

Sábado
15 de janeiro 2022

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**

Moderadores: Paulo Correia e Olga Caramelo

09:00-10:30h **QUALIDADE DA CIRURGIA NO CANCRO GINECOLÓGICO**
SURGICAL QUALITY IN GYNECOLOGICAL CANCER

Moderadores: Daniel Pereira da Silva, Ana Francisca, Cristina Frutuoso e Paulo Aldinhas

Critérios de validação/curva de aprendizagem da técnica de biópsia do gânglio sentinela para o carcinoma do endométrio
Sentinel lymph node learning curve
Cláudia Andrade

Dados nacionais da cirurgia do ovário
National data of ovarian cancer surgery
Cristina Frutuoso

Certificação dos centros
Center certification
SPGO

10:30-11:00h *Coffee-break* e visita aos posters

11:00-12:00h **SIMPÓSIO**
Immune checkpoint inhibitors and women's cancer

MSD INVENTING FOR LIFE

Moderadora: Filipa Silva
Palestrante: Domenica Lorusso

12:00-13:00h **CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO**
ENDOMETRIAL CANCER

Moderadores: Henrique Nabais, Carla Bartosh, Inês Góis e Susana Sousa

Atualização dos consensos 2020
2020 Consensus update
Henrique Nabais

Implicações terapêuticas da classificação molecular
Clinical implications of molecular classification
Painel

Comunicação livre: Classificação e tratamento adjuvante com novas guidelines ESGO/ESTRO/ESP no carcinoma do endométrio
Beatriz Ferro

13:00-14:30h	Almoço
14:30-15:30h	**SIMPÓSIO** ***Hot topics* em cancro do ovário** *Moderadora:* Cristina Frutuoso *Palestrantes:* Miguel Abreu e Raúl Marquéz
15:30-16:00h	**PAINEIS MOLECULARES NA GINECOLOGIA ONCOLÓGICA** ***MOLECULAR PANELS AND THEIR APPLICATION IN GYNECOLOGY ONCOLOGY*** *Moderadores:* Manuel Teixeira e Miguel Abreu *Palestrante:* Raúl Marquéz
16:00-17:00h	**CANCRO NA GRAVIDEZ** ***CANCER IN PREGNANCY*** *Moderadoras:* Rita Sousa, Mónica Nave e Sofia Franco **Colo, ovário e mama** ***Cervix, ovarian, breast*** Frederic Amant
17:00h	**Encerramento da Reunião**

Comunicações livres

Comunicações orais

CO 01

INFLUÊNCIA DA PANDEMIA SARS-COV-2 NO CANCRO DO ENDOMÉTRIO

Raquel Sousa; Cláudia Andrade;
Kristina Hundarova; Cristina Frutuoso;
Isabel Henriques; Fernanda Águas
CHUC

Introdução: A pandemia SARS-CoV-2 afetou os cuidados de saúde no geral. Nos doentes oncológicos, alguns estudos publicados demonstraram alterações no estádio inicial de deteção e algumas mudanças nos tratamentos realizados.

Objetivos: Avaliar a influência da pandemia nos cancros do endométrio diagnosticados e tratados num centro de referência de Ginecologia Oncológica.

Metodologia: Estudo retrospetivo analítico das doentes diagnosticas de cancro do endométrio de janeiro de 2018 a outubro de 2021: Grupo 1 (G1) – pré pandemia – 01.11.2018 a 29.02.2020 e Grupo 2 (G2) – durante a pandemia – 01.06.2020 a 31.10.2021

Resultados: Obtivemos um total de 140 casos de cancro do endométrio: 69 no G1 e 71 no G2. A maioria encontravam-se na pós-menopausa (92.8% e 91.5%), com idade média de 69.62 anos [30-97]-G1 e 68.52 anos [43-88]-G2 (p=0.563).

O principal sintoma foi a hemorragia uterina pós-menopausa (89.7%-G1 e 81.4%-G2 p=0.178).

O diagnóstico foi realizado mais frequentemente por histeroscopia diagnóstica (50.7%-G1 e 78.9%-G2, p<0.001) ou por biópsia do endométrio isolada (34.8%-G1 e 7%-G2 p<0.001).

Não houve diferenças significativas relativamente ao diagnóstico de tumores em estádios avançados (FIGO ≥ III) (33%-G1 e 23%-G2 p=0.154).

Foram submetidas a cirurgia ab initio 81.2%-G1 e 90.1%-G2 (p=0.084). Foram submetidas a cirurgia após QTNA 4.3%-G1 e 2.8%-G2 (p=0.678).

Não houve diferenças significativas no que diz respeito à via de abordagem cirúrgica, quer seja por laparotomia (55%-G1 e 47%-G2 p=0.362), quer seja por laparoscopia (40%-G1 e 44%-G2 p=0.630).

Foi omitida avaliação ganglionar em 17.9% e 20.3% dos casos, respetivamente (p=0.598).

Registaram-se 5 (8.5%) complicações pós-operatórias-G1 e 10 (15.2%)-G2 (p=0.270) e o tempo de internamento médio foi 4 e 5 dias (p=0.056).

Quanto ao tipo histológico a maioria dos tumores eram adenocarcinomas tipo endometrioide (85.5%-G1 e 76.6%-G2 p=0.221).

O estadiamento final de acordo com a classificação da FIGO foi na maioria IA (50.9%-G1 e 53.1%-G2 p=0.809) ou IB (30.9%-G1 e 23.3%-G2 p=0.359).

Conclusões: O número de carcinomas do endométrio manteve-se estável e sem diferenças encontradas no número de estádios avançados. Houve apenas um menor número de diagnóstico por biópsia isolada do endométrio, talvez por um menor número de consultas presenciais. Todos os restantes parâmetros avaliados não mostraram diferenças significativas, demonstrando estabilidade de cuidados prestados durante a pandemia a estas doentes.

CO 02

PREDIÇÃO DO RESULTADO CIRÚRGICO EM PACIENTES COM CANCRO DO OVÁRIO AVANÇADO

Patrícia Pinto[1]; Roman Kocian[2]; Filip Fruhauf[2]; Jiri Slama[2]; Andrea Burgetová[3]; Martin Masek[3]; David Cibula[2]; Valentina Chiappa[4]; Raffaella Vigorito[5]; Giuseppina Calareso[5]; Mauro Signorelli[4]; Daniela Fischerová[2]

[1]Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; First Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic; [2]Gynecologic Oncology Center, Department of Obstetrics and Gynecology, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague; [3]Radiology, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Prague, Czech Republic; [4]Gynecologic Oncology, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milan, Italy; [5]Radiology, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milan, Italy

Introdução: A cirurgia de citoredução completa, sem doença residual no fim da cirurgia, determina a sobrevivência em geral das pacientes com cancro do ovário não só na cirurgia primária mas também na cirurgia de intervalo, após quimioterapia neoadjuvante.

Objetivos: O objetivo do estudo foi testar a não inferioridade da ecografia em relação à tomografia computorizada (TC) e à ressonância magnética com difusão de corpo inteiro (RM) na predição do resultado cirúrgico em pacientes com cancro do ovário/trompa/peritoneu.

Material e métodos: Foram recrutadas pacientes propostas para cirurgia de cancro do ovário. Estas realizaram previamente à cirurgia: ecografia, TC e RM, de acordo com um formulário de avaliação. Os resultados foram comparados com os dados intraoperatórios complementados pelos dados histopatológicos. Os critérios de irressecabilidade utilizados foram os definidos pela *European Society of Gynecologic Oncology* (ESGO).

Resultados: Entre janeiro de 2020 e julho de 2021 foram selecionadas 59 pacientes em dois centros europeus de ginecologia oncológica. Destas, 49 (83%) apresentavam um estadio avançado e 10 (17%) estavam num estadio inicial. 80% das pacientes submetidas a cirurgia de citoredução tiveram um resultado cirúrgico sem doença residual (R0). Relativamente à predição de ressecabilidade, a ecografia obteve os melhores resultados com AUC de 0.85, sensibilidade de 91,3% e especificidade de 85,7%. A TC e a RM apresentaram resultados semelhantes: a TC obteve uma AUC de 0,79, sensibilidade de 88,6% e especificidade de 68,8% e a RM uma AUC de 0,78, sensibilidade de 87,5% e especificidade de 86%.

Discussão/Conclusões: Este é o primeiro estudo prospetivo a documentar o potencial papel da ecografia na predição de ressecabilidade de pacientes com cancro do ovário comparado ao método de eleição (TC) e um método novo (RM com difusão de corpo inteiro).

CO 03

DOENÇA DE PAGET DA VULVA: REVISÃO DOS ÚLTIMOS 20 ANOS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA

Rita Silva[1]; Marta Gomes de Melo[2]; Lúcia Correia[3]; Ana Francisca Jorge[3]

[1]Hospital Vila Franca Xira; [2]Hospital Vila Franca Xira; [3]Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: A doença de Paget da vulva é uma neoplasia glandular intraepitelial (adenocarcinoma *in situ*) que representa menos de 1% das neoplasias vulvares e se associa a um adenocarcinoma invasivo em 10 a 20% dos casos. Afeta predominantemente mulheres pós-menopáusicas e os sintomas de apresentação são mais frequentemente o prurido e o desconforto vulvar. Macroscopicamente as lesões apresentam um aspeto eczematóide, sendo o diagnóstico histológico.

Objetivo: Avaliar os resultados das doentes com o diagnóstico de doença de Paget da vulva do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.
Material e métodos: Estudo coorte retrospetivo por consulta dos processos clínicos dos casos de doença de Paget da vulva diagnosticadas durante o período de 2000 a 2020. Foram analisadas as seguintes características: idade, sintomas reportados, extensão da doença, neoplasias associadas, tipo de cirurgia, complicações pós-operatórias, estado das margens cirúrgicas, tempo de *follow-up* e existência de recidiva. A análise dos dados foi realizada com recurso ao Excel® e ao site *Open Epi*®.
Resultados: Foram incluídas 48 doentes com uma idade mediana de 62 (48-88) anos. Os principais sintomas foram prurido (44%) e ardor vulvar (12,5%). A lesão era ≥ 4cm em 67% dos casos. Em treze (27%) doentes foram diagnosticadas neoplasia noutras localizações (1 síncrona e 16 metácronas). O tratamento foi cirúrgico em 98% dos casos (n=47), maioritariamente através da excisão simples da lesão (n=46, 96%) com plastia com retalhos locais (n=16, 34%). Na avaliação histológica 81,2% dos casos apresentavam pelo menos uma margem cirúrgica positiva e foram identificados 4 casos (8,3%) de Paget invasivo. Verificaram-se 7 complicações pós-operatórias: 5 deiscências e 2 infeções da ferida operatória. Num tempo mediano de *follow-up* de 45,5 (5-240) meses a taxa de recidiva vulvar foi de 56,3%. Não se verificou uma associação entre a positividade das margens cirúrgicas e a recidiva da doença (valor p>0,999).
Discussão/Conclusões: Tendo em conta a alta taxa de recorrência da doença e o facto de esta poder verificar-se vários anos após o tratamento, recomenda-se um *follow-up* prolongado com exame cuidadoso da vulva. A positividade das margens cirúrgicas não parece estar correlacionada com a recorrência da doença, devendo-se protelar a re-excisão para quando houver evidência clínica de recidiva.

CO 04

PRECISÃO DIAGNÓSTICA DA PESQUISA DO GÂNGLIO SENTINELA NO CANCRO DO ENDOMÉTRIO

Kristina Hundarova; Raquel Sousa; Cláudia Andrade; Cristina Frutuoso; Fernanda Águas
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O risco de envolvimento ganglionar no cancro do endométrio varia de acordo com as características e extensão do tumor primário. A biópsia do gânglio sentinela (BGS) tem sido considerado uma alternativa à linfadenectomia sistemática pélvica e lombo-aortica na avaliação ganglionar e com menor morbilidade associada.
Objetivo: Avaliar a precisão diagnóstica e a taxa de deteção da técnica de BGS em doentes com cancro do endométrio em estádios iniciais, num centro de referência de ginecologia oncológica.
Material e métodos: Estudo retrospetivo analítico das doentes com cancro do endométrio no estádio I ou II da FIGO diagnosticados entre outubro de 2018 e outubro de 2021 submetidas a BGS.
A BGS foi realizada com verde de indocianina, injectado a nível cervical, seguido de identificação e remoção dos gânglios por laparoscopia. Em doentes classificados no grupo de risco intermédio ou alto, procedeu-se de seguida ao estadiamento ganglionar sistemático habitual. Foi realizado *ultrastaging* em todos os gânglios sentinelas identificados.
Resultados: Foram incluídas 34 doentes, com mediana de idade de 66 [43-86] anos. O estadiamento clínico foi: IA em 27 doentes (79,4%) e IB em 7 casos (20,6%). O tipo histológico foi carcinoma seroso em 2 casos

(5,9%) e endometrióide em 32 (94,1%), dentro destes, 21 doentes (65,6%) apresentavam grau histológico G1, 7 (21,9%) – G2 e 4 (12,5%) G3.

A taxa de deteção unilateral e bilateral de GS foi, respetivamente, de 94,1% (n=32) e 76,5% (n=26). O número mediano de GS excisados foi de 3 (0 – 9).

Foram encontrados 2 casos de micrometástases (5,9%) – ambos em doentes com estádio clínico IA. A linfadenectomia pélvica foi realizada em 10 doentes (29,4%), e a linfadenectomia pélvica e lomboaortica em 5 (14,7%). Não foi detectada invasão metastática nos restantes gânglios.

Discussão/Conclusões: A pesquisa de gânglio sentinela é segura com elevadas taxas de deteção e acuidade diagnóstica.

A metastização ganglionar nos estádios iniciais do cancro do endométrio é baixa (<10%), o que é comprovado pelos resultados deste estudo. De salientar, que o envolvimento metastático ganglionar foi encontrado em 2 casos que contrariamente não teriam indicação para o estudo ganglionar clássico.

CO 05

ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS VAGINAIS EM MULHERES TRATADAS PARA CARCINOMA DO COLO

Ana Carolina Coimbra[1]; Susana Costa[1]; Raquel Mota[1]; Vera Paiva[1]; Antónia Costa[2]

[1]Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário São João; [2]Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário São João, Departamento da Mulher e da Criança – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN) associa-se a neoplasia prévia noutro local do trato genital inferior e a sua principal causa é a infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV).

Objetivo: Avaliar a ocorrência de alterações citológicas vaginais em mulheres tratadas para carcinoma do colo.

Métodos: Análise retrospetiva de doentes com carcinoma do colo seguidas no Hospital São João em 2020, avaliando ocorrência de alterações citológicas vaginais desde o final da terapêutica oncológica 1ª até 12/2021. Excluídas doentes em paliação ou com menos de 1 ano de acompanhamento. Comparação de variáveis categóricas com teste qui-quadrado e contínuas com teste t de *Student*.

Resultados: Das 93 mulheres incluídas, identificaram-se 82 casos com subtipo histológico epidermóide e 15 adenocarcinomas, a maioria no estadio I (n=48); 14 casos eram HPV negativo ao diagnóstico e 67 doentes foram tratadas cirurgicamente. Durante a vigilância oncológica verificaram-se 34 (36,6%) citologias vaginais alteradas e/ou tipagem HPV+: 6 casos NILM-HPV+ persistente, 12 ASCUS, 10 LSIL, 3 HSIL e 3 carcinoma. O subtipo HPV16 estava presente em 4 doentes, o 18 em 4 e outros subtipos de alto risco em 21 mulheres. A mediana do tempo entre o final do tratamento e a alteração citológica foi 20 meses. Observou-se concordância entre subtipos HPV ao diagnóstico inicial e da alteração citológica em 4 doentes. Realizou-se colposcopia em 19 pacientes: achados minor em 5 e achados major em 2, verificando-se concordância citocolposcópica em 7 doentes. Foram biopsadas 12 doentes, confirmando-se histologicamente 4 casos de VaIN1, 4 de VaIN3 e 2 de carcinoma, 1 resultado insuficiente e 1 atipia. Houve concordância citohistológica em 8 doentes e colpohistológica em 5. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de alterações citológicas vaginais e infeção por HPV16 no diagnóstico inicial (presente em 76,9%; p=0,032). Não foi encontrada associação com a idade ao diagnóstico, imunodepressão, tabagismo, menopausa, tipo histológico, estadio ou grau de diferenciação.

Conclusões: Demonstramos uma taxa de ocorrência de alterações citológicas vaginais em doentes tratadas para carcinoma do colo superior à descrita na literatura, provavelmente devido à vigilância citológica apertada no nosso centro (2-3x/ano). Apesar do tamanho amostral reduzido, identificamos o subtipo HPV16 como fator de risco adverso, condicionando maior risco de desenvolver anomalias citológicas vaginais.

CO 06

LINFADENECTOMIA INGUINOFEMORAL NO CANCRO DA VULVA – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO ONCOLÓGICO NACIONAL

Lúcia Correia; Vera Veiga; Berta López; António Silva Gomes; Ana Francisca Jorge
IPOLFG

Introdução: O inquérito internacional de Jones et al (2021) sobre linfadenectomia inguinofemoral (LIF) no cancro da vulva veio demonstrar que existe uma grande variabilidade no número de procedimentos realizados, na técnica cirúrgica utilizada e nos cuidados perioperatórios prestados.

Objetivos: Descrever a experiência na realização de LIF no cancro da vulva do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil.

Material e métodos: Estudo retrospetivo, observacional, unicêntrico, com inclusão sistemática das LIFs realizadas no tratamento primário do carcinoma pavimentocelular da vulva, entre janeiro de 2017 e dezembro de 2020. Os resultados relativos à técnica cirúrgica e cuidados peri-operatórios foram comparados com os apresentados por Jones et al. Para avaliação da morbilidade foram consideradas complicações a curto e a longo prazo.

Resultados: Foram incluídas 65 doentes [mediana anual 15.5 (15-19)]. As principais indicações foram a existência de um tumor ≥4cm (n=41, 63%) e de metastização ganglionar (n=13, 20%).

Em todos os casos foi realizada profilaxia antibiótica. Cada região inguinal foi abordada de acordo com a seguinte técnica: 1) incisão cutânea oblíqua modificada, 2) remoção dos gânglios inguinais com preservação da veia safena, 3) colocação de dreno aspirativo, 4) encerramento cutâneo com fio de sutura, 5) penso não compressivo.

Foram realizadas 60 LIF bilaterais e 5 unilaterais, num total de 125 regiões inguinais abordadas. A veia safena foi preservada em 99% dos casos. A maioria (n=62, 95%) das doentes teve alta após remoção dos drenos aspirativos. Os drenos foram removidos ao 6º (2º-18º) dia pós-operatório e, em 80% dos casos (n=93), quando o volume drenado era ≤50cc.

A taxa de complicações foi de 72%, sendo a formação de linfocelo inguinal com necessidade de drenagem aspirativa (n=22) e a infeção da ferida operatória (n=19) as mais frequentes.

Conclusões: Os nossos resultados vão de encontro à maioria das respostas obtidas por Jones et al, à exceção do número mediano de procedimentos anuais que, na nossa instituição, é duas vezes superior.

Apesar da experiência e sistematização cirúrgica, a LIF continua a associar-se a uma elevada taxa de complicações (enquadrável nos 66%-88.6% descritos na literatura). Este facto vem reforçar a importância do diagnóstico precoce do cancro da vulva, de modo a que a avaliação ganglionar possa ser realizada através da pesquisa de gânglio sentinela, reconhecidamente associada a menor morbilidade.

CO 07

CLASSIFICAÇÃO E TRATAMENTO ADJUVANTE COM NOVAS GUIDELINES ESGO/ESTRO/ESP NO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO

Beatriz Ferro; João Gama, Mafalda Simões; Mariana Sucena; Cláudia Andrade; Teresa Simões da Silva; Isabel Henriques; Cristina Frutuoso
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Em 2020 foram publicadas novas *guidelines* pela Sociedade Europeia de Oncologia Ginecológica (ESGO), Radioterapia e Oncologia (ESTRO) e Patologia (ESP), onde é incluída a classificação molecular e revistos os grupos de valor prognóstico, alterando assim a terapêutica adjuvante.

Objetivos: Descrever a mudança na definição de grupos de risco prognóstico complementado com a classificação molecular e terapêutica de acordo com as novas *guidelines*.

Material e métodos: Estudo retrospetivo descritivo de doentes com cancro do endométrio operadas e com classificação molecular de setembro de 2020 a setembro de 2021 (n=42).

Resultados: A média de idades de diagnóstico foi 66,6 (55,7-77,5); 23% (n=11) tinham excesso ponderal e 50% (n=21) eram obesas. Os tipos histológicos mais comuns foram o endometrióide (34 casos; 81%) e o seroso (4 casos; 9,5%). Relativamente ao grau nuclear, 28 foram classificados como baixo grau (66,7%) e os restantes como alto. Relativamente à invasão linfovascular, em 34 casos (%) foi focal ou negativa e nos restantes 8 casos (19%) extensa.

Realizou-se pesquisa de gânglio sentinela em 47,6% (n=20), sendo negativo em todos os casos. Realizou-se linfadenectomia pélvica (LP) em 14,3% (n=6) e LP e lombo-aórtica em 26,2% (n=11). Destes, 41,2% (n=7) foram positivos para metástases. O estadiamento FIGO foi IA em 52,4% (n=22), IB em 14,3% (n=6), II em 7,1% (n=3), III em 19% (n=8) e IV em 7,1% (n=3).

De acordo com as *guidelines* antigas e relativamente aos grupos de risco prognóstico, foi baixo em 35,7% (n=15), intermédio em 23,8% (n=10), intermédio-alto em 9,5% (n=4), alto em 19% (n=8) e avançado metastático em 11,9% (n=5).

Foi realizada terapêutica adjuvante em 66,7% (n=28): braquiterapia em 26,2% (n=11), radioterapia (RT) externa pélvica em 7,1% (n=3) e ambas em 26,2% (n=11); quimioterapia (QT) em 35,7% (n=15) e RT+QT em 28,6% (n=12). Com as novas *guidelines* em 2 casos houve alteração do grupo de risco passando de alto para intermédio-alto.

Relativamente à classificação molecular, 47,6% (n=20) foram classificados com perfil molecular inespecífico, 28,6% (n=12) instabilidade de microssatélites, 21,4% (n=9) p53 mutado e 2,4% (n=1) mutação POLE. Com a classificação molecular apenas um caso teria uma alteração do grupo passando para risco intermédio.

Discussão/Conclusões: As novas *guidelines* levaram à alteração na classificação dos grupos de risco prognóstico, nomeadamente, em 3 casos (7,1%) com impacto na necessidade de terapêutica adjuvante.

Comunicações livres

Posters

PO 01

CANCRO INVASOR DO COLO UTERINO APÓS TESTE DE HPV NEGATIVO – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Maria Liz Coelho; Andreia Sousa, António Pinho; Fabiana Castro; Ana Rita Pinto; Fernanda Costa
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: O rastreio de cancro do colo do útero é realizado através do teste de vírus do papiloma humano (HPV), sendo a citologia apenas um exame de triagem perante um teste de HPV positivo. Apenas 15% dos carcinomas endocervicais não se encontram associados a infeção por HPV. No entanto, o diagnóstico de cancro do colo do útero deve ser sempre considerado perante a suspeita clínica. Os autores apresentam dois casos de cancro invasor do colo do útero após teste de HPV negativo.

Descrição dos Casos: 1º caso: Mulher de 54 anos, pós-menopausa, antecedentes irrelevantes e teste de HPV negativo realizado 4 anos antes no contexto do rastreio organizado, foi observada em consulta de Ginecologia por hemorragia uterina anormal. Ao exame ginecológico observou-se lesão cervical com cerca de 3cm, suspeita de malignidade. Foi realizada biópsia da mesma, que revelou tratar-se de um adenocarcinoma endocervical do tipo usual, bem diferenciado. Após estadiamento imagiológico com RMN, que revelou lesão cervical com provável envolvimento dos paramétrios, concluiu-se corresponder a um adenocarcinoma cervical estadio IIB da FIGO, tendo sido proposta para quimiorradioterapia (QTRT).

2º caso: Mulher de 55 anos, pós-menopausa, antecedentes de artrite psoriática sob terapêutica biológica, foi observada em consulta de Ginecologia por coitorragias com 1 ano de evolução. Apresentava teste de HPV negativo realizado 2 anos antes. Ao exame ginecológico observou-se lesão cervical vegetante, com cerca de 3cm e envolvimento da mucosa vaginal contígua. Foi realizada biópsia que revelou um carcinoma espinocelular cervical. A RMN revelou lesão irregular com envolvimento dos paramétrios e margem proximal e anterior da vagina. O doseamento do antigénio do carcinoma de células escamosas (SCC-Ag) encontrava-se aumentado (31,7µg/L). Tendo em conta o estadio IIB da FIGO, foi proposta para QTRT.

Conclusão: Apesar da ocorrência de neoplasia cervical com teste de HPV negativo ser rara, na presença de sintomas ou lesões cervicais suspeitas ao exame ginecológico, o cancro do colo do útero deve ser sempre considerado.

PO 02

CORIOCARCINOMA GESTACIONAL: UMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA RARA

Ana Dagge; Rita Claro Nunes; Rita Silva; Isabel Lobo Antunes; Ana Rodrigues
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: Os coriocarcinomas na gravidez são entidades malignas raras com apresentações clínicas muito díspares, que podem constituir um desafio para o seu diagnóstico.

Descrição do caso: Mulher de 20 anos, PS-ECOG 0, com antecedentes de um aborto espontâneo do 1º trimestre em 2017 e uma mola hidatiforme completa em 2018, tendo cumprido 6 ciclos de quimioterapia com metotrexato e vigilância até à negativação da

beta-hCG. Posteriormente, em 2020 teve um parto eutócico. Em agosto de 2021, recorreu ao serviço de Urgência (SU) por amenorreia de duração desconhecida acompanhada de dor abdominal localizada nos quadrantes inferiores e hemorragia vaginal ligeira com um dia de evolução. O doseamento de beta hCG foi de 43225 mUI/mL. A ecografia pélvica transvaginal revelou uma cavidade endometrial sem estruturas embrionárias, uma formação hipoecogénica paraovárica esquerda com 26x19mm e a presença de líquido livre na cavidade pélvica. Ainda no SU, teve um episódio de hipotensão com lipotímia. Por suspeita de gravidez ectópica e instabilidade hemodinâmica, foi realizada uma laparotomia onde se confirmou a presença de sangue livre na cavidade peritoneal em moderada quantidade e útero deformado à custa de uma estrutura de vascularização aumentada localizada no fundo uterino e região cornual esquerda. Assumiu-se como diagnóstico mais provável uma gravidez ectópica cornual esquerda, tendo sido realizada resseção miometrial em cunha com energia monopolar seguida de salpingectomia esquerda e encerramento do defeito da parede uterina por planos. O diagnóstico histológico da peça revelou tratar-se de um coriocarcinoma gestacional. A beta-hCG teve uma evolução desfavorável, com valores progressivamente mais elevados (2 semanas pós-operatório: 17528 mUI/mL; 3 semanas pós-operatório: 36857 mUI/mL; 1 mês pós-operatório: 59939 mUI/mL). A TAC torácica de estadiamento revelou nódulos pulmonares suspeitos de metastização, o maior com 17mm na base pulmonar direita. Apresentava ainda uma lesão vaginal metastática. Optou-se por realizar quimioterapia com metotrexato 0,4mg/kg de 14/14 dias, tendo cumprido até à data 4 ciclos, com evolução da beta-hCG em plateau. Foi proposta segunda linha terapêutica com EMA/CO (etoposido, metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida e vincristina), que a doente recusou.

Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação clínica invulgar de uma patologia rara.

PO 03

CASO CLÍNICO – APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA ENDOMETRIÓIDE DO ENDOMÉTRIO

Marília Freixo; Cláudia Miranda; Ana Rita Pinto; Fernanda Costa
CHTS

Introdução: O carcinoma do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos, e a 4ª mais frequente na mulher. Cerca de 90% manifestam-se através de hemorragia uterina anormal. A vigilância de rotina com ecografia ginecológica nas mulheres assintomáticas com risco aumentado para carcinoma do endométrio não está recomendada. Os autores descrevem o caso de um carcinoma do endométrio com apresentação atípica.

Descrição do caso: Mulher de 61 anos, pós-menopausa, que recorreu ao SU por perda hemática vaginal escassa após aplicação de antifúngico tópico. Neste contexto foi examinada e constatou-se a presença de 2 formações nodulares de consistência dura na parede anterior da vagina (total com 4cm) e um nódulo no fundo de saco vaginal posterior. Referia ainda dor abdominal hipogástrica com irradiação posterior para o ânus com cerca de 3 meses de evolução e anorexia. A ecografia pélvica revelou tumefação anexial complexa à direita, com 64mm. Do estudo por RMN destacam-se os seguintes achados: massa complexa centrada no ovário direito com 73x67x49mm, heterogénea com componentes quísticos e componente sólido predominante; nódulo ocupando a globalidade do corpo e fundo uterino com 42x46x46mm com captação de contraste; implantes na escavação pélvica no terço superior da vagina

com 30x26x21mm, com outro foco adjacente de 16mm em contacto íntimo com músculo puborectal e outro na vertente anterior do terço proximal da vagina com 24mm, em contacto com a parede posterior da bexiga; adenopatias latero-aorticas esquerdas, claramente metastáticas com 50x14x26mm; massa de tecidos moles no ramo isquiopubico direito com 46mm a provocar destruição cortical óssea e ligeira ascite. A histeroscopia revelou lesão maligna cuja biópsia confirmou carcinoma do endométrio, bem diferenciado. Realizou biópsia de tumefação anexial e completou estadiamento imagiológico com PET. Concluiu tratar-se de um carcinoma endometrióide do endométrio, G1, estadio IV. Em consulta de grupo foi proposta para quimioterapia paliativa e tratamento sintomático.

Conclusão: O carcinoma do endométrio, ao contrário do caso apresentado, costuma manifestar-se por hemorragia genital anómala numa fase precoce, justificando-se o bom prognóstico dos carcinomas de baixo grau. Este caso ilustra a importância de um exame físico geral e ginecológico atento e sistemático na avaliação das doentes. A vulva, a vagina e o colo do útero devem ser avaliados para excluir doença metastizada.

PO 04

CARCINOMA DA GLÂNDULA DE *BARTHOLIN*: UMA NEOPLASIA GINECOLÓGICA RARA

Joana Raposo[1], Mariana Ormonde[1]; Andreia Relva[2]; Margarida Bernardino[2]; Vera Veiga[2]; Vera Sousa[2]; Ana Francisca Jorge[2]

[1]Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada; [2]Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil

Introdução: O cancro da vulva é raro, representando 4% de todas as neoplasias ginecológicas. Os carcinomas da glândula de Bartholin (GB) são ainda mais raros e representam apenas 0,1% a 5% de todos os cancros vulvares. Devido à sua raridade, a sua patogénese não é clara, mas parece estar associada à inflamação crónica e infeção pelo HPV. Como estas lesões são geralmente infiltrativas e de crescimento lento sendo erradamente confundidas com abcessos ou quistos recidivantes, o diagnóstico é frequentemente tardio. O tratamento e a vigilância deste tumor não está estabelecida e a conduta terapêutica é baseada nas diretrizes já existentes para o cancro da vulva. Apresenta-se uma revisão retrospetiva de três casos clínicos tratados e vigiados no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Fernando Gentil, e revisão da literatura.

Resultados: Os três casos apresentados referem-se a mulheres com idades compreendidas entre os 43 e 52 anos e história de abcessos recorrentes da GB ou lesões em vigilância na consulta de Ginecologia com alguns anos de evolução e agravamento súbito do quadro clínico. Foram realizadas biópsias em regime de consulta, uma com o diagnóstico histológico de adenocarcinoma da BG com áreas de células claras e as restantes com o diagnóstico de carcinoma adenóide quístico da GB. A ressonância magnética pélvica excluiu invasão de outras estruturas do pavimento pélvico e não revelou qualquer adenopatia inguinofemoral ou pélvica. Uma das doentes foi submetida a alargamento de margem e as outras duas a excisão radical de lesão vulvar e linfadenectomia inguinofemoral, tendo-se excluído envolvimento linfovascular ou disseminação loco-regional. A doente com adenocarcinoma com células claras foi submetida a radioterapia externa adjuvante devido a margem cirúrgica interna curta (1mm). No período de vigilância não se verificou nenhuma complicação major. No entanto, um dos casos de carcinoma adenoide quístico apresentou recidiva locor-egional aos 6 anos de vigilância pós-operatória.

Conclusão: O carcinoma GB é extremamente

raro e não se encontra associado a nenhum sinal ou sintoma específico. O tratamento e vigilância ainda são extrapolados das *guidelines* de cancro da vulva, devido à sua raridade. O diagnóstico e tratamento precoces, antes do envolvimento linfático, parecem determinantes para o prognóstico a longo prazo, pelo que é fundamental um alto grau de suspeição desta patologia perante casos de mulheres de meia-idade com história de quisto/abcesso GB recorrente.

PO 05

CARACTERIZAÇÃO DAS DOENTES COM CANCRO DO COLO DO ÚTERO DIAGNOSTICADO NO RASTREIO

Mariana Ormonde[1]; Inês Gomes[2]; Rita Luz[2]; Ana Quintas[2]
[1]*Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada*; [2]*Hospital Garcia de Orta*

Introcução: O HPV é responsável por mais de 95% dos cancros do colo do útero. Em Portugal, o rastreio organizado deste cancro baseia-se no teste de HPV, associado a citologia reflexa (se HPV não 16/18). Em Portugal, estima-se que o rastreio organizado do cancro do colo se associe a uma redução da mortalidade por esta patologia em cerca de 80%.

Objectivos: Caracterização das doentes diagnosticadas com cancro do colo no âmbito do rastreio organizado, no que respeita a antecedentes e avaliação inicial em consulta hospitalar, no Hospital Garcia de Orta.

Material e métodos: estudo observacional retrospetivo com análise descritiva, recorrendo ao SPSS, após consulta do processo clínico das doentes supracitadas, observadas em três anos (2019-2021).

Resultados: Foram estudadas 18 doentes, com média de idades de 49.3±10.4 anos (mínimo 30 e máximo 65 anos). Metade das doentes (n=9) eram multíparas e metade (n=9) eram fumadoras. Cerca de 72.2% (n=13) das doentes referiu nunca ter realizado citologia cervical/teste de HPV. Das restantes (n=4), três tinham história prévia de ASCUS e uma de LSIL, sendo que, o tempo médio desde a última citologia era de 3.8±2.7 anos. Nenhuma doente apresentava antecedentes familiares de cancro do colo. Metade das doentes (n=9) eram pós-menopáusicas e, das doentes em idade fértil, 66.6% (n=6) faziam contraceção, sendo o progestativo oral o método mais usado (50.0%; n=3). Em relação a sintomas, 44.4% (n=8) apresentava coitorragias e 5.6% (n=1) leucorreia fétida. O HPV16 foi o mais frequentemente detetado (66.7%; n=12). A maioria das doentes (72.2%; n=13) apresentava uma ZT tipo 3 em colposcopia. A mesma mostrou-se não adequada em 27.8% (n=5) dos casos. A impressão colposcópica foi concordante com carcinoma em 38.9% (n=7) e a biópsia dirigida com pinça revelou carcinoma em apenas 33.3% (n=6). Em 83.3% (n=15) das doentes foi realizada excisão da ZT, sendo a conização com agulha o método preferido (73.3%; n=11). No total, foram diagnosticados 12 casos de Carcinoma Pavimentocelular (66.7%) e seis de Adenocarcinoma (33.3%).

Discussão/Conclusões: Verifica-se que, nesta população, as doentes apresentavam alguns dos fatores de risco associados ao cancro do colo, tal como o uso do tabaco ou a multiparidade. Além disso, a maioria nunca tinha efetuado rastreio anteriormente e não apresentava sintomas. Embora a impressão colposcópica seja relevante, o estudo anatomopatológico da biópsia dirigida e/ou conização apresenta um papel essencial neste contexto.

PO 06

CANCRO DO COLO DO ÚTERO DIAGNOSTICADO NO RASTREIO ORGANIZADO: DO ESTADIAMENTO AO *FOLLOW-UP*

Mariana Ormonde[1]; Inês Gomes[2]; Rita Luz[2]; Ana Quintas[2]
[1]*Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada*; [2]*Hospital Garcia de Orta*

Introdução: O objetivo primordial do rastreio do cancro do colo é o diagnóstico e tratamento de lesões pré-neoplásicas ou de cancro em estadios iniciais. Este rastreio associa-se a uma redução de cerca de 80% na mortalidade pelo cancro do colo e, ainda, evita a morbilidade associada a tratamentos mais radicais.
Objectivos: descrever e avaliar o estadiamento, tratamento e *follow-up* de doentes que foram diagnosticadas com cancro do colo no âmbito do rastreio organizado, no Hospital Garcia de Orta, entre 2019-2021.
Material e métodos: estudo observacional retrospetivo com análise descritiva, realizada no SPSS, após terem sido consultados os processos clínicos das doentes supracitadas, observadas num período de três anos.
Resultados: Foram estudadas 17 doentes, com média de idades de 49.8±10.5 anos (mínimo 30 anos e máximo 65 anos), o que corresponde a 1,2% do total de mulheres consultadas a nível hospitalar no âmbito do rastreio (n=1554). No que respeita ao estadiamento, 41.2% (n=7) sete doentes encontravam-se no estadio IA1 (41.2%), duas no estadio IA2, cinco no estadio IB1 (29.4%), uma no estadio IB2, uma no estadio IIA2 e uma no estadio IIB2. Apenas duas doentes realizaram quimiorradioterapia como terapêutica inicial (11.8%). A maioria das doentes foi submetida a cirurgia (76.5%; n=13), sendo a Histerectomia Radical tipo C1 a realizada em maior número de doentes (38.5%; n=5). Foi, ainda, realizada Histerectomia Radical tipo B1 em três doentes (23.1%), Histerectomia Total Abdominal em três doentes (23.1%) e Histerectomia Vaginal em dois casos (15.4%) (uma delas assistida por laparoscopia). Também, foi realizada salpingooforectomia na grande maioria dos casos (76.9%; n=10). Apenas uma doente teve necessidade de radioterapia adjuvante (7.7%). Até ao momento, a média de tempo de seguimento pós-tratamento é de 14.9±7.5 meses, e não se verificou qualquer caso de persistência, recorrência ou óbito.
Discussão/Conclusões: Embora a amostra deste estudo seja escassa, os dados são corroborados por estudos de maior dimensão que reportam que, doentes com cancro do colo diagnosticadas em rastreio apresentam, na maioria, estadios inicias da doença e boa sobrevivência total e livre de doença.

PO 07

CANCRO DO COLO DO ÚTERO LINFOEPITELIOMA-*LIKE* – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Beatriz Bettencourt Silva; Vanessa Silva; Joana Pereira; Filipa Brás; Maria José Pires; Pedro Vieira de Castro
Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: O cancro do colo do útero (CCU) afeta 10,7/100 000 mulheres portuguesas. O carcinoma espinocelular (CEC) é o subtipo histológico mais comum (70%) e o carcinoma linfoepitelioma-*like* (CLEL), considerado uma variante rara de CEC, representa apenas 0,7% de todos os CCU. A sua patogénese permanece por esclarecer, tendo em conta a associação do CLEL nasofaríngeo com o vírus Epstein-Barr (EBV) e do CEC com HPV de alto risco (-AR).
Descrição do caso: Mulher de 40 anos, caucasiana, nulípara, obesa, sem antecedentes de relevo, referenciada ao serviço de Urgência por hemorragia uterina anormal sob contraceção oral combinada. Realizou a últi-

ma citologia cervicovaginal há 4 anos, com resultado NILM. Ao exame ginecológico objetivou-se uma massa vegetante de 3cm (das 3 às 9horas), friável, com ulceração central, sem aparente extensão à vagina ou paramétrios. A ecografia pélvica revelou massa bem delimitada no cérvix, com ampla vascularização, sem outras alterações no endométrio ou anexos. O resultado das biópsias sugeriu um CEC com características de CLEL. A pesquisa de HPV-AR detetou HPV18. O rastreio de HIV foi negativo e a serologia EBV compatível com infeção passada. A ressonância magnética confirmou uma massa cervical de 3x2,5x2cm, sem sinais de invasão da vagina, paramétrios, ou nódulos linfáticos. Foi proposta para histerectomia radical, com salpingectomia bilateral, ooforectomia unilateral e linfadenectomia pélvica bilateral, realizada sem intercorrências. O exame histológico confirmou um CEC pouco diferenciado, com áreas de CLEL, dimensão máxima de 3,6cm, invasão até 2cm, limitado ao cérvix (estadio IB2, classificação FIGO 2018). A doente mantém vigilância em consulta, sem evidência de doença.

Conclusão: De acordo com estudos de séries, a maioria dos CEC linfoepitelioma-*like* são diagnosticados em estadio precoce, com hemorragia uterina anormal e uma massa <4cm. Essa característica parece contribuir para o melhor prognóstico comparativamente aos outros CEC. Histologicamente caracteriza-se pelo infiltrado linfoplasmocítico proeminente e essa resposta imune poderá agir como "barreira" à sua invasão. A maioria dos casos reportados foram tratados com cirurgia, permanecendo livres de doença durante o *follow-up*, com sobrevida a 5 anos >90%.

PO 08

RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO BOTRIÓIDE DO COLO UTERINO: UM TUMOR RARO DIAGNOSTICADO NA IDADE ADULTA

Rita Silva[1]; Ana Claudia Lopes[2]; Vera Sousa[3]; Andreia Relva[3]; Ana Francisca Jorge[3]
[1]Hospital Vila Franca Xira; [2]Centro Hospitalar Barreiro Montijo; [3]Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPO)

Introdução: Os rabdomiossarcomas são tumores malignos dos tecidos moles com origem nas células mesenquimatosas musculares. Correspondem a 2% dos tumores em adolescentes e adultos jovens e histologicamente podem ser divididos em embrionário, alveolar e indiferenciado. O embrionário é o mais comum podendo ser subdividido em clássico, botrioide e de células fusiformes. O subtipo botrióide corresponde apenas a 6% dos casos sendo extremamente raro no colo uterino. O diagnóstico é confirmado por biópsia e o tratamento e prognóstico estão diretamente dependentes do estádio.

Descrição do caso clínico: Mulher de 26 anos, multípara, sob contraceção com progestativo oral, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, obesidade e síndrome ovário poliquistico. Foi observada por hemorragia uterina anómala, destacando-se a presença de múltiplas formações polipóides de tamanho variável entre 2 e 4cm, com origem aparente no endocolo. Ao toque rectal sem envolvimento aparente dos paramétrios e parede íntegra. Foi submetida a vaginoscopia e histeroscopia tendo sido realizada polipectomia de um dos fragmentos, cujo diagnóstico histológico revelou um rabdomiossarcoma embrionário variante botrioide. Para estadiamento foi realizada ressonância magnética que confirmou a presença de "lesão tumoral polipóide endometrial apensa à parede fúndica esquerda posterior, com distensão de toda a cavidade endometrial, cervi-

cal e vaginal ate ao terço inferior, sem sinais de invasão dos mesmos, com características de malignidade" e TC toraco-abdomino-pélvico que confirmou a lesão documentado pela RM, sem doença à distância. Em consulta de decisão terapêutica foi decidida proposta cirúrgica tendo a doente sido submetida a uma histerectomia total com salpingectomia bilateral seguida de terapêutica adjuvante com quimioterapia. O resultado histológico da peça cirúrgica confirmou a origem do tumor na transição do endocolo para o endométrio. Atualmente encontra-se em *follow-up*, sem evidencia clínica ou imagiológica de recidiva.

Conclusão: O diagnóstico do rabdomiossarcoma embrionário impõe um grande desafio clínico sendo fulcral a atuação de uma equipa multidisciplinar experiente num centro de referência. No entanto, dada a raridade e limitação de dados na literatura, não está padronizada a melhor conduta perante este tipo de tumor e a utilização da terapêutica adjuvante, sendo por isso, importante a publicação e apreciação do mesmo.

PO 09

"A PERSISTÊNCIA DE TESTE HPV POSITIVO COM ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS MINOR. QUAL A CONDUTA SEGUINTE?"

Vitor Caeiro
Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira

Introdução: A nível mundial, o cancro do colo do útero (CCU) é o 4º cancro mais comum que afecta as mulheres. O rastreio tem mostrado reduzir significativamente a mortalidade por CCU. Em Portugal, foi adotado o teste de HPV como o método de rastreio organizado. No algoritmo do presente rastreio, as mulheres que têm, de forma consecutiva, teste de HPV de alto risco positivo, independentemente do resultado da citologia ou do tipo de HPV, e sem displasia, são orientadas para colposcopia. Esta conduta não é consensual. O objectivo do nosso estudo, foi verificar se esta orientação é a mais aconselhada.

Materiais e métodos: Estudo transversal, retrospectivo, de 5227 mulheres submetidas a rastreio de conveniência do CCU, durante um período de cinco anos (2012-2017). Os testes de HPV foram todos realizados pelo Cobas®4800 HPV. Incluíram-se as mulheres que frequentaram a Consulta de Ginecologia que tiveram o primeiro teste de HPV positivo e algum tipo de *follow-up*. Foram analisados os resultados dos testes de HPV, os estudos citológicos e as biopsias a que as doentes foram submetidas, durante aquele período. Os dados obtidos foram objeto de estudo estatístico descritivo e comparativo.

Resultados: Dos 6003 testes HPV realizadosàs 5227 mulheres rastreadas, 765 foram positivos, tendo sido estudados 141 casos que tinham teste de HPV positivo (com citologia NILM ou inflamação, ou ASC-US e LSIL, mas colposcopia sem lesão, ou histologia sem displasia) e que repetiram pelo menos uma vez o teste de HPV. Das 141 mulheres estudadas, a 6 mulheres foi diagnosticado HSIL durante o período de *follow-up*. Todos os casos de HSIL foram diagnosticados ao 2º teste de HPV.

Conclusões: No presente estudo, conclui-se que as mulheres no âmbito do rastreio do CCU, com dois testes de HPV positivos consecutivos, independentemente do resultado da citologia, devem ser orientadas para colposcopia.

PO 10

ESTUDO DE NOTORIEDADE – O CANCRO DO OVÁRIO EM PORTUGAL: CONHECIMENTO E PERCEÇÕES

Bruno D´Almeida; Tânia Saraiva; João Duarte
GSK Portugal

O cancro do ovário é o sétimo tipo de cancro mais comum entre as mulheres e aproximadamente 314 mil são diagnosticadas a cada ano globalmente, sendo a oitava causa mais frequente de morte por cancro entre as mulheres. Cerca de 207 mil mulheres morrem, anualmente e em todo o mundo, vítimas de cancro do ovário. Todas as mulheres estão em risco de ter cancro do ovário, com 1 em cada 78 mulheres a poder vir a desenvolver a doença durante a vida. A previsão é que, até 2035, a incidência mundial de cancro do ovário aumente 55% e a mortalidade suba 67%. Em média, 600 portuguesas são diagnosticadas anualmente com cancro do ovário. Devido ao tipo de sintomas inespecíficos apresentados, a maioria dos diagnósticos surge já em fase avançada.

Não existe até à data, nenhum estudo que avalie a percepção do cancro do ovário dentro da população portuguesa.

O objectivo deste estudo telefónico de natureza quantitativa foi:

- Identificar a notoriedade do cancro do ovário dentro das doenças oncológicas no global e dentro das doenças oncológicas relacionadas com as mulheres.
- Identificar o grau de proximidade com o cancro do ovário, bem como o nível de conhecimento da população sobre a patologia.
- Avaliar a importância das Associações de Doentes no apoio aos doentes oncológicos.

Este é o 1º estudo a nível Nacional sobre a notoriedade do cancro do ovário.

Após a análise das respostas de 1012 indivíduos participantes neste estudo, verificou-se entre outros que:

- O cancro do ovário ocupa uma posição muito baixa na tabela de conhecimento (10ª posição) sendo o cancro da mama o mais referenciado.
- Preocupantemente, quase metade das mulheres portuguesas (44%) descuida a sua saúde ginecológica e não frequenta consultas de especialidade por não considerarem necessário.
- As associações de doentes são consideradas um pilar fulcral no apoio aos doentes oncológicos, que podem ter um papel fundamental não só no apoio aos doentes, mas na sensibilização da população geral sobre as doenças oncológicas.

PO 11

IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NOS CUIDADOS DE SAÚDE NA CONSULTA DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

Ana Catarina Borges; Catarina Pardal; Bárbara Ribeiro; Carla Monteiro; Paula Serrano; Isabel Reis
Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital de Braga

Introdução: Devido à pandemia COVID-19, verificou-se uma sobrecarga do SNS com necessidade de ajustar de forma urgente o acesso dos doentes aos cuidados de saúde. O funcionamento da consulta de ginecologia oncológica (CGO) sofreu alterações, com impacto para os profissionais de saúde e para os doentes.

Objetivo: Avaliar o impacto das medidas adotadas nos cuidados de saúde nas doentes com cancro ginecológico e a sua perceção das mesmas.

Métodos: Estudo prospetivo, observacional descritivo e analítico que decorreu no serviço de Ginecologia do Hospital de Braga entre abril e maio de 2021, através de um inquérito realizado às doentes vigiadas na CGO, constituído por 3 partes: situação pessoal perante

a pandemia, alterações no follow-up e perspetiva das doentes com cancro ginecológico durante este período.

Resultados: Responderam ao inquérito 69 mulheres, cuja idade variou entre os 29 e 91 anos (mediana 62 anos). Das mulheres incluídas, 34.8% tinha diagnóstico de cancro uterino, 33.3% do ovário, 27.5% do colo uterino, 2.9% da vulva e 1.4% da vagina. Quarenta e três mulheres (62%) referem ter sentido ansiedade e 44.9% depressão durante a pandemia. Apenas 2 mulheres tiveram infeção por Sars-Cov2, sem necessidade de internamento e 80% classificam como boa a sua saúde global durante a pandemia. Devido à pandemia, 17.4% tiveram a CGO adiada e 44.9% tiverem CGO não presencial, sendo que 80.6% consideram que a orientação obtida nessa consulta foi suficiente e 67.7% afirmam que a satisfação com esta consulta foi a mesma que com o modelo presencial. Durante a pandemia 18.8% tiveram que se dirigir a um serviço de urgência por sintomas relacionados com a sua doença oncológica e 3 mulheres tiveram recidiva. Relativamente às medidas de segurança no acesso à consulta, foram consideradas suficientes por 53.6% das mulheres e 36.2% admitem ter faltado à CGO por medo de contrair COVID-19. Em suma, 97.1% considera não notar diferenças no seguimento da sua doença antes e depois da pandemia classificando como 9.9±0.4 (0-10) a atenção recebida pelo seu médico.

Conclusão Apesar das alterações no *follow--up* das doentes com cancro ginecológico na CGO durante a pandemia, a maioria das doentes considera não ter havido diferenças no seguimento da sua doença classificando como boa a sua saúde global neste período.

PO 12

QUALIDADE NO ACOMPANHAMENTO DE GRÁVIDAS E PUÉRPARAS NUMA UCSP

Dinis Costa Oliveira; Joana Oliveira;
Marta Montenegro
UCSP Montemor-o-Velho

O acompanhamento adequado da gravidez é crucial para reduzir a mortalidade materno-fetal e infantil, devendo incluir consulta pré-concecional, rastreio do cancro do colo uterino, acompanhamento periódico, suplementação com ácido fólico, iodo e ferro, realização dos rastreios analíticos e ecográficos, vacinação contra a tosse convulsa e antigripal, profilaxia da isoimunização Rh e revisão do puerpério. A pandemia afetou a prestação de cuidados de saúde primários, pela redução de atividade assistencial, mas é fulcral assegurar a prestação de cuidados de saúde grávidas, puérperas e recém-nascidos.

Neste trabalho de qualidade técnico-científica, procurámos avaliar e melhorar a qualidade de prestação de cuidados de saúde materna.

Realizámos uma 1ª avaliação em maio de 2021 às 137 grávidas com filhos nascidos em 2020. De seguida, apresentámos esta avaliação em reunião de serviço, assim como o novo protocolo de atuação na consulta de saúde materna. Realizámos uma 2ª avaliação em dezembro de 2021 às 66 grávidas com filhos nascidos em 2021. Em cada avaliação, verificámos a realização de consulta pré-concecional, a suplementação com ácido fólico e iodo, a atualização de colpocitologia, os registos ecográficos, os registos de avaliação por enfermagem, a realização de consultas de vigilância (consulta no 1º trimestre e ≥6 consultas de vigilância) e consulta de revisão do puerpério.

Na primeira avaliação verificamos: 30% de grávidas com consulta pré-concecional; 94% com consulta no 1º trimestre; 67% com ≥6

consultas; 62% com revisão do puerpério; registos ecográficos em 59% (1º trimestre), 53% (2º trimestre) e 38% (3º trimestre); 73% com suplementação com iodo e ácido fólico; 54% com colpocitologia atualizada; 31% com ≥5 registos de peso/TA/Combur. Na segunda avaliação verificamos uma melhoria importante em 7 dos 10 parâmetros avaliados, sobressaindo os registos de peso/TA/Combur (melhoria de 100%), a realização de consulta pré-concecional (melhoria de 27%), a realização de ≥6 consultas (melhoria de 22%) e a suplementação e o registo ecográfico do 3º trimestre (melhorias de 16%).

Entre as duas avaliações realizadas, verificou-se uma melhoria geral no cumprimento dos indicadores de qualidade de prestação de cuidados. A apresentação do protocolo de atuação na consulta de vigilância de saúde materna poderá ter surtido efeito benéfico na atividade dos médicos e enfermeiros de família, minimizando o impacto da pandemia no acompanhamento das situações de gravidez.

PO 13

CARCINOMA DO APÊNDICE COM METASTIZAÇÃO OVÁRICA – A IMPORTÂNCIA DO PADRÃO DOS MARCADORES TUMORAIS

Cláudia Miranda[1]; António de Pinho[2]; Fabiana Castro[2]; Marília Freixo[2]; Ana Rita Pinto[2]; Fernanda Costa[2]

[1]Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães; [2]Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: Os marcadores tumorais (MT) quando aliados à clínica e exames de imagem constituem uma ferramenta importante na abordagem de uma massa anexial. Os MT mais comumente utilizados neste contexto são o Ca125, Ca19.9 e CEA. Apesar do seu uso apresentam baixa sensibilidade e especificidade no diagnóstico de patologia ovárica maligna, podendo estar elevados em diversas patologias ginecológicas e não ginecológicas.

Descrição do caso: Mulher de 52 anos, 5G3P, menopausa aos 48 anos sem história de terapêutica hormonal.

Enviada à consulta de ginecologia por quadro dor abdominal associado a aumento do volume abdominal com agravamento progressivo nos últimos dois meses. Ao exame ginecológico apresentava tumefação pélvica volumosa até ao epigastro, pouco móvel; a ecografia pélvica revelou uma massa pélvica com 211x112mm de ponto de partida anexial. Realizou RM abdominopélvica que confirmou a presença de uma massa heterogénea com 25x21x12cm com maior componente quístico e múltiplos septos e lesões nodulares sugestivas de implantes no fundo de saco de Douglas; sem outras lesões descritas. Analiticamente apresentava elevação dos MT - Ca125 112.1U/mL, Ca19.9 161.9U/mL e CEA 287.6U/mL. O estudo digestivo era negativo.

Foi proposta para laparotomia exploradora com exame extemporâneo da massa pélvica que revelou uma formação nodular totalmente ocupada por material mucóide. Intraoperatoriamente foram objetivados múltiplos implantes de mucina no peritoneu pélvico e epíploon e uma formação suspeita inferior a 2cm na extremidade livre do apêndice. Realizada histerectomia total com anexectomia, omentectomia e apendicectomia após avaliação e colaboração de Cirurgia Geral. O exame histológico definitivo relevou neoplasia mucinosa de alto grau do apêndice ileocecal com envolvimento do ovário esquerdo e superfície externa do útero, trompa esquerda, anexo direto e epíploon – T4a M1c. Enviada para consulta de grupo de Cirurgia Geral estando proposta para cirurgia citorredutora com quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.

Conclusão: A utilização dos MT pode ser útil na abordagem de uma massa anexial, no entanto a sua interpretação não é linear. Este caso clínico ilustra a importância de avaliar-

mos o padrão de elevação dos MT e a sua implicação no diagnóstico. Segundo a literatura um valor de CEA superior a Ca125 pode ser útil para distinguir tumores primários do ovário e lesões metastáticas. Por outro lado, uma razão Ca125:CEA>25 está comumente associada a cancro primário do ovário.

PO 14

NEOPLASIA DO OVÁRIO EM IDADE FÉRTIL – UM DESAFIO MULTIDISCIPLINAR

Carolina Carneiro[1]; Carolina Carvalho[2];
Sofia Raposo[3]; Rita Sousa[3]; Luís Sá[3]; Susana Leitão[1]
[1]Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga; [2]Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Lisboa Central; [3]Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução: Os tumores ováricos da linhagem germinativa (TOLG) representam 20-25% dos tumores ovários e apenas 5% dos malignos.Os teratomas imaturos (TI) juntamente com os maduros com transformação maligna constituem 39% dos TOLG malignos.

Os TI correspondem a menos de 1% dos teratomas ováricos, sendo mais frequentes nas duas primeiras décadas de vida. A taxa de sobrevida aos 5 anos é, em média 91,2%, variando de acordo com o estadio e grau do tumor.

Descrição do caso: 32 anos, 1Gesta 1Para, saudável, episódio de dor na fossa ilíaca direita. Ao exame físico, detetada formação pélvica com extensão até ao nível do umbigo, móvel e livre, aparentemente sem aderências. Na ecografia transvaginal (ecoTV), observada tumefação com 15cm de maior eixo, de conteúdo heterogéneo, envolvendo o ovário direito. Submetida a laparotomia exploradora com anexectomia direita; o exame histológico revelou teratoma imaturo G1 (estadio IA). Decidida vigilância clínica dado o desejo de preservação da fertilidade. No segundo ano de follow-up, apresentou-se com dor pélvica intensa, tendo efetuado os seguintes exames complementares de diagnostico: ecoTV na qual se objetivou massa heterogénea, retrouterina, com 20cm de maior diâmetro; analiticamente com aumento de AFP, CA 125 e CA 19.9. Neste sentido, foi preconizada cirurgia de estadiamento completa. O resultado histológico confirmou um teratoma imaturo G2 (estadio IA). Proposta para quimioterapia adjuvante, que interrompeu por intercorrência cardiovascular. Neste contexto, decidida vigilância clínica; sendo que permanece clinica, imagiológica e analiticamente sem sinais de recidiva ao final do primeiro ano de *follow-up*.

Conclusões: Os TI são neoplasias malignas raras, surgindo frequentemente em mulheres em idade fértil. Tal particularidade constitui um desafio acrescido na orientação clínica dada a necessidade de ser balanceado o desejo de preservação da fertilidade com os potenciais riscos da cirurgia conservadora. Neste caso, a doente apresentou recidiva local mais de um ano após a cirurgia, no ovário restante e com comportamento mais agressivo. No entanto, foi possível cirurgia de citorredução completa. No contexto da intercorrência cardiovascular, não foi possível completar terapêutica adjuvante, pelo que foi decidida vigilância clínica.

Este caso clínico permite relembrar a importância da discussão interdisciplinar e com a doente das alternativas terapêuticas, salientando os riscos e benefícios da cirurgia conservadora.

PO 15

TUMOR BORDERLINE SEROSO BILATERAL DO OVÁRIO – DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO MA IDADE JOVEM

Sara Bernardes Cunha[1]; Patricia Gomes[2]; Vania Ferreira[2]; Susana Leitão[2]; Soledade Ferreira[2]
[1]Centro hospitalar de entre o Douro e Vouga; [2]Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: A taxa de incidência do cancro do ovário (CO) em Portugal é de 9,5/100.00 mulheres representando um tumor com elevada relação incidência/mortalidade. Cerca de 95% dos CO são do tipo epitelial, sendo a idade média do diagnóstico os 63 anos. A sua apresentação em idade jovem conduz ao desafio da tentativa de preservação de fertilidade em mulheres sem planeamento familiar cumprido. O nosso caso clínico apresenta um caso de uma mulher jovem com carcinoma borderline seroso bilateral do ovário.

Caso clínico: Jovem de 17 anos enviada para consulta externa de ginecologia por tumefação anexial de 104 mm. Na ressonância magnética (RM) apresentava uma tumefação anexial complexa com áreas sólidas e analiticamente Ca 125 de 426 mg/dl. Foi decidida anexectomia direita. Exérese da tumefação ocorreu sem rotura. O útero e a cavidade abdominal não apresentavam lesões identificáveis. A histologia do anexo direito revelou carcinoma seroso borderline sem invasão neoplásica da cápsula externa. Foi completado o estadiamento cirúrgico com omentectomia e biópsias peritoneais, que não apresentaram células neoplásicas. Ao terceiro ano de vigilância surgiu tumefação anexial no ovário esquerdo com 51 x 27 mm, áreas sólidas e quísticas, sem vascularização. A RM confirmou lesão complexa com múltiplos quistos simples com componente sólido e contornos irregulares. Não apresentava sinais de metastização nem elevação dos marcadores tumorais. Foi proposta para ressecação em cunha da lesão ovárica na tentativa de manter a fertilidade. A histologia demonstrou recidiva de tumor borderline seroso do ovário com margens imprecisas. Foi então proposta para ooforectomia do ovário remanescente e trompa ipslateral.

Conclusão: Este caso destaca o desafio imposto pelo tratamento assim como a raridade de um carcinoma seroso borderline bilateral na idade jovem. O carcinoma de ovário apresenta uma morbimortalidade considerável. Em mulheres jovens a cirurgia de conservação da fertilidade deve ser considerada. Os casos de carcinoma bilateral podem comprometer a capacidade reprodutiva, assim como condicionar o desenvolvimento de uma menopausa iatrogénica com forte impacto na qualidade de vida e saúde da mulher.

PO 16

TUMORES GINECOLÓGICOS SÍNCRONOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Carneiro[1]; Carolina Carvalho[2]; Sofia Raposo[3], Rita Sousa[3]; Luís Sá[3], Susana Leitão[1]
[1]Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga; [2]Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Lisboa Central; [3]Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução: Os tumores síncronos (TS) do ovário e endométrio surgem em cerca de 10% e 5% dos casos, respetivamente. A distinção entre um foco metastático de um tumor único ou de tumores primários síncronos nem sempre é fácil de se estabelecer. No caso dos TS , a nível ovárico apresentam-se como uma massa unilateral, localizada no parênquima, de baixo grau; a nível endometrial, apresentam-se sem invasão ou apenas com invasão superficial miometrial, ausência de invasão vascular e associação a hiperplasia endometrial.

Descrição do caso: 64 anos, nuligesta, saudável, efetuou, no contexto de estudo de leu-

cocitose, TAC abdominopélvica e ecografia abdominal que identificaram tumefação de provável origem anexial esquerda, com 13cm de maior eixo, e uma segunda formação de 11cm não se conseguindo estabelecer origem da mesma; útero com formação polipóide endometrial. Analiticamente, apresentava elevação do CA125 e CA19-9. Ao exame objetivo, observada volumosa tumefação, pétria, que atingia o epigastro. Decidida laparotomia exploradora, confirmando-se tumefações anexiais bilaterais. Na região anexial direita, observada volumosa tumefação sólida, de características mais suspeitas, pelo que foi enviado para estudo extemporêneo – adenocarcinoma. Neste contexto, foi efetuada histerectomia total, anexectomia esquerda, biópsias peritoneais, omentectomia e citologia das cúpulas diafragmáticas.O exame anatomo-patológico (EAP) revelou adenocarcinoma endometrióide do endométrio com extensão superficial ao endocolo síncrono com adenocarcinoma endometrióide G1 do ovário bilateral. Face aos achados, foi proposta para braquiterapia, quimioterapia e radioterapia adjuvante.

Conclusões: No caso apresentado, a doente apresentou-se sem queixas do foro ginecológico com achado imagiológico de tumefações pélvicas bilaterais. O EAP confirmou neoplasia maligna do ovário síncrona a neoplasia endometrial. Neste sentido, permite-nos relembrar este diagnóstico, que surgiu como hipótese apenas no EAP. Constitui um desafio o esclarecimento acerca da origem dos tumores: se primários sincronos ou se metastático e qual a origem do primário. Neste caso, o diagnóstico mais provável será de TS, apesar de se tratarem de lesões bilaterais, o adenocarcinoma endometrial apenas atinge a metade interna do miométrio e sem sinais de permeação vascular, sendo que as neoplasias ováricas não apresentam envolvimento da superfície ovárica ou tubar; não se confirmando envolvimento do omento ou peritoneal.

PO 17

GRAVIDEZ ANTES E APÓS DOENÇA GESTACIONAL DO TROFOBLASTO: UMA SÉRIE DE CASOS

António Álvaro Pereira de Pinho[1];
Andreia Mota de Sousa[2]; Fabiana Castro[2];
Maria Liz Coelho[2], Marília Freixo[2], Cláudia Miranda[3];
Fernanda Costa[2]; Ana Rita Pinto[2]
[1]Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; [2]Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; [3]Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: A doença gestacional do trofoblasto (DGT) engloba um espectro de entidades benignas e malignas. 2/1000 gestações são molares, sendo estas mais prevalentes nos extremos de idade reprodutiva. A associação entre DGT e o número de gestações anteriores, história de abortamento ou intervalo para gestação anterior é incerta. Estima-se que 2% das mulheres voltem a ter uma nova gestação molar após um primeiro diagnóstico.

Objetivos: Avaliar os desfechos obstétricos antes e após o diagnóstico e tratamento de DGT.

Material e métodos: Análise observacional retrospetiva baseada em processos clínicos de DGT diagnosticada entre 1/1/2018-31/12/2020 no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Resultados: Foram identificados 19 casos. A média de idade ao diagnóstico foi 31 anos. 63% apresentaram-se com metrorragia, 37% ocorreram em mulheres assintomáticas e 2 casos cursaram com tireotoxicose. Em todos os casos foi realizado esvaziamento uterino cirúrgico, com repetição do mesmo em 6 casos. 2 doentes foram submetidas a histerectomia (1 em contexto de dor pélvica crónica e amenorreia secundária a síndrome de Asherman). O período médio até negativação de ß-HCG foi 8 semanas. Histologicamente, 13

corresponderam a mola hidatiforme parcial (MHP), 5 apresentaram critérios mistos entre MHP/Mola hidatiforme completa (MHC) e foi identificado 1 caso de neoplasia do trofoblasto (estadio III;7) com necessidade de quimioterapia. 14 mulheres tinham antecedentes de gestações evolutivas (período médio parto-DGT: 60 meses), 5 eram primigestas e 2 tinham história de abortamento. Após tratamento e até 15/12/2021, 8 tiveram gravidezes bem sucedidas (período médio até parto: 20 meses) e 7 foram diagnosticadas com gravidezes não evolutivas (1 com novo episódio de MHP - taxa de recorrência nesta amostra 5%).

Discussão e conclusões: A precocidade do esvaziamento uterino na DGT tem sido beneficiada pelo recurso generalizado à ecografia/doseamento de ß-HCG, sendo que a DGT frequentemente se revela assintomática. A maioria das doentes nesta amostra apresentava antecedentes de história obstétrica favorável. Mesmo com um período de *follow-up* curto, um número significativo de mulheres levou a cabo uma gestação bem sucedida após tratamento. Ainda assim, o futuro reprodutivo após DGT poderá ser afetado pelos efeitos deletérios do esvaziamento a nível endometrial, quimioterapia, necessidade de histerectomia e impacto psicosocial. A doente deverá ainda ser alertada para a taxa de recorrência de DGT.

PO 18

FOCO DE ENDOMETRIOSE EXTRA OVÁRICA COMO ORIGEM DE CARCINOMA – DA TEORIA A PRÁTICA

Vera Veiga; Berta López; Margarida Bernardino; Vítor Farricha; Lúcia Correia; Ana Francisca Jorge
Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Introdução: A associação entre endometriose e cancro do ovário está bem estabelecida, sendo os subtipos histológicos mais frequentes o carcinoma endometrióide e o de células claras. A transformação maligna em focos de endometriose extra ovárica é menos conhecida.

Descrição do caso: Apresentamos 2 casos de carcinoma associado a focos de endometriose em locais menos usuais:

1- Mulher de 45 anos com achado incidental em TC de nódulo sólido com 10cm adjacente ao ligamento largo esquerdo com caraterísticas de suspeição, tendo sido proposta para cirurgia. Intraoperatoriamente, para além do nódulo descrito, foram identificados implantes na superfície do ovário direito. O exame extemporâneo foi compatível com carcinoma de alto grau, pelo que foi realizada estadiamento cirúrgico para carcinoma epitelial do ovário. O diagnóstico histológico definitivo revelou tratar-se de um carcinoma endometrióide G3 do ligamento largo, estádio IC2. Foi proposta para tratamento adjuvante: quimioterapia com 4 ciclos de carboplatina/paclitaxel e radioterapia sobre leito tumoral e cadeias ganglionares regionais com dose total 50.4Gy/28fr. Aos 2 meses após a adjuvância, a doente não apresentava evidência clínica de doença.

2- Mulher de 52 anos com tumefação inguinal ulcerada com extensão à hemivulva direita com 6 meses de evolução. A biópsia foi compatível com adenocarcinoma favorecendo origem metastática. Num primeiro tempo foi realizada excisão cirúrgica alargada da lesão associada a reconstrução com retalhos locais e linfadenectomia inguinal e pélvica direita. O estudo histológico da peça operatória foi compatível com carcinoma de células claras com origem no ovário ou em foco de endometriose com metastização cutânea e ganglionar. Posteriormente foi submetida a laparotomia para completar estadiamento de carcinoma do ovário. Intraoperatoriamente sem evidência de tumor na cavidade abdominal e pélvica pelo que foi realizado salpingo ooforectomia bilateral, omentecto-

mia, biópsia de gânglios pélvicos esquerdos e lombo-aórticos. O estudo histológico detetou metastização num gânglio pélvico esquerdo. Assim considerou-se tratar-se de um carcinoma células claras do canal de Nuck direito (em foco de endometriose) com metastização ganglionar inguinal e pélvica bilateral. Foi proposta para quimioterapia adjuvante, tendo completado até a data 2 ciclos de carboplatina/paclitaxel.

Conclusão: A raridade destes casos torna o diagnóstico difícil e leva a que a conduta terapêutica seja individualizada.

PO 19

PROGRESSÃO PARA CARCINOMA APÓS TRATAMENTO DE LESÃO DE ALTO GRAU

Gisela Almeida[1]; Margarida Bernardino[2]; Nádia Charepe[3]; Ana Francisca Jorge[2]

[1]Centro Hospitalar de Setúbal; [2]Instituto Português de Oncologia, Lisboa; [3]Maternidade Alfredo da Costa

Introdução: O risco de recidiva e de progressão para carcinoma invasivo de uma lesão de alto grau mantém-se elevado durante 10 anos após o tratamento. Numa revisão da literatura recente, Baalbergen et al, descreve que, numa lesão de alto grau tratada e com margens negativas, existe uma percentagem de evolução para carcinomas de cerca de 0,6%.

Objetivos: Análise casuística dos casos de HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion) tratados que progridem para carcinoma pavimento-celular.

Métodos: Análise retrospetiva da evolução das doentes com lesão de alto grau, tratadas com excisão de zona de transformação, entre 2012 e 2020, no IPO. Foram analisados o tratamento e a vigilância clínica das doentes até agosto de 2021.

Resultados: Da amostra de 653 casos estudados, identificaram-se 3 casos de evolução da doença para carcinoma pavimento-celular, com antecedentes de lesões HSIL, o que representa uma taxa de recidiva de 0.5%. As três doentes foram histerectomizadas, na sequência do tratamento do HSIL cervical.

A idade média foi de 62 anos (56-69), e todas se encontravam em menopausa. A idade de início da vida sexual foi de 20 anos, sendo que, em média, as doentes tinham o mesmo parceiro sexual há 12 anos (4-20). Duas doentes (66%) têm antecedentes de imunossupressão (um dos casos com história pessoal de transplante, outro com medicação crónica para controlo de uma doença autoimune). Um dos casos (1/3) tinha infeção por HPV 16, outro tinha infeção concomitante por HPV 16 e 18, e uma doente tinha infeção por HPV de alto risco, que não o 16 e 18.

Em 2 casos, a recidiva da doença foi identificada na cúpula vaginal, em média 54 meses após cirurgia e num caso, de uma doente com vaginectomia prévia, a recidiva identificou-se junto ao terço superior da vagina remanescente, através de um exame de imagem. Todas se encontravam assintomáticas à data do diagnóstico.

Todas as doentes foram tratadas com quimiorradioterapia e estão, sem sinais de recidiva da doença, com um tempo médio de *follow-up* de 52 meses (36-72 meses).

Conclusão: As limitações deste trabalho estão relacionadas com o facto de o número de casos ser pequeno e limitado a uma única instituição. Contudo, permite reforçar o papel crucial da vigilância após um tratamento adequado de uma lesão de alto grau do colo do útero. A infeção persistente a HPV 16, bem como coexistência de imunossupressão parecem ser fatores prognóstico para uma posterior progressão da doença para carcinoma.

PO 20

O IMPACTO DA PANDEMIA A COVID-19 NOS CARCINOMAS DO ENDOMÉTRIO: CASUÍSTICA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Joana Raposo[1]; Andreia Relva[2];Alexandra Sofia[2]; Margarida Bernardino[2]; Ana Francisca Jorge[2]
[1]Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada; *[2]Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil*

Introdução: O carcinoma do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos. Corresponde à 4ª neoplasia mais frequente na mulher, e representa cerca de 6% dos cancros no sexo feminino. Nos últimos dois anos, a rápida expansão da pandemia por SARS-COV 2 afetou drasticamente os cuidados de saúde, em particular o caso dos doentes oncológicos. A prestação de cuidados oncológicos tem constituído um desafio, devido aos atrasos de consultas presenciais, nos rastreios de rotina, que por sua vez origina uma redução significativa no número de doentes com tumores precocemente diagnosticados durante a pandemia.

Objetivos: Investigar o impacto que a pandemia por SARS-COV2 teve na procura de cuidados de saúde, no tempo de referenciação a um centro especializado, no diagnóstico e tratamento através da correlação dos estádios à data do diagnóstico no primeiro semestre de 2019 comparativamente ao mesmo período de 2021.

Métodos: Estudo retrospetivo e comparativo que incluiu a consulta de processos clínicos de todas a mulheres com diagnóstico de carcinoma do endométrio no primeiro semestre de 2019 e de 2021, no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG). Realizada análise dos dados com recurso ao SPSS e revisão da literatura.

Resultados: Foram estudadas um total de 150 mulheres com carcinoma do endométrio, com média de idades de 70,33 ± 10,26, com um máximo de 98 e um mínimo de 36 anos. Das 76 doentes estudadas em 2019, 7,89% (n=6) classificavam-se no estadio IV à data do diagnóstico. Em 84,21% (n=64) o tratamento primário foi a cirurgia e destas 46,88% (n=30) foram propostas para tratamento adjuvante e 11,84% (n=9) foram propostas para terapêutica neoadjuvante como tratamento inicial.Das 74 doentes analisadas em 2021, 16,21% (n=12) classificava-se no estadio IV à data do diagnóstico. Em 81,08% (n=60) o tratamento primário foi a cirurgia e destas 45,00% (n=27) foram propostas para terapêutica adjuvante e 17,57% (n=13) foram propostas para terapêutica neoadjuvante como tratamento inicial.

Conclusão: Em 2021 foi possível verificar que à data do diagnóstico registou-se uma maior taxa de neoplasias detetadas em estadios mais avançados e com necessidade de terapêutica neoadjuvante como tratamento primário comparativamente a 2019. Desta forma, é de realçar o impacto negativo sentido na área da oncologia ginecológica como resultado da pandemia e salientar a importância de manter os cuidados de saúde, nomeadamente o seu acesso.

PO 21

LEIOMIOMA METASTÁTICO BENIGNO: METASTIZAÇÃO PERITONEAL ABDOMINOPÉLVICA E VASCULAR CARDIOPULMONAR

Susana Correia Costa; Carolina Coimbra; Vera Paiva; Raquel Mota; Antónia Costa
Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: As variantes extrauterinas da leiomiomatose (incidência: 0.25-0.40%) são histologicamente benignas, mas de comportamento invasivo potencialmente agressivo, alta taxa de recorrência e prognóstico consequentemente adverso, requerendo abor-

dagens complexas e multidisciplinares e vigilância apertada

Descrição do caso: Mulher, 57 anos, submetida a histerectomia abdominal e anexectomia bilateral por leiomiomatose uterina. Quinze anos após surge trombose da veia cava inferior (VCI). Progressão dimensional nos três anos seguintes: trombose da veia ilíaca externa, VCI e tronco pulmonar e achado de novo de nódulos pélvicos (suspeita de leiomiomatose pélvica na origem tromboembólica (TE)). O quadro clínico evoluiu para TE pulmonar e insuficiência cardíaca. Submetida a cirurgia cardiotorácica e vascular (arteriotomia da artéria pulmonar, venotomia da VCI e veia ilíaca comum direita para remoção do trombo-sob *bypass* cardiopulmonar). Confirmada leiomiomatose histologicamente. Seis meses após encaminhada para consulta por peso hipogástrico e persistência dos nódulos pélvicos. Tentativa frustrada (por ausência de aferentes vasculares tumorais) de embolização preoperatória do conglomerado pélvico mas com colocação de balões ilíacos pelo risco hemorrágico intraoperatório. Laparotomia exploradora com verificação de nódulos pélvicos subperitoneais (até 10cm) desde fossa obturadora esquerda até veia ilíaca comum direita. Exérese cirúrgica de referido conglomerado. Um ano após, recidiva de leiomiomatose endovascular ilíaca externa e comum com progressão dimensional, submetida a remoção subóptima de leiomioma endovascular e colocação de filtro na VCI para profilaxia de embolia cardiopulmonar. A doente manteve-se em vigilância na consulta de ginecologia durante 8 anos com alta assintomática e sem suspeita de recidiva leiomiomatose abdomino-pélvica ou endovascular

Conclusão: O tempo médio entre a 1ª cirurgia de leiomiomatose uterina e o aparecimento clínico de leiomiomatose endovascular (trombose VCI) foi de 15 anos, quase o dobro do referido na literatura, o que poderá justificar a progressão extensa da doença com repercussão adversa e necessidade de cirurgia complexa. Perante extenso fenómeno TE, (incluindo vasos pélvicos), associado a massas pélvicas, deverá ser colocada a suspeição clínica de fonte TE/invasão endovascular leiomiomatósica. Se citorredução incompleta, ponderar colocação profilática de filtros endovasculares impeditivos de progressão de conteúdos TE.

PO 22

MODALIDADES TERAPÊUTICAS NÃO EXCISIONAIS NA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL (VAIN)

Gonçalo Freitas[1]; Susana Costa[1]; Antónia Costa[2]
[1]Centro Hospitalar Universitário de São João; [2]Centro Hospitalar Universitário de São João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A neoplasia intraepitelial vaginal (VaIN) corresponde a cerca de 1% das neoplasias intraepiteliais do trato genital inferior, com uma incidência de 0.2-0.3 por 100.000 mulheres/ano, predominantemente na pós-menopausa. O principal fator de risco é a infeção pelo papiloma vírus humano (HPV). O tratamento destas lesões mantém-se controverso.

Objetivo: Identificar e comparar as modalidades terapêuticas não excisionais do VaIN: desfechos (Taxa de cura (TR), Taxa de persistência (TP), Taxa de recorrência (TR) e erradicação do HPV), efeitos laterais e contraindicações.

Material e métodos: Pesquisa na literatura desde 01/01/2014 até 30/11/2021 em 4 bases de dados eletrónicas: MEDLINE/PUBMED, *Cochrane Library, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and American College of Obstetricians and Gynaecologists*. Após aplicação dos critérios de exclusão foram incluídos 31 artigos (4, 3 e 24 de nível I, II e III de evidência, respetivamente) perfazendo

um tamanho amostral de 3387 doentes.

Resultados: A ablação por laser de CO2 demonstrou ser uma modalidade terapêutica inicial (n=2010) eficaz em até 90% dos casos. A sua utilização em lesões recorrentes (n=92) demonstrou TC 54.5%-93%, TP 0% e TR 0%-6.3%. A braquiterapia vaginal de altas doses foi principalmente utilizada em lesões de alto grau (n=66) demonstrando TC 71.4%-90%, TP até 5.8% e TR 0%-20%. A terapêutica tópica, nomeadamente, Imiquimod (5%) é útil na abordagem das lesões iniciais (n=181) com TC 25%-98%, TP 11.1%-20% e TR 5.6%. O 5-flouorouracil (5-FU) apresentou TC de 25%-82.2% em lesões iniciais (n=544), TP de 25.5%-75% e TR de 16.4%-94.4%. A aplicação do 5-FU em lesões recorrentes (N=16) associou-se a TC de 62%-72.3%. Cerca de 81% das lesões de baixo grau tendem a regredir espontaneamente e apenas 2.9%-65.4% necessitam de tratamento dirigido. A erradicação do HPV foi de 11%-52.6%; 57.1%; 0%-63% e 28% no tratamento ablativo, braquiterapia vaginal, Imiquimod (5%) e 5-FU, respetivamente.

Discussão/Conclusões: A terapêutica deverá ser selecionada de acordo com a idade, atividade sexual, localização e número das lesões. O tratamento ablativo é a terapêutica mais utilizada e está indicada em mulheres jovens sexualmente ativas, devido à baixa taxa de complicação. A braquiterapia vaginal, devido à sua toxicidade, deve ser reservada para lesões de alto grau e lesões refratárias. Além disso, estas modalidades demonstraram um papel ativo na erradicação do principal fator etiológico destas lesões.

PO 23

TUMOR TROFOBLÁSTICO DO LEITO PLACENTAR – 2 CASOS CLÍNICOS DE UM TUMOR RARO E AGRESSIVO

Ana Isabel Cunha; Rita Ladeiras; Adriano Soares; Maria José Pires; Pedro Vieira de Castro
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

Os tumores trofoblásticos do leito placentar (TTLP) são tumores raros, caraterizados por uma proliferação neoplásica de células do trofoblasto intermediário, com capacidade de invasão do miométrio e linfovascular. Aproximadamente 30% evoluem desfavoravelmente e metade destes são fatais, com metastização e recidiva.

51 anos, G3P2, hipertensão arterial medicada. Recorreu ao SU por atraso menstrual. A ecografia transvaginal demonstrou conteúdo intracavitário heterogéneo com 20 mm de espessura. Analiticamente com aumento da b-HCG (17227). Submetida a aspiração uterina, tendo o exame histológico demonstrado a presença de células do trofoblasto, por vezes pleomórficas, com extensão ao miométrio. Decidida realização de histerectomia total, cujo exame histológico revelou TTLP. Realizada TC crânio-encefálica e toraco-abdomino-pélvica, sem alterações. Após a cirurgia, a b-HCG decresceu para 26, tendo-se tornado negativa 2 meses após a intervenção. A paciente foi encaminhada para o IPO-Porto, onde a revisão das lâminas apontou para a existência de doença não maligna do trofoblasto. Foi pedida avaliação histológica externa que referiu a existência de proliferação do trofoblasto, não podendo excluir a possibilidade de mola hidatiforme. A paciente foi considerada tratada e manteve seguimento com pesquisas de b-HCG durante 1 ano.

34 anos, G3P0 (2 abortamentos espontâneos do 1º trimestre), sem antecedentes de relevo. Recorreu ao SU às 6 semanas de gestação por dor abdominal hipogástrica, tendo-se

verificado gravidez intrauterina com embrião sem atividade cardíaca. Iniciou tratamento médico de abortamento com misoprostol. Após 2 semanas recorreu novamente ao SU por dor abdominal e perda hemática vaginal aumentada. Analiticamente com anemia e na ecografia demonstrado espessamento intracavitário heterogéneo (22 mm). Submetida a curetagem uterina, sem intercorrências. O exame histológico revelou neoplasia trofoblástica com caraterísticas de TTLP. Realizou raio X torácico e ressonância magnética pélvica, ambos sem alterações. Mantém vigilância com doseamento mensal de b- HCG, que se tornou negativa 3 meses após a curetagem.

Os TTLP caraterizam-se por uma baixa resposta à quimioterapia. O tratamento consiste na realização de histerectomia com quimioterapia adicional nos estádios mais avançados. Caso a paciente deseje manter a fertilidade, principalmente em lesões circunscritas, uma abordagem conservadora (curetagem, resseção histeroscópica, quimioterapia) pode ser considerada.

PO 24

LINFOCELOS – APRESENTAÇÃO CLÍNICA INCOMUM DE UMA COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA EM GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

Rita Ladeiras; Joana Sousa Nunes;
Ana Isabel Cunha; Carla Duarte;
Pedro Vieira de Castro
Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: Os linfocelos são uma complicação cirúrgica possível de cirurgia ginecológica oncológica com linfadenectomia pélvica e/ou para-aórtica. Num estudo prospetivo, está descrita uma incidência de 15% de linfocelos após cirurgia ginecológica laparotómica com linfadenectomia, por carcinoma do endométrio. Tratam-se de coleções de linfa extravasada de vasos lesados que ficam envolvidas por uma fina parede fibrótica, sem revestimento epitelial.

A apresentação mais comum é unilateral, essencialmente na cavidade pélvica à esquerda, sendo a grande maioria assintomáticos, podendo, no entanto, causar pressão pélvica, dor ou hidronefrose secundária à compressão externa do ureter. A maioria tem resolução espontânea, no entanto, quando sintomáticos podem necessitar de drenagem guiada por imagem.

Caso clínico: Doente de 65 anos, com antecedentes de 3 partos eutócicos, hipotiroidismo, HTA e um episódio de TEP, com menopausa aos 51 anos, avaliada na consulta de Ginecologia Oncológica por hemorragia vaginal, com posterior diagnóstico histológico de carcinoma endometrióide bem diferenciado (G1). Foi submetida a histerectomia total, anexectomia bilateral e linfadenectomia pélvica e para-aórtica. Após estudo anatomopatológico das peças operatórias, foi classificado como pT1b G1 N0, FIGO IB.

Recorreu ao SU uma semana após cirurgia por dor intensa pélvica à esquerda com irradiação para o membro inferior esquerdo que condicionava dificuldade na marcha, sem melhoria com analgesia.

Realizou TC pélvica que evidenciou 2 coleções loculadas em topografia extra-peritoneal na escavação pélvica, junto aos vasos ilíacos, sugestivas de linfocelos, medindo à direita 11,5 x 5,5 x 3,5 cm e à esquerda 16 x 9 x 5 cm, esta última exercendo efeito compressivo extrínseco deslocando a bexiga para a direita e reduzindo a distensibilidade vesical. Foi ainda objetivada dilatação leve a montante do sistema excretor esquerdo, analiticamente com creatinina de 1.23mg/dL.

A doente foi submetida a drenagem das formações por radiologia de intervenção, com franca melhoria da sintomatologia, tendo tido alta assintomática e com estudo analítico sem alterações 3 dias após o procedimento. O estudo citológico do conteúdo drenado confirmou o diagnóstico de linfocelo.

Conclusão: Este caso clínico relata uma apresentação incomum de uma complicação de cirurgia ginecológica oncológica com linfadenectomia, salientando a importância do seu diagnóstico e de uma intervenção eficaz.

PO 25

MOLA HIDATIFORME INVASIVA METASTIZADA: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

Luís Ferreira de Castro; Ana Andrade; Eugénia Fernandes; Alexandre Morgado;
Rosa Zulmira Macedo
Centro Materno Infantil do Norte / Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A mola hidatiforme (MH) invasiva é uma doença maligna rara que pertence ao grupo das neoplasias trofoblásticas gestacionais (NTG). O tratamento deve ser individualizado com base nos fatores de risco identificados. Reportamos um caso de uma mulher diagnosticada com MH invasiva no seguimento de uma MH completa.

Caso clínico: Mulher de 50 anos, 2G2P, saudável, recorre ao serviço de urgência por hemorragia uterina anormal com 1 mês de evolução. Ao exame ginecológico observa-se uma quantidade moderada de sangue na vagina com perda ativa pelo orifício cervical e o fundo uterino palpável na região umbilical. Na ecografia e TAC visualizou-se um útero volumoso à custa de uma massa intracavitária de 16x16x8cm, constituída por inúmeras áreas quísticas. Analiticamente, destaca-se hemoglobina 6,8 g/dL e ß-hCG 978485 U/L. Optou-se pela curetagem aspirativa ecoguiada após transfusão de concentrado de eritrócitos. O exame anatomopatológico (EAP) do conteúdo aspirado confirmou o diagnóstico de MH completa. Após estabilidade clínica, a doente teve alta hospitalar mantendo uma monitorização semanal da ß-hCG. Em 2 semanas, a ß-hCG apresentou um perfil ascendente (9691 para 18400 U/L), pelo que se optou pela histerectomia total (HT). O EAP da peça cirúrgica revelou lesões de MH completa com invasão do miométrio. Os níveis de ß-hCG expressaram um novo aumento, cerca de 1 mês após a HT. A TAC TAP demonstrou achados compatíveis com metástases pulmonares. Iniciou-se quimioterapia semanal com metotrexato intramuscular 50mg/m2 e, em 7 semanas, os valores ß-hCG normalizaram. A doente continuou com o tratamento por mais 3 semanas e atualmente, encontra-se clinicamente estável, mantendo uma monitorização mensal da ß-hCG.

Conclusão: A MH invasiva ocorre em cerca de 15% das doentes após MH completa. Apesar de ser uma doença maligna, apresenta uma taxa de cura > 90%. No nosso caso, o perfil ascendente sustentado dos níveis ß-hCG, após a aspiração da MH, enquadrava-se numa NTG. Uma vez que a preservação da fertilidade não era desejada, optou-se pela HT que permitiu o diagnóstico histológico de MH invasiva. Embora seja raro, a doença apresentava sinais imagiológicos de metástases pulmonares. A doente foi categorizada como baixo risco (*score* prognóstico OMS/FIGO <7) e portanto, o tratamento foi complementado com monoquimioterapia. Uma avaliação completa e estadiamento permitem selecionar o tratamento mais adequado, aumentando as taxas de cura e reduzindo a toxicidade associada.

PO 26

LEIOMIOSSARCOMA UTERINO: UM CASO CLÍNICO COM UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Jorge Vasconcelos[1]; Mariana Teves[1]; Nuno Maciel[1]; Hugo Gaspar[2]; Laura Sampaio[1]; Carlos Ponte[1]
[1]Hospital do Divino Espirito Santo; [2]Hospital Dr. Nelio Mendonça

Introdução: Os leiomiossarcomas uterinos são neoplasias uterinas raras e com um mau prognóstico. O diagnóstico diferencial com os fibroleiomiomas pode ser difícil, o que tem importância clínica uma vez que estes últimos têm uma prevalência muito superior. As apresentações clínica e imagiológica podem ser em tudo semelhantes nestas duas entidades. No entanto, existem alguns fatores que podem ajudar a guiar a suspeita inicial. Por outro lado, a evidência científica não suporta a teoria de que haja um risco superior de leiomiossarcoma nas pacientes com uma massa uterina de crescimento rápido.

Caso Clínico: Aqui descrevemos um caso de uma senhora de 58 anos, na pós-menopausa, que recorre ao SU por HUA e dor pélvica. À avaliação inicial destaca-se a presença de massa duro-elástica intrauterina com protusão pelo colo uterino para a cavidade vaginal, que levou à suspeita de fibroleiomioma submucoso. O acesso por via vaginal à massa permitiu a realização de uma biópsia cujo resultado favorecia a hipótese de leiomiossarcoma. A doente apresentava marcadores tumorais negativos (CEA, CA 125, CA 19.9 e AFP) e uma RMN-P que revelava uma massa com origem na vertente anterior do útero com 115x67mm de maiores diâmetros e ainda sinais de invasão dos paramétrios e do terço superior da vagina. Na TAC-TAP de estadiamento, a salientar a ausência de envolvimento linfoganglionar e de doença metastática evidente. Assim, após estadiamento completo (Estadio II – T2 N0 M0) e decisão em reunião multidisciplinar, a doente foi submetida a histerectomia radical tipo B e anexectomia bilateral com resseção do terço superior da vagina. Posteriormente, a avaliação anatomo-patológica da peça cirúrgica confirmou tratar-se de um leiomiossarcoma do útero com 150x80x120mm e com resseção aparentemente completa.

Conclusão: Este caso representa uma apresentação clínica pouco frequente de um leiomiossarcoma, nomeadamente a protusão da massa pelo colo uterino para dentro da cavidade vaginal, mas que permitiu facilitar o diagnóstico através da colheita de uma biópsia. Cerca de 33% das pacientes com leiomiossarcoma uterino apresentam doença metastática sendo a via preferencial de disseminação destas massas a via hematogénica. Assim, neste caso, não se identificando disseminação à distância sem envolvimento ganglionar evidente foi possível uma resseção cirúrgica aparentemente completa sem necessidade de linfadenectomia, o que enaltece a importância do diagnóstico atempado.

PO 27

MASTITE GRANULOMATOSA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CANCRO DA MAMA NA GRAVIDEZ

Inês Azevedo de Sá Mendes; Catarina Gama Pinto; Mariana Veiga; Ana Cristina Rodrigues; Lídia Reis; Filomena Nunes
Hospital de Cascais

Introdução: A mastite granulomatosa idiopática é uma entidade rara que mimetiza clinicamente e radiologicamente o cancro da mama. Raramente associada à gravidez, este caso clínico reflete a importância do seu conhecimento de modo a evitar condutas desnecessárias associadas ao diagnóstico e tratamento do cancro mais frequente na mulher.

Descrição do caso: Mulher de 23 anos, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, IO:1011.

Recorre ao SU, grávida de 38 semanas, por dor na mama direita (MD) com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo, o quadrante supero-externo (QSE) da MD apresentava uma tumefação dolorosa associada a edema, calor e rubor, pelo que foi medicada empiricamente com amoxicilina + ácido clavulânico e posteriormente por ausência de melhoria, com clindamicina. Na reavaliação, houve agravamento clínico, apresentando o QSE da MD uma zona de flutuação. Na drenagem do abcesso, houve saída de conteúdo purulento em abundância com cheiro fétido. A grávida manteve-se sempre apirética, analiticamente com parâmetros inflamatórios negativos; a cultura do exsudado foi negativa. O parto decorreu sem intercorrências, optou-se por inibição láctea.

Referenciada à consulta de patologia mamária, apresentava empastamento persistente do QSE da MD associado a lesões cutâneas inflamatórias pelo que se procedeu a biopsias tipo Pouch e Trucut.

Na ecografia mamária observou-se uma coleção subcutânea no QSE com pequenas dimensões.

Os resultados histológicos confirmaram a hipótese diagnóstica de mastite granulomatosa Idiopática.

Houve resolução completa do quadro clínico após 6 meses de terapêutica com corticoterapia. Atualmente, cerca de 2 anos após, teve outra gravidez e mantêm-se assintomática.

Conclusão: A mastite granulomatosa Idiopática é uma entidade rara cuja etiologia, incidência e tratamento ainda estão por definir.

Tal como no presente caso, manifesta-se por uma tumefação, podendo estar acompanhada por dor e outros sinais inflamatórios, alterações cutâneas e adenopatias tornando mandatório o diagnóstico diferencial com carcinoma da mama.

Neste caso clínico os achados ecográficos foram benignos, contudo é usual manifestar-se como uma massa de forma e contornos irregulares, sendo o diagnóstico diferencial realizado através de biopsia Trucut. É raro, estas duas entidades coexistirem.

É fundamental a conhecimento e divulgação desta entidade: o seu diagnóstico atempado evita custos desnecessários e melhora a abordagem da doente.

PO 28

METASTIZAÇÃO INGUINAL ISOLADA NO CARCINOMA DO OVÁRIO

Prescillia Marques; Sara Nunes; Mariana Morais; Inês Sá; Cátia Moreira; Regina Severo; Osvaldo Moutinho

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O carcinoma do ovário é dos cancros ginecológicos com maior mortalidade. A metastização linfática ocorre em 14 a 70% dos casos, particularmente para gânglios pélvicos e lomboaórticos. A metastização inguinal isolada, sem disseminação intra-abdominal, está descrita em menos de 3% destes tumores.

Descrição do caso: Doente de 77 anos, sem antecedentes relevantes, referenciada por adenopatias inguinais esquerdas cuja biópsia revelou tratar-se de metástase de carcinoma seroso de origem ginecológica. Doente assintomática, exame mamário, ginecológico e toque retal sem alterações. Constatou-se conglomerado adenopático inguinal esquerdo com 4cm. Ecografia pélvica e histeroscopia não apresentavam alterações. A TAC toraco-abdomino-pélvica confirmou a presença de volumosas adenopatias na região inguinal esquerda com 46x37 mm, não se detetando outras alterações, achados confirmados pela RM abdomino-pélvica. Os marcadores tumorais mostraram-se elevados (Ca125 – 811 U/ml; Ca 15.3 U/ml– 90; HE4 – 207 pmol/L). Decidido laparotomia exploradora e esvaziamento inguinal esquerdo. Intraoperatoriamente, não

se detetaram alterações macroscópicas a nível do útero, anexos, cavidade pélvica ou abdominal. O estudo anatomopatológico intraoperatório do esvaziamento inguinal esquerdo confirmou a existência de carcinoma seroso com origem primária ginecológica, mas o estudo dos ovários não revelou alterações. Procedeu-se a histerectomia total, anexectomia bilateral e estadiamento peritoneal e ganglionar. O estudo anatomopatológico definitivo revelou gânglio linfático inguinal invadido por carcinoma seroso de alto grau de origem ovárica. O ovário direito apresentava lesão cística com 1cm de maior dimensão e aspetos morfológicos e imunohistoquímicos de carcinoma seroso de alto grau. Restantes gânglios pélvicos e lomboaórticos negativos para malignidade. Doente proposta para quimioterapia adjuvante, estando atualmente no 4º ciclo de tratamento.

Conclusão: Este é um caso raro de carcinoma do ovário indetetável mascroscopicamente com metastização inguinal volumosa. Apesar do estadiamento FIGO classificar a presença de metástases inguinais como um estadio IVB, pressupondo um mau prognóstico, existem casos descritos de carcinoma confinado ao ovário com metastização inguinal isolada com bom prognóstico. Futuramente, seria importante estudar potenciais diferenças no comportamento biológico deste tipo de tumores em que não existe disseminação intra-peritoneal.

PO 29

METASTIZAÇÃO CARDÍACA EM RECIDIVA DE CARCINOMA ENDOMETRIAL: DESCRIÇÃO DE CASO E REVISÃO DA LITERATUR

Carolina da Costa Gomes[1]; Alexandra Rico Sofia[2]; Vera Veiga[2]; Ana Francisca Jorge[2]

[1]Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro, Serviço de Ginecologia; [2]Instituto Português de Oncologia Lisboa Francisco Gentil, Serviço de Ginecologia

Introdução: A metastização cardíaca num contexto de carcinoma do endométrio é um fenómeno raro, com apenas 13 casos descritos nos últimos 30 anos. Destes, 6 ocorreram em sarcomas do estroma endometrial e 7 em adenocarcinomas pouco diferenciados, todos a nível das câmaras cardíacas direitas e a maioria associada a massas intravasculares.

Os autores apresentam um caso de metastização cardíaca numa mulher com persistência de adenocarcinoma do endométrio.

Descrição do caso: Mulher de 62 anos, enviada para o IPOLFG ao abrigo do acordo com os PALOP por carcinoma do colo do útero, no estadio IB3 (FIGO 2018). A revisão de lâminas revelou adenocarcinoma pouco diferenciado cujo perfil imunohistoquímico favorecia origem endometrial. A investigação adicional com ressonância magnética e PET demonstrou tumor endometrial com invasão do colo, paramétrios e vagina e adenomegalias pélvicas suspeitas, estadio IIIC1. Foi considerado tumor sem indicação cirúrgica e proposta terapêutica sistémica. Cumpriu 6 ciclos de carboplatina/paclitaxel e radioterapia externa 45Gy/25fr sobre a pelve seguida de boost sequencial até 59.4Gy sobre as adenopatias e 67.4Gy sobre o útero.

Aos 4 meses de seguimento, recorreu a um serviço de urgência por crise hipertensiva. Realizou ecocardiograma que revelou massa intrauricular esquerda com 33 mm, ocupando

cerca de 1/3 da mesma que condicionava ligeira obstrução à câmara de entrada do ventrículo esquerdo. Posteriormente realizou ressonância magnética cardíaca, evidenciando massa de 35 mm compatível com metástase intracardíaca.

Em consulta de ginecologia foi detetada lesão suspeita na cúpula vaginal, cuja biópsia foi compatível com adenocarcinoma pouco diferenciado. A ressonância abdominopélvica confirmou a persistência do tumor endometrial.

Foi proposta para quimioterapia com carboplatina/paclitaxel, tendo cumprido 2 ciclos no IPOLFG, após os quais decidiu regressar ao país de origem, com intenção de manter o tratamento.

Conclusão: Os tumores primários do coração são extremamente raros, sendo a metastização a causa mais frequente de massas tumorais cardíacas, pelo que o diagnóstico radiológico e o contexto clínico podem permitir dispensar a comprovação histológica.

Atendendo à raridade da situação e discrepância clínica, a terapêutica descrita na literatura é variada, podendo passar por cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia. Independentemente da mesma, o prognóstico a longo prazo é desfavorável, com apenas um caso com sobrevivência aos 6 anos.

PO 30

TAMOXIFENO E PATOLOGIA ENDOMETRIAL: QUAL É A DIMENSÃO DO PROBLEMA?

Mariana Teves; Jorge Vasconcelos; Nuno Maciel; Joana Sampaio; Laura Sampaio; Carlos Ponte
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: O tamoxifeno é um fármaco usado na terapêutica adjuvante do cancro da mama com recetores de estrogénio e/ou progesterona positivos. Nos primeiros 4 anos de tamoxifeno, a incidência de patologia endometrial é de 67%, sendo os pólipos endometriais as alterações mais frequentes. Existe ainda um risco ligeiramente aumentado de carcinoma do endométrio, sobretudo após a menopausa.

Objetivos: Caraterizar as biópsias endometriais e determinar fatores associados a patologia endometrial nas doentes sob tamoxifeno.

Material e métodos: Estudo retrospetivo que analisou as biópsias endometriais de doentes que iniciaram tamoxifeno como terapêutica adjuvante do cancro da mama num hospital terciário de janeiro de 2015 a junho de 2021.

Resultados: Das 198 doentes que iniciaram tamoxifeno, efetuaram-se 38 biópsias endometriais em 28 doentes (14%). Analisaram-se 35 biópsias. Destas, 77,1% foram realizadas por suspeita de patologia endometrial, sendo a indicação mais frequente o espessamento endometrial assintomático (70,4%). Em apenas 22,2% dos casos a indicação foi Hemorragia Uterina Anormal (HUA). Observaram-se 18 (51,4%) biópsias sem alterações, 13 (37,1%) com pólipo endometrial, 3 (8,6%) inconclusivas e uma (2,9%) com carcinoma do endométrio.

Procedeu-se à análise comparativa entre doentes que apresentaram pólipos endometriais e que não apresentaram alterações na biópsia endometrial. Constatou-se que a idade das doentes e o *status* menopausa foram significativamente superiores no grupo de doentes com pólipos endometriais ($p<0,05$). O antecedente de quimioterapia foi mais frequente no grupo sem alterações endometriais ($p<0,05$). No entanto, a duração da terapêutica com o tamoxifeno, o índice de massa corporal, a magnitude do espessamento endometrial, a paridade, a presença de hipertensão arterial ou de HUA não foram significativamente diferentes entre os grupos.

Discussão: Embora a incidência de biópsia endometrial em doentes sob tamoxifeno não tenha sido muito alta, a sua indicação foi por vezes questionável, o que se refletiu

na ausência de alterações endometriais em mais de metade dos casos. Importa por isso reforçar que em doentes assintomáticas sob tamoxifeno, o rastreio de rotina de patologia endometrial não está recomendado. A idade das doentes e o status menopausa foram significativamente superiores nas doentes com patologia endometrial. Pelo contrário, a quimioterapia pareceu ser um fator protetor de patologia endometrial em doentes sob tamoxifeno.

PO 31

CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO: A REALIDADE PALOP NUM CENTRO ONCOLÓGICO NACIONAL

Carolina da Costa Gomes[1]; Vera Veiga[2]; António Silva Gomes[2]; Ana Francisca Jorge[2]
[1]Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro, Serviço de Ginecologia; [2]Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Serviço de Ginecologia

Introdução: Portugal tem acordos de cooperação no domínio da Saúde com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) para receber doentes com diagnóstico oncológico cuja orientação e tratamento estejam indisponíveis no país de origem.
No IPOLFG, o serviço de Ginecologia recebe anualmente, em média, 36 doentes oriundas destes países, 72% dos casos por carcinoma do colo do útero.
Objetivos: Caraterizar o grupo de doentes evacuadas de PALOP com diagnóstico de carcinoma do colo do útero, com foco no estadiamento, tratamento efetuado e desfechos a curto prazo.
Material e métodos: Estudo retrospetivo observacional unicêntrico que incluiu as doentes originárias de PALOP referenciadas ao serviço de Ginecologia do IPOLFG entre 01/01/2015 e 31/12/2020 com diagnóstico de carcinoma do colo do útero.
A análise estatística foi realizada com o software SPSS® versão 24.0.
Resultados: Foram incluídas 154 doentes, sendo 79,2% oriundas de Cabo Verde.
O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma pavimentocelular (85,5%).
No país de origem, 20% estariam num estádio igual ou superior a III (FIGO 2018), sendo que foi utilizada TAC ou RM no estadiamento em apenas 26% dos casos. Em 23,4% dos casos, foi iniciada quimioterapia com intuito "neoadjuvante".
O tempo médio decorrido entre a referenciação e a 1ª consulta no IPOLFG foi de 54 ± 39 dias.
No IPOLFG, 59,6% foram estadiadas como estádio igual ou superior a III.
Do total de doentes, 16% tinham indicação cirúrgica. Destas, em 39% foi necessária (quimio) radioterapia adjuvante.
O tempo mediano de *follow-up* foi de 140 (0-2251) dias atendendo a que a maioria das doentes regressa ao seu país de origem.
Foi detetada uma taxa de persistência de 22% e de recidiva de 7,1%.
À data, a taxa de mortalidade conhecida foi de 15,6%, no entanto outras 14,9% regressaram ao seu país de origem vivas, mas sob terapêutica paliativa.
Conclusões: Em teoria, o carcinoma do colo do útero é evitável, mas esta não é uma realidade universal, nomeadamente em países com baixa cobertura vacinal, falta de rastreio organizado e incapacidade em realizar tratamentos adequados.
Assim, estas doentes são diagnosticadas frequentemente em estádios avançados, sendo o prognóstico muito reservado.

PO 32

AMENORREIA SECUNDÁRIA: UMA MANIFESTAÇÃO DO TUMOR DE CÉLULAS DA GRANULOSA?

Mariana Teves[1]; Jorge Vasconcelos[1]; Nuno Maciel[1]; Hugo Gaspar[2]; Laura Sampaio[1]; Carlos Ponte[1]
[1]*Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada*;
[2]*Hospital Dr Nélio Mendonça, Funchal*

Introdução: Os tumores de células da granulosa representam 2-5% de todos os tumores malignos do ovário. Estes tumores apresentam manifestações clínicas associadas à produção hormonal. Por exemplo, o excesso de estrogénios pode provocar hiperplasia e menos frequentemente carcinoma endometrial, que se manifestam por hemorragia uterina anormal. A produção hormonal de inibina também poderá ser responsável pela ocorrência de amenorreia.

Descrição do caso: Uma mulher de 42 anos, gesta 2, Para 2, recorreu ao serviço de Urgência por hemorragia uterina anormal com um mês de evolução. A doente estaria em amenorreia desde os 39 anos, não tendo sido submetida a qualquer estudo. Como outros antecedentes de relevo apresentava obesidade (IMC 34,3 kg/m^2) e tiroidite autoimune. Em ecografia transvaginal apresentava uma massa anexial direita com 65x100x61mm, heterogénea, sólido-quística, com predomínio de área sólida, color Doppler *score* 3. Apresentava ainda ovário esquerdo atrófico e linha endometrial fina. A TC tóraco-abdomino-pélvica confirmou os achados e excluiu disseminação ganglionar e à distância. Da avaliação laboratorial destaca-se: CA 125 52,2 U/mL, CEA, AFP e CA 19-9 normais; FSH 0,2 mUI/ml; LH 3,74 mUI/ml; 17-beta-estradiol 78,0 pg/mL; PRL basal 8,4 ng/mL; Beta-HCG Total <2,00 U/L; testosterona total 92,7 ng/dL; dehidroepiandrosterona sérica 5,20 ng/ml, 17-alfa-hidroxiprogesterona 0,99 ng/ml; níveis normais de testosterona livre, delta-4-androstenediona plasmática e dehidroepiandrosterona sulfato.

Com o diagnóstico presuntivo de carcinoma do ovário, a doente foi submetida a laparotomia exploradora onde o exame extemporâneo do ovário direito revelou tumor de células da granulosa. Procedeu-se então a histerectomia abdominal total, anexectomia bilateral, omentectomia infracólica e biópsias peritoneais. O diagnóstico anátomo-patológico definitivo revelou tumor de células da granulosa do adulto do ovário direito, estadio IA, e hiperplasia glandular simples do endométrio, sem atipia. O pós-operatório decorreu sem intercorrências significativas. Em consulta de grupo multidisciplinar, decidiu-se manter vigilância.

Conclusão: Este caso realça a importância de estudar as causas de amenorreia secundária. A presença de um tumor das células da granulosa pode ser suspeitada perante níveis extremamente baixos de FSH.

PO 33

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS DO COLO DO ÚTERO: UMA DOENÇA GALOPANTE

Mariana Teves; Jorge Vasconcelos; Bruna Melo; Nuno Maciel; Laura Sampaio; Carlos Ponte
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: O carcinoma neuroendócrino de pequenas células do colo do útero é uma doença rara, agressiva, apresentando uma disseminação ganglionar e hematogénea precoces. Poucos doentes com doença extensa sobrevivem além de dois anos.

Descrição dos casos: CASO 1: Doente de 70 anos, multípara, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial (HTA) e diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Encaminhada à consulta externa de Ginecologia por hemorragia uterina anormal (HUA) após a menopausa. Ao exame físico apresentava uma massa tumoral friável do colo do útero, com invasão do

1/3 superior da vagina. Após estudo, detectado carcinoma neuroendócrino de pequenas células do colo do útero, estadio IVB da FIGO. Em reunião multidisciplinar, decidido realizar quimioterapia paliativa, que não iniciou por agravamento galopante do estado geral, culminando na morte da doente.

CASO 2: Doente de 28 anos, nulípara, saudável. Recorre ao Serviço de Urgência por HUA. Ao exame objetivo, constatada lesão exofítica exuberante do colo do útero. Após estudo, detectado carcinoma neuroendócrino de pequenas células do colo do útero, estadio IB3 da FIGO. Realizou, após discussão multidisciplinar, quimioterapia e radioterapia, com evidência de regressão tumoral. Decorridos 8 meses desde o diagnóstico, iniciou quadro de dor no membro inferior esquerdo refratária, sendo detectada fratura patológica de L4 secundária a metástase óssea, tendo efetuado tratamento cirúrgico. Desde então, com deteção de disseminação da doença de forma progressiva (esterno, mama esquerda, cérebro). A doente realizou quimioterapia e radioterapia paliativas, acabando por falecer pouco tempo depois.

CASO 3: Doente com 56 anos, multípara, com antecedentes de HTA, DM2, obesidade mórbida, e hiperplasia simples sem atipia medicada com SIU-LNG desde há 3 anos. Encaminhada à consulta externa de Ginecologia por algias pélvicas e HUA desde há 1 mês. Ao exame físico, constatada lesão volumosa e endurecida do colo do útero, com envolvimento do 1/3 inferior da vagina. Após estudo, concluiu-se tratar de carcinoma neuroendócrino de pequenas células, estadio IVB da FIGO. Em consulta de decisão terapêutica decidido realizar quimioterapia paliativa, que acabou por não iniciar, já que num espaço de 7 dias deu entrada no serviço de Urgência em paragem cardiorrespiratória, acabando por falecer.

Conclusão: Estes casos ilustram o caráter agressivo do carcinoma neuroendócrino de pequenas células, detetado muitas vezes já em estadio avançado.

PO 34

CANCRO DO COLO DO ÚTERO: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Mafalda Simões; Beatriz Ferro; Diana Correia; Fernanda Santos; Célia Antunes; Joana Rodrigues; Isabel Henriques

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra- CHUC

Introdução: O cancro do colo do útero (CCU) é uma causa importante de mortalidade na população portuguesa.

Objetivos: Descrever características epidemiológicas, clínica e tratamento do CCU.

Material e métodos: Estudo retrospetivo de doentes com CCU (n=63) entre janeiro de 2019 e novembro de 2021.

Resultados: A média de idades ao diagnóstico foi 56,5 anos [29,81], sendo que, 23,8% (n=15) foram referenciadas pelo rastreio, 33,3% (n=21) pelo médico assistente e 42,9% (n=27) da urgência.

Em relação à vigilância ginecológica, em 46% (n=29) era regular e ausente/inadequada em 54% (n=34); 54% (n=34) não tinha citologia morfológica (CM), 41,3% (n=26) apresentava CM alterada e 4,8% (n=3) não exibia alterações; 27% (n=17) era portadora de vírus do papiloma humano de alto risco (HPV AR), 70,6% (n=12) tinha HPV 16, 29,4% (n=5) HPV 18 e 17,6% (n=3) HPV AR outros.

No que concerne à clínica, 38,1% (n=24) eram assintomáticas, 49,2% (n=31) tinham hemorragia uterina anómala, 7,9% (n=5) lesão renal aguda e 4,8% (n=3) dor pélvica.

Relativamente à histologia 87,3% (n=55) eram carcinomas espinocelulares (CEC) e 12,7% (n=8) adenocarcinomas.

O estadio pré-operatório foi estabelecido por ressonância magnética, com o protocolo baseado nas diretrizes da ESUR, complementa-

do, por vezes, com PET-TC/TAC; 7,9% (n=5) foram classificados em IA1, 3,2% (n=2) IA2, 4,8% (n=3) IB1, 6,3% (n=4) IB2, 9,5% (n=6) IIA1; 9,5% (n=6) IIB; 3,2% (n=2) IIIB; 15,9% (n=10) IIIC1, 1,6%(n=1) IIIC2, 23,8% (n=15) IVA e 14,3% (n=9) IVB.

Foram submetidas a cirurgia primária, 31,7% (n=20), 55,6% (n=35) realizaram quimiorradioterapia (QRT) e 12,7% (n=8) radioterapia (RT) paliativa.

Das intervencionadas,10% (n=2) foram submetidas a conização,75% (n=15) a histerectomia radical com salpingectomia/anexectomia bilateral (AB) e linfadenectomia pélvica total bilateral (LP),10% (n=2) a histerectomia total e AB e 5% (n=1) a conização com LP.

Das que realizaram QRT a resposta foi total em 60% (n=21), parcial em 28,6% (n=10) e ausente em 11,4% (n=4); 11,4% (n=4) foram operadas posteriormente.

Recidivaram 12,7% (n=8), com intervalo livre de doença de 12,5 meses. Todos eram CEC.

A taxa de mortalidade foi 17,5% (n=11) por progressão de doença (média em 8,9 meses).

Discussão/Conclusões: A maioria das doentes apresentavam-se sintomáticas, sem vigilância ginecológica adequada e em estadios avançados. O rastreio é fulcral na deteção precoce de lesões evitando o desenvolvimento de cancro invasivo e reduzindo a morbimortalidade.

PO 35

DETEÇÃO DE GÂNGLIO SENTINELA NO CANCRO DA VULVA COM O SISTEMA SENTIMAG© – MAGTRACE©

Prescillia Marques; Sara Nunes; Mariana Morais; Beatriz Ferreira; Fan Yida; Cátia Moreira; Inês Sá; Daniela Freitas; Osvaldo Moutinho

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O tratamento do cancro vulvar é preferencialmente cirúrgico, com excisão local radical associada a linfadenectomia inguinofemoral ou pesquisa de gânglio sentinela (PGS) bilateral. É recomendada a PGS se a lesão for unifocal, com dimensões inferiores a 4cm, sem evidência clínica e radiológica de metastização inguinal. Esta pesquisa é feita através de dupla marcação, sendo habitualmente usada a linfocintilografia e corante vital. Nos últimos anos têm sido desenvolvidas novas técnicas de PGS, existindo diversos estudos com resultados promissores sobre o uso de nanopartículas de óxido de ferro detetadas através do sistema Sentimag©.

Descrição do caso: Doente de 68 anos, sem antecedentes relevantes, referenciada por prurido vulvar e anal crónico, associado ao aparecimento de lesão perineal com 3 meses de evolução. Ao exame objetivo, apresentava na região da fúrcula uma lesão verrucosa com cerca de 2cm, mediana, a menos de 1 cm do ânus e sem adenopatias inguinais. As biópsias vulvares revelaram tratar-se de um carcinoma epidérmoide in situ com pequeno foco dérmico, suspeito de invasão neoplásica, não se conseguindo esclarecer dimensão de invasão. A TAC toraco-abdomino-pélvica não detetou lesões à distância. Decidida exérese radical de lesão vulvar com pesquisa bilateral de gânglio sentinela inguinal. Na véspera do procedimento foram injetados o corante Magtrace© e, no dia da cirurgia, o corante vital azul de metileno. Intraoperatoriamente, com apoio da sonda Sentimag©, procedeu-se à pesquisa de gânglio sentinela, tendo-se detetado do lado direito um gânglio corado com contagem máxima de 3000 e, do lado esquerdo, um gânglio corado com contagem máxima de 1800. O procedimento durou 40 minutos. Estudo extemporâneo dos gânglios sem malignidade. Procedeu-se a excisão radical da lesão vulvar. O estudo anátomo-patológico das peças cirúrgicas confirmou o diagnóstico de carcinoma epidermoide *in situ* com margens negativas, sem evidência de infiltração neoplásica e gânglios sentinela negativos

bilateralmente. Atualmente, com 3 meses de *follow-up*, sem evidência de recidiva.

Conclusão: Estudos prévios já demonstraram que o sistema Sentimag© apresenta taxas de deteção do gânglio sentinela comparáveis à linfocintilografia. O facto de não usar radiação e da sua deteção durar até 30 dias após injeção, são apontados como uma vantagem em relação à linfocintilografia. Ficam a faltar estudos de validação, de modo a uniformizar o seu uso na prática clínica.

PO 36

RECIDIVA DA DOENÇA DE PAGET INVASIVA – A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Rita Palmar Ribeiro[1]; Inês Marques Pereira[2]; Berta López[3]; Vera Veiga[3]; Alexandra Sofia[3]; Ana Francisca Jorge[3]

[1]Hospital Espírito Santo Évora; [2]Maternidade Dr. Alfredo da Costa; [3]Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Introdução: A doença de Paget está associada a menos de 1% das neoplasias vulvares e é o local mais comummente afetado no contexto de doença de Paget extramamária. O tratamento consiste na excisão simples local alargada e alguns autores sugerem linfadenectomia inguinal na doença invasiva ou com adenocarcinoma subjacente. Aconselha-se vigilância a longo-prazo devido ao elevado risco de recorrência e pela associação a adenocarcinoma invasivo subjacente em 25% dos casos.

Este póster tem como objectivo descrever 3 casos ilustrativos da DP invasiva.

Descrição dos casos: Caso 1 - Mulher de 70 anos com diagnóstico de Doença de Paget invasiva da vulva em 2013, submetida a exérese da lesão vulvar, linfadenectomia inguinal bilateral e radioterapia vulvar. Em janeiro de 2021, apresenta uma recidiva ganglionar múltipla. Tratada com 6 ciclos de quimioterapia, com evolução favorável documentada em TC TAP.

Caso 2 - Mulher de 60 com diagnóstico de doença de Paget vulvar em 2016, submetida a vulvectomia simples. Apresentou recidiva local da doença em 2017 e 2020 tratadas com cirurgia. Em 2021 apresenta recidiva local e ganglionar na forma de doença de Paget invasiva com rápida progressão da doença e morte.

Caso 3 - Mulher de 79 anos com diagnóstico de doença de Paget invasiva da vulva em 2020 tratada com vulvectomia simples. Actualmente em vigilância clínica.

Conclusão: Apesar da raridade da doença de Paget vulvar, bem como das suas formas invasivas, estudos apontam para recorrência das formas invasivas em até 60% dos casos, sendo que a primeira recidiva ocorre em média 20 meses após o tratamento.

Tendo em conta a raridade da doença, o variável decurso e a limitada evidência na melhor conduta terapêutica de recidiva, é essencial manter uma vigilância regular e a longo prazo.

PO 37

DESAFIO DO CANCRO DA MAMA DURANTE A GRAVIDEZ: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Mariana Sucena Gomes[1]; Beatriz Ferro[1]; Isabel Henriques[1]; Joana Belo[1]; Cristina Frutuoso[1]

[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O cancro da mama associado à gravidez representa 0,2-3,8% de todos os casos de cancro da mama, sendo o cancro mais frequentemente diagnosticado durante a gestação. A maioria são carcinomas ductais invasivos e as opções terapêuticas são influenciadas pela necessidade de oferecer o melhor tratamento à mãe minimizando os riscos para o feto.

Objetivos: Descrição de 6 casos clínicos com diagnóstico de cancro da mama durante a gestação entre 2019-2021 no serviço de Ginecologia de um Hospital Terciário.

Material e métodos: Descrição de casos clínicos

Resultados: A idade de diagnóstico de cancro da mama situou-se entre 30-39 anos e a idade gestacional (IG) entre as 5 e 25 semanas (3 casos diagnosticados no 1º trimestre gravidez e 3 no 2º trimestre). O motivo da referenciação á consulta foi na maioria (n=5) autodetecção de nódulo mamário.

A dimensão média do tumor foi 30,8 mm (11-60mm).

O tipo histológico mais comum foi carcinoma ductal invasor (n=5) e um caso de carcinoma ductal in situ. Quanto á imunohistoquímica dois eram triplos negativos, um luminal A, um luminal B e outro HER2 positivo não luminal.

A radiografia do toráx e a ecografia abdomino-pélvica foram os exames mais utilizados para o estadiamento.

Dois casos foram submetidos a tumorectomia com biópsia gânglio sentinela (BGS) seguidos de quimioterapia adjuvante, outro realizou mastectomia e BGS. Os restantes iniciaram quimioterapia neoadjuvante (IG 19-26 semanas), que foi suspensa pelo menos 3 semanas antes do término da gestação. Os agentes quimioterápicos mais utilizados foram a epirrubicina e ciclosfofamida em combinação com os taxanos.

Quantos aos desfechos obstétricos, uma doente (luminal B) fez interrupção da gravidez, outra por apresentar progressão de doença foi decidida extração fetal ás 34 semanas. As restantes gravidezes evoluíram sem intercorrências com parto entre 37-39 semanas.

Conclusões: A gravidez não é um impedimento ao início do tratamento do cancro da mama. Nesta pequena série de 6 casos clínicos vimos que a quimioterapia foi usada com relativa segurança a partir do 2º trimestre, não tendo sido reportadas complicações fetais. A decisão terapêutica deve ser individualizada tendo em conta a idade gestacional, idade de apresentação e estadio da doença e desejos da doente.

PO 38

PROGRESSÃO DE STIC ISOLADO PARA CARCINOMA SEROSO DE ALTO GRAU: IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA CLÍNICA

Sara Dias Leite; Mariana Veiga Guimarães; Mariana Vide; Carla Bartosch; Almerinda Petiz
IPO-PORTO

Introdução: O carcinoma intraepitelial seroso tubário (STIC) é uma lesão benigna da trompa, considerada precursora do carcinoma seroso de alto grau tubo-ovárico.

A presença de STIC define a trompa como a localização primária do carcinoma, independentemente da presença e tamanho da doença ovárica ou peritoneal.

Caso clínico: Doente de 58 anos, previamente submetida a histerectomia total com anexectomia bilateral (HTAB) por miomas. Observada 18 meses após cirurgia por edema do membro inferior direito, com alguns dias de evolução. Realizou ecografia com visualização de conglomerado adenopático inguinal direito e gânglios ilíacos suspeitos. A biópsia de adenopatia ilíaca externa direita mostrou metástase ganglionar de carcinoma seroso de alto grau.

Do estudo analítico, destaca-se CA 125 aumentado (370 U/mL). Realizou TC toraco-abdomino-pélvico com múltiplas adenopatias pré-traqueais, supra-claviculares, inguinais e ilíacas e várias áreas de espessamento peritoneal. A PET revelou focos de avidez em adenopatias das cadeias ilíacas internas, externas e inguinais direitas, em várias áreas de espessamento peri-hepático e em nódulos de gordura da região abdominal e pélvica, sugestivas de metástases. A endoscopia digestiva alta e colonoscopia não mostraram alterações.

A doente foi enviada à consulta de ginecologia do IPO-Porto. Ao exame objetivo consta-

tou-se formação nodular na cúpula vaginal, cuja biópsia confirmou tratar-se de metástase vaginal de carcinoma seroso de alto grau.
Efetuada revisão de lâminas da peça de HTAB, identificando-se, após estudo em cortes histológicos adicionais e imuno-histoquímica, dois focos de STIC nas fímbrias da trompa direita.
Foi admitido o diagnóstico de carcinoma primário da trompa em estadio IV e decidido em consulta multidisciplinar tratamento com quimioterapia com paclitaxel e carboplatino.
Conclusão: A orientação das doentes com diagnóstico isolado de STIC, quer em termos de tratamento ou vigilância, não é consensual.
O caso clínico, apesar de raro, realça a eventual importância da vigilância das doentes com o diagnóstico de STIC.
Algumas entidades recomendam vigilância a longo prazo, não estando ainda definida a melhor estratégia nem o tempo ideal de seguimento.

PO 39

CANCRO DA MAMA DIAGNOSTICADO NO DECURSO DA GRAVIDEZ: REALIDADE DE UMA UNIDADE DE SENOLOGIA

Ana Catarina Borges [*1]; Joana Araújo Pereira [*2]; Nuno Barros[3]; Luís Castro[3]; Maria José Rocha[3]; Arlindo Ferreira[3]
[1]Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – Hospital de Braga; *[2] Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Viana do Castelo*; *[3]Unidade de Senologia, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – Hospital de Braga*

**igual contribuição de autores*

Introdução: O cancro da mama é um dos tumores malignos mais frequentemente diagnosticados na gravidez. Apesar de raro, a sua incidência parece estar a aumentar, resultado do aumento da taxa de incidência do cancro da mama e da idade média da primeira gravidez.
Objetivo: Caracterização da população de mulheres com diagnóstico de cancro da mama no decurso da gravidez, vigiadas na Unidade de Senologia do Hospital de Braga.
Métodos Estudo retrospetivo e descritivo que incluiu todas as mulheres com diagnóstico de cancro da mama no decurso da gravidez, no período de 2011-2021.
Resultados: Durante o período em estudo, foram incluídas 6 mulheres, entre os 35 e 41 anos. Quatro mulheres detetaram nódulos na mama em autoexame e a maioria (67%) apresentava história familiar de cancro da mama. A idade gestacional ao diagnóstico variou entre as 6 e as 21 semanas. Quatro mulheres foram diagnosticadas com carcinoma ductal invasor NST e 2 com carcinoma lobular invasor (2 Luminal A, 2 Luminal B, 1 HER2 positivo e 1 Triplo negativo). No estadiamento clínico, apenas uma apresentou metastização ganglionar axilar apresentando-se as restantes em estadios clínicos iniciais. Dos desfechos obstétricos ocorridos, verificou-se um caso de abortamento espontâneo às 9 semanas e 6 dias, uma interrupção médica da gravidez (IMG) às 10 semanas, 1 parto pré-termo tardio (36 semanas), 2 partos de termo e 1 gravidez inicial, atualmente em curso. Todas as doentes foram propostas para tratamento cirúrgico primário, sendo que em 3 casos este ocorreu no 2º trimestre da gravidez e num caso foi iniciada quimioterapia adjuvante durante a gravidez. No pós-parto, 2 doentes realizaram radioterapia adjuvante e 1 completou o esquema de quimioterapia iniciado na gravidez. A estratégia terapêutica inicial foi alterada numa situação, após a decisão de IMG. A doente que à data, se encontra grávida, foi proposta para tratamento cirúrgico seguido de quimioterapia durante a gravidez e radioterapia adjuvante pós-parto. No período de *follow-up*, destaca-se 1 caso de cancro na mama contralateral ao 8ºano.
Conclusão: O cancro da mama na gravidez representa um desafio clínico e diagnóstico, uma

vez que que o bem-estar materno e fetal devem ser sempre considerados no planeamento da estratégia terapêutica. Embora a escolha do tratamento seja influenciada pela idade gestacional, o prognóstico não parece ser diferente do de mulheres não grávidas com a mesma idade e no mesmo estadio da doença.

PO 40

ADENOSSARCOMA UTERINO COM ORIGEM EM LESÃO POLIPÓIDE ENDOCERVICAL – RELATO DE UM CASO

Patrícia Gomes Ferreira; Carolina Carneiro; Vânia Ferreira; Susana Leitão; Soledade Ferreira; Teresa Paula Teles
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: O adenossarcoma uterino é uma variante rara do sarcoma uterino constituído por tecido misto – componente epitelial benigno e componente mesenquimatoso maligno. Macroscopicamente, os adenossarcomas crescem como massas polipóides exofíticas que se estendem para a cavidade uterina. Raramente, surgem no miométrio, provavelmente a partir de focos de adenomiose. Normalmente, são neoplasias de baixo grau com atipia leve e poucas figuras mitóticas.

Descrição do caso: Mulher com 51 anos e com hipertensão arterial crónica, medicada com azilsartan medoxomilo + clorotalidona 40mg+25mg id e nebivolol 5mg id. 3 Gesta 3 Para (2 partos vaginais e 1 cesariana). Rastreio de cancro do colo do útero há 5 anos sem alterações.

História de hemorragia uterina anormal com início há 3 anos. Na ecografia ginecológica endovaginal, útero de tamanho e forma normais; miométrio com ecoestrutura sugestiva de adenomiose; endométrio linear; anexos sem alterações. Colocado SIU. Por manutenção do quadro de hemorragia uterina anormal, foi decidido histerectomia por via laparoscópica.

O exame anatomopatológico revelou lesão polipóide com 7 mm de maior eixo ao nível do endocolo que foi sugerido como provável rabdomiossarcoma embrionário de tipo polipóide cervical. Caso discutido em reunião de grupo multidisciplinar, tendo sido decidido revisão de lâmina. Na revisão, os aspetos morfológicos e de imuno-histoquímica sugeriram adenossarcoma uterino de baixo grau. Marcadores tumorais negativos. TAC toraco-abdomino-pélvica e RMN pélvica sem alterações, classificando num estadio IA (classificação FIGO) ou T1aN0M0 (classificação TNM). Decidido e realizado ooforectomia bilateral por via laparoscópica. No exame anatomopatológico, ovários sem envolvimento neoplásico.

Conclusão: Os adenossarcomas uterinos são raros, e particularmente aqueles com origem no endocolo. Perante estadio I (FIGO), após cirurgia, estas pacientes deverão ser mantidas em vigilância clínica e imagiológica por pelo menos 5 anos. Apresentam uma sobrevida global > 80%.

PO 41

CARCINOMA DO OVÁRIO E DO ENDOMÉTRIO NÃO SÍNCRONOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Sousa Nunes; Rita Ladeiras; Alexandra Meira; Maria José Pires; Pedro Vieira de Castro
Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, EPE

Introdução: O carcinoma do endométrio é a neoplasia ginecológica mais comum nos países desenvolvidos, tem uma incidência de cerca de 1-2% e um pico de atingimento entre os 60 e os 70 anos. Destaca-se como principal fator de risco um longo período de exposição aos estrogénios (endógenos ou exógenos) e como principal sintoma a hemorragia uterina anormal. O carcinoma ovárico é o 10º cancro mais comum e é o tumor ginecológico de maior mortalidade. Tem uma incidência de cerca de 1.3% e uma idade mé-

dia de diagnóstico de 63 anos. A nuliparidade, infertilidade e hereditariedade são fatores de risco conhecidos.

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi descrever um caso clínico seguido na consulta de Ginecologia Oncológica do Hospital da Senhora da Oliveira referente a uma doente de 55 anos, com antecedentes de obesidade e cistoadenocarcinoma endometrióide bem diferenciado do ovário direito, com diagnóstico após cirurgia de emergência no contexto de torção ovárica e TEP em 2014, que recorre ao serviço de urgência em 07/2019 por hemorragia uterina anormal e espessamento endometrial >20mm de onde é referenciada novamente à consulta.

Método: Todos os dados foram obtidos dos registos clínicos do programa hospitalar Sclinico®.

Resultados: Já em contexto de consulta, a doente foi submetida a biópsia cega do endométrio, resultando um diagnóstico histológico de adenocarcinoma. Após TC toraco-abdomino-pélvica e RMN pélvica de estadiamento, não se evidenciou metastização ganglionar, à distância, bem como ascite ou outros sinais de carcinomatose peritoneal. Foi submetida a histerectomia total e anexectomia esquerda em 09/2019, com diagnóstico histológico de adenocarcinoma endometrióide estadio IA grau 2 com embolização linfática. Não foram encontradas células suspeitas de malignidade no lavado peritoneal. Cumpriu posteriormente RT e QT até 01/2020. No ano de 2021, a doente mantem-se assintomática, com marcadores tumorais negativos e vigilância imagiológica por TC sem evidência de recidiva.

Conclucão: Apesar da raridade destas neoplasias, a sua sucessão deve ser considerada. Um elevado grau de suspeição permite um diagnóstico precoce, uma abordagem célere e melhores desfechos clínicos.

PO 42

ADENOSSARCOMA VAGINAL – UM DIAGNÓSTICO RARO E INCIDENTAL

Susana Correia Costa[1]; Rita Figueiredo[1]; Carolina Coimbra[1]; Raquel Portugal[2]; Ana Marques[2]; Raquel Mota[1]; Antónia Costa[3]; Vera Paiva[1]

[1]Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário São João; [2]Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário São João; [3]Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário São João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: O adenossarcoma é um tumor bifásico, cujo componente epitelial é histologicamente benigno (adenoma) e o componente mesenquimatoso é maligno (sarcoma). Constituem menos de 1% dos tumores ginecológicos, 20% apresentam localização extrauterina (incluindo extra-genital como o intestino). Existem apenas 9 casos de localização vaginal descritos na literatura.

Descrição do caso: Mulher de 65 anos, G3P3, pós-menopáusica sem terapia hormonal de substituição, antecedentes de carcinoma da mama (em remissão e, à data, sob tratamento com hormonoterapia - tamoxifeno).

Referenciada por achado imagiológico assintomático de lesão vaginal com progressão dimensional. Ao exame ginecológico foi objetivada formação polipóide elástica inserida na parede anterolateral direita da vagina com 15-20mm. Posteriormente desenvolveu perda hemática genital. Foi submetida a biópsia excisional, que revelou um adenossarcoma vaginal com sobrecrescimento estromal, sem mitoses, necrose ou invasão linfovascular, com expressão difusa de recetores de progesterona e estrogénio e margem cirúrgica <1mm. br=\"\">

Após estadiamento imagiológico sem evidência de malignidade, procedeu-se a histerectomia com anexectomia bilateral e alargamento de margens cirúrgicas vaginais. A peça operatória não evidenciou malignidade (Estadio I – FIGO). Foi decidida adjuvância oncológica

com hormonoterapia (substituição de tamoxifeno por anastrozol).

Conclusão: Os adenossarcomas extrauterinos podem ter origem mülleriana, nomeadamente em focos de endometriose. São fatores de risco conhecidos: irradiação pélvica, hiperestrogenismo, obesidade, diabetes e o uso prolongado de tamoxifeno. Neste caso não há evidência clínica e histológica de endometriose. A toma de tamoxifeno poderá ter contribuído para a etiopatogenia deste tumor. São fatores de prognóstico adversos nos adenossarcomas o sobrecrescimento sarcomatoso, a presença de elementos heterólogos, invasão miometrial e linfovascular, necrose tumoral e rotura tumoral intraperitoneal. Dada a sua raridade, existem somente casos anedóticos descritos na literatura, não existindo consenso relativamente ao tratamento destes tumores. A histerectomia com anexectomia bilateral foi efetuada para exclusão da origem primária uterina e eliminação de produção hormonal residual ovárica. Foi instituído um inibidor da aromatase (anastrozol) como tratamento adjuvante.

PO 43

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE RECIDIVAS CITOLÓGICAS VAGINAIS APÓS CARCINOMA DO COLO

Susana Correia Costa[1]; Carolina Coimbra[1]; Raquel Mota[1]; Antónia Costa[2]; Vera Paiva[1]
[1]Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário São João; [2]Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário São João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: O tratamento de lesões malignas e, particularmente, das lesões pré-malignas (neoplasia intraepitelial vaginal - VaIN) após tratamento do cancro do colo do útero (CCU) permanece um desafio.

Objetivo: Avaliar o tratamento das lesões citológicas prémalignas e malignas vaginais após tratamento de CCU e o seu desfecho.

Métodos: Análise retrospetiva de doentes com CCU tratadas e seguidas em oncoginecologia do Hospital São João em 2020 com diagnóstico de alterações citológicas vaginais (CV) desde final de terapêutica oncológica até 12/2021.

Resultados: Das 93 doentes tratadas para CCU, 28 apresentaram alterações CV, sendo 18 submetidas a biópsia: ASC-US (12 achados em CV, 1 biopsada-carcinoma), LSIL (10 em CV, 5 biopsadas – 4 VaIN1 e 1 com material insuficiente), HSIL (3 achados em CV, 3 biopsadas–VaIN3), carcinoma (3 achados em CV, 3 biopsadas: 1–carcinoma, 1–VaIN3, 1–atipia).

Das doentes submetidas a tratamento médico ou cirúrgico (n=8): 1 CV persistentemente alterada – LSIL (biópsia com material insuficiente) tratada com imiquimod; 4 VaIN3 (em biópsia) tratados com imiquimod (1) ou cirurgia (3–colpectomia); 2 carcinoma (em biópsia), tratado com radioterapia (RT) pélvica externa (1) e quimiorradioterapia (QRT-1); 1 carcinoma em CV (biópsia com atipia) tratada com quimioterapia (QT) por progressão ganglionar. Submetidas a tratamento expectante (n=19): 10 ASC-US (em CV, sem biópsia); 9 LSIL (5 sem biópsia, 4 biopsadas-VaIN1).

Evolução após diagnóstico e atitude terapêutica: regressão completa em 18 dos 27 casos (8 ASC-US e 5 LSIL em CV; 2 VaIN1, 1 VaIN3 e 2 carcinomas em biópsia); regressão parcial em 1 caso (VaIN3 em biópsia para LSIL); progressão de 2 casos (1 VaIN1 e 1 carcinoma em biópsia) e persistência em 2 casos (1 VaIN1 e 1 VaIN3 em biópsia). 4 doentes não têm reavaliação após diagnóstico de CV alterada. Duas doentes com regressão completa tiveram recorrência das alterações citológicas.

Conclusão: Na abordagem das alterações CV após CCU deve ser tido em conta: agressividade e localização dos achados citohistológicos, estadio do carcinoma, terapêuticas oncológicas prévias e comorbilidades. Na nossa

amostra, a maioria das alterações citológicas reverteu com o tratamento implementado (expectante, médico ou cirúrgico). Uma vez que a infeção pelo vírus do papiloma humano é o principal fator etiopatogénico quer para CCU quer para alterações citohistológicas do trato genital inferior, deverá ser mantida uma vigilância apertada destas doentes.

PO 44

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO COLO DO ÚTERO ASSOCIADO A PROLAPSO UTERINO: DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Ana Catarina Borges; Catarina Pardal; Bárbara Ribeiro, Carla Monteiro; Paula Serrano; Isabel Reis

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - Hospital de Braga

Introdução: O carcinoma epidermóide é o subtipo histológico de cancro do colo uterino (CCU) mais comum, estimando-se que praticamente todos os casos surjam associados a infeção pelo papilomavirus humano (HPV). No entanto, em situações raras o CCU pode surgir associado a prolapso uterino, sendo independente da infeção pelo HPV.

Descrição do caso: Mulher de 85 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Multípara (2 partos vaginais), menarca aos 12 anos e menopausa aos 50 anos. Recorreu ao serviço de urgência por sensação de corpo estranho vulvar com mais de 10 anos de evolução e corrimento com cheiro fétido associado. À inspeção apresentava prolapso uterino de 4º grau com área exposta macerada com cerca de 8cm de extensão de consistência pétrea, pouco móvel e cheiro fétido, associada a adenopatia inguinal direita, dura, pouco móvel com cerca de 1cm. Foi realizada biópsia da lesão cervical que revelou tratar-se de um carcinoma epidermóide do colo do útero HPV independente. Nos exames de estadiamento realizados destacou-se a presença de múltiplas adenopatias inguinais das quais a maior com 11mm, sem sinais de doença metastática. Em consulta de grupo foi decidida a realização de cirurgia para alívio sintomático, pelo que foi submetida a histerectomia vaginal simples. O exame anatomopatológico definitivo, revelou tratar-se de um carcinoma epidermóide invasor bem diferenciado e queratinizante do colo uterino, HPV independente, com cerca de 8,5cm e sinais de invasão perineural (pT1b3 G1 Nx). Aos 6 meses de follow-up apresentou recidiva na cúpula vaginal com cerca de 4cm tendo-se decidido em consulta de grupo a realização de radioterapia paliativa na dose de 40Gy.

Conclusão: Embora o CCU e o prolapso uterino sejam duas patologias frequentes, a sua associação é muito rara, ocorrendo maioritariamente em mulheres mais velhas, com história de prolapso uterino com mais de 10 anos de evolução. O deslocamento do colo uterino do ambiente natural da vagina poderá explicar o menor risco de CCU associada à infeção por HPV. Dado existirem poucos casos descritos na literatura, não está estabelecida qual a melhor estratégica terapêutica. A radioterapia poderá ser considerada em CCU localmente avançados, no entanto o seu uso é limitado devido ao risco de cistite rádica. Assim, o tratamento deverá ser individualizado e ajustado aos fatores de prognóstico de cada doente.

PO 45

TERA TOMA IMATURO G2 DO OVÁRIO ASSOCIADO A GLIOMATOSE PERITONEAL: DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Ana Catarina Borges[1]; Isabel Marques*[2]; Catarina Pardal[1]; Bárbara Ribeiro[1]; Carla Monteiro[1]; Paula Serrano[1]; Isabel Reis[1]

[1]Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - Hospital de Braga; [2]Serviço de Cirurgia Geral - Hospital de Braga

**Igual contribuição de autores*

Introdução: O teratoma imaturo (TI) é um tumor raro, representa cerca de 1% de todos os cancros do ovário, correspondendo a 35% dos tumores malignos de células germinativas, e afeta maioritariamente mulheres jovens. A gliomatose peritoneal (GP) é uma condição clínica rara que se caracteriza pela presença de células gliais maduras na cavidade peritoneal.

Descrição do caso: Mulher de 28 anos, saudável, com antecedentes familiares de cancro da mama na mãe. Recorreu ao serviço de urgência por algias pélvicas e corrimento anómalo com 1 semana de evolução. No exame ginecológico apresentava volumosa massa abdominopélvica com extensão à região epigástrica, sem individualização dos órgãos pélvicos. A ecografia ginecológica seguida de TAC abdominopélvica confirmaram a presença de volumosa massa intra-abdominal com cerca de 27x18x12cm com aparente ponto de partida no ovário direito, ascite de moderado volume, ligeiro espessamento peritoneal e outra lesão no fundo de saco Douglas (FSD) com 5x4cm. Analiticamente apresentava elevação da alfa-fetoproteína (35.94 ng/mL), LDH (639UI/L) e do CA-125 (305U/mL). Os exames de estadiamento excluíram doença extra-abdominal. Foi submetida a laparotomia exploradora confirmando-se a presença de massa complexa com cerca de 30cm e ponto de partida no ovário direito, assim como uma lesão pétrea aderente ao FSD com cerca de 7cm, múltiplos implantes peritoneais com extensão à parede anterior da bexiga, peritoneu abdominal, serosa intestinal do delgado e todo o cólon, grande epíploon, ambas as cúpulas diafragmáticas e múltiplas adenopatias peri-centimétricas na cadeia lomboaórtica e na raíz do mesentério. Dada a idade da doente e extensão da doença optou-se por não avançar com a cirurgia de estadiamento sem o resultado histológico definitivo, tendo sido submetida a anexectomia direita diagnóstica e exérese do nódulo no FSD. O exame histológico revelou um TI grau 2 com GP. Na consulta de grupo foi decidida a realização de quimioterapia adjuvante que a doente mantém em curso.

Conclusão: O grau histológico é um importante indicador do risco de disseminação extra-ovárica e a GP embora não pareça afetar o prognóstico, aumenta o risco de recidiva. Não existe evidência sobre a melhor estratégia terapêutica, mas por se tratar de um tumor quimiossensível esta representa uma importante arma principalmente em estadios avançados e em mulheres de idade fértil onde a preservação da fertilidade não pode ser descurada.

PO 46

CANCRO DO COLO DO ÚTERO NA MULHER GRÁVIDA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Neves Gomes[1]; Carolina Carvalho[2]; Carolina Carneiro[3]; Elizabeth Castelo Branco[4]; Sofia Pedrosa[4]; Sofia Raposo[4]; Rita Sousa[4]; José Luís Sá[4]

[1]Hospital Garcia de Orta; [2]Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa; [3]Hospital de São Sebastião, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga; [4]Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra

Introdução: O diagnóstico de cancro do colo do útero (CCU) ocorre durante a gravidez ou no puerpério em 1-3% dos casos e em metade dos casos o diagnóstico é feito antes do

parto. O tratamento depende do estádio, da idade gestacional e do desejo de prosseguir com a gravidez, podendo estar indicada quimioterapia neoadjuvante (QTNA) ou cirurgia em casos selecionados. Apresentamos um caso de uma grávida com diagnóstico no 2º trimestre de carcinoma espinhocelular do colo do útero.

Descrição do caso: Grávida de 30 anos, multípara, referenciada à consulta de ginecologia por lesão suspeita do colo do útero detectada às 22 semanas de gestação. Vigilância ginecológica regular, tendo efetuado teste de HPV negativo e citologia negativa para lesão intraepitelial ou malignidade 2 anos antes. Ao exame ginecológico apresentava uma lesão tumoral do lábio posterior, exofítica, totalmente exocervical com ulceração e necrose com 6 cm, fundos de saco vaginais e paramétrios livres (cIB3). Efetuou RM pélvica que revelou uma lesão com 4,2 x 4,7 cm, sem invasão da vagina ou paramétrios, contudo visualizou-se uma adenopatia inespecífica na bifurcação dos vasos ilíacos com 11 mm (IIIC1r?). O resultado da biópsia cervical foi carcinoma espinhocelular, G2, associado ao HPV. A doente pretende prosseguir com a gravidez. A situação clínica doi discutida em reunião multidisciplinar, onde foi decidido encaminhamento para a Oncologia Médica, para proposta de início de QTNA.

Conclusão: O tratamento do cancro do colo do útero na mulher grávida é um desafio. Dada a ausência de dados de grandes estudos aleatorizados, a conduta deve ser individualizada e exige uma abordagem multidisciplinar. A quimioterapia neoadjuvante é uma opção de tratamento que pode ser iniciada durante a gravidez.

PO 47

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA INVASÃO ENDOMETRIAL NO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO: CASUÍSTICA DE 4 ANOS

Fabiana Patrícia de Sousa Castro[1]; Andreia Mota de Sousa[1]; António de Pinho[1]; Maria Liz Coelho[1]; Marília Freixo[1]; Cláudia Miranda[2]; Ana Rita Pinto[1]; Fernanda Costa[1]

[1]Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; [2]Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Senhora da Oliveira

Introdução: O carcinoma do endométrio é o cancro ginecológico mais comum nos países desenvolvidos. Em mulheres num estadio mais precoce da doença, o conhecimento da profundidade da invasão miometrial tem implicações prognósticas e terapêuticas. O novo paradigma da abordagem da doente com carcinoma do endométrio enfatiza a importância da determinação da invasão miometrial pré-operatória, sendo atualmente a RMN pélvica o exame de imagem com maior sensibilidade na sua avaliação.

Objetivos:Avaliar a acuidade diagnóstica da Ressonância magnética nuclear (RMN) pélvica pré-operatória na determinação da invasão miometrial.

Material e métodos: Foi efetuada uma análise retrospetiva de 70 doentes diagnosticadas com carcinoma do endométrio no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa entre 01/01/2016 a 31/12/2019. Foram excluídas 3 doentes por doença localmente avançada, 3 doentes por recusa cirúrgica e 19 doentes que não realizaram RMN pré-operatória. As doentes foram alocadas em um dos 3 grupos segundo o resultado da RMN: Exame não conclusivo; Invasão de <50% do miomério; Invasão de >50% do miomério. Foi posteriormente comparada a invasão miometrial imagiológica com o exame anatomopatológico da peça cirúrgica.

Resultados: Foram identificados 45 casos de carcinoma do endométrio que realizaram RMN pélvica previamente à cirurgia. A média

de idade ao diagnóstico foi de 71 anos. 19 casos apresentaram invasão histológica de >50% do miomério. Destes, 47% não tinham evidenciado invasão imagiológica. 4 casos que demonstravam de invasão miometrial na RMN não foram confirmados histologicamente. 55% das RMN pré-operatórias, o grau de invasão miometrial coincidiu com o diagnóstico histológico definitivo (S 55% e E 77%). 15% das destes exames não foram conclusivos quanto à profundidade da invasão miometrial. **Conclusões:** Nesta análise a sensibilidade e especificidade da RMN na avaliação da invasão miometrial do carcinoma do endométrio ficou abaixo do descrito na literatura. Embora a RMN tenha um papel fundamental na determinação da invasão miometrial e consequentemente na determinação da agressividade da abordagem cirúrgica destas doentes, é urgente a implementação de novas ferramentas diagnósticas com menor variabilidade interobservador, como através da aplicação da inteligência artificial. Os autores consideram também muito importante a abordagem multidisciplinar na decisão terapêutica, enfatizando, no actual contexto, a diferenciação dos radiologistas que constituem essas equipas.

PO 48

TUMOR MUCINOSO GIGANTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Claro Nunes; Ana Dagge;
Isabel Lobo Antunes; Ana Gomes Costa;
Ana Rodrigues
Hospital Santa Maria; *CHULN*

Introdução: Os tumores mucinosos primários do ovário constituem 10-15% dos tumores do ovário. Por vezes, a origem das massas anexiais pode ser gastrointestinal, tornando o diagnóstico diferencial mais desafiante. Atendendo à disponibilidade de exames de imagem o aparecimento de massas anexiais gigantes é cada vez mais raro.

Descrição do caso: Mulher de 35 anos na pré-menopausa, previamente saudável, evacuada de São Tomé e Príncipe por uma massa abdominopélvica de origem indeterminada. Referia aumento do volume abdominal com 5 meses de evolução e de agravamento progressivo. À observação no serviço de Urgência apresentava um aumento marcado do volume abdominal a condicionar ortopneia. A palpação abdominal era ligeiramente dolorosa e sugestiva da presença de ascite sob tensão. Foi realizada paracentese com aspiração de material denso em escassa quantidade, pelo que não foi possível a realização de exame citológico e o exame bacteriológico foi negativo. O estudo imagiológico com tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica revelou volumoso derrame peritoneal e uma massa complexa, predominantemente quística e multisseptada, difícil de individualizar, com cerca de 28x16x26cm, podendo corresponder a massa neoplásica anexial direita. Existiam ainda achados imagiológicos sugestivos de carcinomatose peritoneal. Analiticamente apresentava: hemoglobina 8,8 g/dL, albumina 3,3 g/dL, CEA 260 ng/mL e CA 19.9 193 U/mL; CA-125, HE4 e alfa fetoproteína normais. A hipótese diagnóstica mais provável foi um tumor de origem anexial associado a ascite por provável extrusão do conteúdo da referida massa. Realizou-se uma laparotomia exploradora com observação de uma massa anexial direita multiloculada com cerca de 30 cm, atípica, com evidência de rotura pré-operatória e extrusão de conteúdo mucinoso para a cavidade abdominal, bem como múltiplos implantes peritoneais no abdómen superior e pélvis. Procedeu-se a anexectomia direita e biópsias de implantes peritoneais. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências. O resultado histológico foi de neoplasia quística mucinosa com perfil imunohistoquímico de tipo intestinal. **Conclusão:** Este caso demonstra a dificuldade do diagnóstico diferencial de massas

anexiais. A rutura de tumores mucinosos pode levar a depósitos no peritoneu (pseudo-myxoma peritonei-PMP). A presença de massas ováricas mucinosas no contexto de PMP é mais provável ter origem numa neoplasia mucinosa do apêndice do que num tumor primário do ovário.

PO 49

CANCRO DE MAMA ASSOCIADO À GRAVIDEZ (CMAG): 8 ANOS NUM CENTRO TERCIÁRIO

Isabel Maria Saavedra Pinto Ribeiro Rocha; Andreia Martins; Ana Isabel Machado; Paula Ambrósio; Patrícia Pinto
Maternidade Alfredo da Costa-CHLC

Introdução: O CMAG é um termo que compreende o diagnóstico de cancro de mama durante a gestação ou no primeiro ano pós-parto. Trata-se do cancro mais comum na gravidez, com uma incidência de 10-35/100 000 partos. Pensa-se que a incidência crescente desta entidade nos últimos 20 anos se deva ao adiamento cada vez mais comum da maternidade para idades mais avançadas.

Objectivos: Descrever a casuística de CMAG diagnosticados num centro terciário ao longo de um período de 8 anos. Contribuir para uma melhor compreensão do impacto desta patologia na gravidez e comparar os resultados obtidos com a literatura existente.

Materiais e métodos: Estudo retrospetivo descritivo, em que foram incluídas todas as grávidas com diagnóstico de CMAG no Centro Hospitalar Lisboa Central, entre janeiro de 2013 a novembro de 2021. As variáveis estudadas foram: dados demográficos, abordagem, desfechos da doença e materno-fetais. A análise estatística foi realizada no programa SPSS.

Resultados: Foram identificadas 11 grávidas com CMAG, sendo que em todos os casos o diagnóstico foi feto durante a gravidez. A idade materna média foi de 37±4 anos. Todas as gestações foram espontâneas e a maioria das grávidas eram nulíparas. O tipo histológico mais frequentemente diagnosticado foi o carcinoma ductal invasivo (n=8). Histologicamente, o grau de diferenciação mais comum foi G3. Na nossa coorte, em 4 casos, o tumor era hormonodependente, e 2 desses com sobreexpressão de HER2. A idade gestacional (IG) média no momento do diagnóstico foi de 23 ± 8 semanas (S). Em relação ao estadio, 5 encontravam-se no estadio Ia, 2 no IIa, 3 IIb e 1 no estadio IV. Oito grávidas foram submetidas a cirurgia na gravidez: 3 realizaram mastectomia simples (uma com esvaziamento ganglionar associado) e 5 tumorectomia. A IG média na altura da cirurgia foi de 24±8 S. Três grávidas receberam quimioterapia (esquema com antraciclinas) no 2º e 3º trimestres. A IG média do parto foi de 36 ± 3 S, tendo havido 7 partos pré-termo. O peso médio dos recém-nascidos (RN) foi de 2363 ± 715 gr, com 1 RN leve para a IG (peso<p10). Dois RN apresentam co-morbilidades relacionadas com a prematuridade. Das grávidas incluídas no estudo, a taxa de sobrevida aos 5 anos foi de 82%.

Conclusão: O CMAG representa um desafio clínico e exige um acompanhamento multidisciplinar. O prognóstico nas gestantes é similar às não gravidas quando se tem em conta o estadio da doença e idade da mulher.

PO 51

TUMORES SÍNCRONOS: CARCINOMA ENDOMETRIOIDE DO ENDOMÉTRIO E LINFOMA LINFOCÍTICO DE PEQUENAS CÉLULAS B

Marta Xavier; Mariana Lira Morais;
Catarina Amorim Meireles; Ana Mações;
Evelin Pinto; Mariana Novais Veiga;
João Gonçalves; Graça Ramalho
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

Introdução: Os tumores primários síncronos são pouco comuns, variando entre 1.2 - 5.1% de casos em estudos clínicos e autópsias. A coexistência de uma neoplasia hematológica com uma neoplasia ginecológica é um fenómeno muito raro. Reportamos um caso de um linfoma linfocítico de pequenas células B diagnosticado incidentalmente aquando do estadiamento cirúrgico de um carcinoma do endométrio.

Caso clínico: Mulher de 74 anos (G2P2; menopausa aos 44 anos de idade, tendo feito terapêutica hormonal por um período <1 ano), com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus e obesidade. Referenciada à consulta de ginecologia por hemorragia uterina anómala (HUA) pós-menopausa e espessamento endometrial de 25mm. Submetida a biópsia aspirativa endometrial com resultado histológico de hiperplasia endometrial atípica/Carcinoma endometrioide G1. Proposta para laparotomia exploradora com exame extemporâneo do útero. Intra-operatóriamente foram constatadas adenopatias ao longo das cadeias ilíacas, bilateralmente, e na região lombo-aórtica (a maior com 4 cm). O exame extemporâneo do útero revelou carcinoma endometrioide do endométrio, G2, com invasão de >50% do miométrio pelo que, além de lavado peritoneal e histerectomia total com salpingooforectomia bilateral, foram realizadas linfadenectomias pélvicas e lombo-aorticas. O exame histológico definitivo do útero foi Carcinoma endometrióide do endométrio IB G2, sem invasão linfo-vascular, e o diagnóstico histológico das adenopatias (ilíacas e lombo-aorticas) foi Linfoma linfocítico de pequenas células B / leucemia linfocítica crónica B, sem envolvimento pelo carcinoma endometrioide. A doente foi orientada para consulta de hemato-oncologia, sendo decidida vigilância clinica por linfoma linfocítico de células pequenas B em doente assintomática e sem citopenias. A doente completou ainda tratamento com braquiterapia (3 sessões) no Instituto Português de Oncologia do Porto e mantem seguimento na nossa instituição.

Conclusão: Este caso tem como propósito alertar para o evento raro que é a coexistência de um linfoma com um carcinoma do endométrio. O conhecimento desta associação permite a suspeição clinica de um linfoma síncrono aquando de constatação intraoperatória de adenopatias volumosas ou em localização pouco usual, facilitando o diagnóstico e a vigilância/tratamento apropriado da doente.

PO 52

LINFOMA PRIMÁRIO DA MAMA – REVISÃO DE UM CASO CLÍNICO

Joana da Cunha Simões; Henrique Morais;
Vera Ribeiro; Manuel Ferro; António Lagoa
Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro

Introdução: O linfoma da mama é uma neoplasia hematológica rara com origem no tecido linfoide mamário. Pode ocorrer como doença primária (LPM) ou secundária. O LPM representa menos de 1% de todos os linfomas não-Hodgkin e 0,05-0,53% das neoplasias malignas da mama.

O subtipo mais comum é o linfoma difuso de grandes células B. Tende a crescer rapidamente e por isso deve ser tratado atempadamente. Normalmente apresenta-se como uma massa palpável e um achado solitário

nos exames de imagem. A imagiologia apresenta fenótipos que se sobrepõe aos de carcinoma primário da mama, otornando o diagnóstico prospetivo um desafio.
O critério de diagnóstico inclui tecido mamário e linfoma em associação, ausência de história de linfoma e ausência de envolvimento de outros órgãos ao diagnóstico, podendo existir envolvimento ganglionar ipsilateral simultâneo.
Relatamos um caso de LPM com o objetivo de chamar a atenção para a dificuldade deste diagnóstico raro.
Descrição do caso: Mulher de 46 anos, sem antecedentes de relevo. Rastreio do cancro da mama atualizado. Notou nódulo na transição dos quadrantes superiores (TQS) da mama esquerda (ME). Negava sintomas constitucionais.
Realizou mamografia que mostrou área de maior densidade na TQS da ME e duas áreas hipoecogénicas de contornos mal definidos com 54/21 mm e 21/10 mm. ME BIRADS 4B e MD BIRADS 3.
Ao exame objetivo palpava-se na TQS lesão dura e irregular com cerca de 5 cm e, a cerca de 1cm, outra lesão irregular de consistência pétrea com cerca de 1 cm. Sem adenomegalias palpáveis.
Na tomografia axial observaram-se adenopatias axilares esquerdas, a maior com 15 mm. Restante exame negativo. As análises foram normais com marcadores tumorais CEA e CA 15,3 negativos.
Realizou *core biopsy* ecoguiada com suspeita de linfoma mamário onde foi referido material insuficiente para diagnóstico, tendo sido realizada uma biópsia incisional. O diagnóstico histológico foi tecido mamário com infiltração linfocitária sugestiva de linfoma B difuso de grandes células.
Conclusão: O LPM pode representar um desafio diagnóstico para o oncologista, patologista e radiologista. A apresentação pode ser variável tanto clínica como mamograficamente, sendo importante considerar modalidades imagiológicas e de biópsia adicionais.
Em caso de suspeita de linfoma, uma revisão da história clínica, técnicas de biópsia apropriadas e avaliação de multifocalidade, bilateralidade e doença distante são críticas para o diagnóstico, estadiamento e tratamento.

PO 53

PRECISÃO DIAGNÓSTICA DA BIÓPSIA ENDOMETRIAL NO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO DO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO

Andreia Mota de Sousa[1]; Fabiana Castro[1]; Antonio de Pinho[1]; Maria Liz Coelho[1]; Marília Freixo[1]; Cláudia Miranda[2]; Ana Rita Pinto[1]; Fernanda Costa[1]; Cristina Oliveira[1]
[1]Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; [2]Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

O carcinoma do endométrio é a sexta neoplasia maligna mais incidente na população feminina. O diagnóstico histológico é crucial, devendo a abordagem destas doentes incluir a determinação, por biópsia, do subtipo histológico e do grau de diferenciação celular do tumor, uma vez que são essenciais no planeamento terapêutico desta patologia. Apesar da histeroscopia ser hoje considerada central no estudo desta neoplasia, o recurso à biópsia sem visualização direta da cavidade é, ainda, uma metodologia muito utilizada.
O presente estudo teve como objetivo avaliar o grau de concordância entre a biópsia do endométrio, por biópsia dirigida (BD), através de histeroscopia ou não dirigida (BND), efetuada com sonda de Novak, e o resultado definitivo da peça cirúrgica, relativamente ao tipo histológico e ao grau de diferenciação celular do carcinoma do endométrio.
A população em estudo englobou mulheres submetidas a cirurgia de estadiamento de carcinoma do endométrio, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2019, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa com diagnóstico his-

tológico definitivo de cancro do endométrio no estudo anatomopatológico da peça cirúrgica.
No período em questão foram identificados 70 casos de carcinoma do endométrio tendo sido excluídos do estudo 17 casos: 11 por não terem realizado cirurgia (opção individual ou ausência de indicação), 3 casos por não terem realizado biópsia endometrial prévia à cirurgia e 3 casos por ter sido realizada cirurgia em outra instituição de saúde. Assim, foram incluídas um total de 53 mulheres, 85% com diagnóstico histológico, na peça cirúrgica, do tipo endometrioide e 15% não endometrioide. O grau de diferenciação celular, nos carcinomas endometrioides, distribui-se por G1, G2 e G3 em 42%, 51% e 7% dos casos, respetivamente. A BD foi realizada em 74% dos casos e a BND em 26%.
A análise do grau de concordância revelou que em 79,5% dos casos, a BD apresentou um resultado concordante com o resultado da peça cirúrgica na determinação do tipo histológico. Quanto à BND, este valor foi de 64,3%. Relativamente ao grau de diferenciação celular dos tumores endometrioides, a BD apresentou um valor de concordância com a peça cirúrgica de 52,2% e a BND de 50%.
Os resultados permitem salientar uma maior concordância entre a biópsia dirigida por histeroscopia e o resultado anatomopatológico da peça cirúrgica, principalmente na determinação do tipo histológico desta neoplasia.

PO 54

A PERSONALIZAÇÃO DA MENSAGEM NA RECUPERAÇÃO DO RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Miguel Ribeiro Oliveira; Maria Fernanda Amaral
UCSP S. Miguel ULSCB

O cancro do colo do útero (CCU) é o 4° cancro com maior incidência e mortalidade nas mulheres a nível mundial. O rastreio do cancro do colo do útero (RCCU) está validado como uma estratégia eficiente na redução da incidência e mortalidade por CCU. Em Portugal, a taxa de cobertura do RCCU em 2019 já era de 98.4% e a taxa de adesão de 87.9%. Contudo, no âmbito da resposta do Serviço Nacional de Saúde à pandemia COVID-19, em março de 2020 houve uma adaptação da atividade dos CSP, com suspensão do RCCU. Consequentemente, entre março de 2020 e março de 2021, observou-se uma queda de 19% no número de mulheres rastreadas para o CCU. Por outro lado, a generalização do sistema SNS24 como gestor de acesso aos cuidados de saúde – um serviço algorítmico eficiente contudo impessoal e abstrato – criou uma oportunidade para o impacto positivo da comunicação personalizada pelo Médico de Família.
Este trabalho, parte de um ciclo melhoria da qualidade, teve por objetivo principal avaliar o efeito de uma convocatória personalizada no número de RCCU realizados, comparativamente ao período pré-pandémico. Foram adotadas as metas da União Europeia (UE) para o RCCU. Estudo pré-experimental, pré e pós-intervenção, sem grupo controlo, realizado no contexto da prática clínica habitual, num ficheiro médico de uma Unidade de CSP. A população em estudo foi constituída por utentes elegíveis para a realização do RCCU. A intervenção, realizada entre março e novembro de 2021, consistiu na inclusão de uma mensagem personalizada da médica de família na convocatória para a consulta de PF, desta-

cando a relevância individual da realização do RCCU e o agendamento da consulta de PF dedicada à utente. Como comparador pré-intervenção foram utilizados os resultados do período homólogo de 2019.

A taxa de convocatória foi de 100% (89% em 2019). A adesão ao RCCU foi de 73% (55% em 2019). A taxa de adesão à convocatória por utentes não cumpridoras foi de 52% (12% em 2019). A meta para o indicador de RCCU para os CSP foi cumprida, com 74% dos RCCU atualizados. As metas da UE para o RCCU foram cumpridas no período pós-intervenção ($p < 0,001$).

Os profissionais conseguiram melhorar significativamente os indicadores do RCCU, cumprindo as recomendações da UE. A aplicação da intervenção em apenas um ficheiro médico limita a generalização dos resultados. Contudo, estratégias simples que explorem a personalização da comunicação com os utentes, parecem aumentar significativamente a realização de RCCU.

Comunicações livres

Videos

VD 01

GÂNGLIO SENTINELA NO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO – USO COMBINADO DE INDOCIANINA VERDE E TECNÉSIO-99

Mónica Pires[1]; Mariana Veiga[2]; Mafalda Laranjo[3]; Carla Bartocsh[1]; Vanda Patrício[1]; Almerinda Petiz[1]
[1]Instituto Português de Oncologia do Porto; [2]Hospital de Cascais; [3]Hospital de Pedro Hispano

A metastização ganglionar permanece um dos principais fatores de prognóstico do cancro do endométrio. A realização de tratamentos de adjuvância está dependente da avaliação das cadeias ganglionares de drenagem uterina. Nesse sentido, o mapeamento linfático com gânglio sentinela tem surgido como uma alternativa promissora ao esvaziamento ganglionar sistemático, no sentido de possibilitar a redução da morbilidade associada aos tratamentos, mantendo, ao mesmo tempo, o benefício do estadiamento cirúrgico.

A indacianina verde (IV) – um corante hidrossolúvel com fluorescência no espectro infravermelho – é, atualmente, o corante de eleição utilizado na oncologia ginecológica. Particularmente no carcinoma de alto risco do endométrio, a deteção de gânglio sentinela com IV tem uma elevada sensibilidade e especificidade.

Contudo, estão descritas na literatura algumas dificuldades, particularmente nas fases iniciais de implementação, nomeadamente a possibilidade de marcação de tecido linfático não ganglionar e a identificação de gânglios não sentinela. Além disso, ainda poucos dados estão disponíveis relativamente às taxas de deteção dos gânglios em localização para-aórtica, sendo esta uma área ainda sob investigação.

Embora alguns estudos não tenham revelado vantagens na associação de adição de tecnécio-99, pelo menos numa fase inicial de implementação do seu uso, esta poderá fornecer informação adicional quanto à natureza do gânglio detetado, e consequentemente revelar-se uma mais-valia na deteção do verdadeiro gânglio sentinela. Além disso, esta combinação de IV com de tecnécio-99, possibilita a obtenção de imagem pré-operatória e poderá contribuir para a diminuição de taxas de tecido linfático não ganglionar.

Apresenta-se um vídeo descritivo da técnica de uso combinado de IV e tecnécio-99 num caso de carcinoma do endométrio do tipo de células claras.

VD 02

INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTÁVEL

Mariana Sucena; Inês Gante; Cláudia Andrade; Cristina Frutuoso; Francisco Falcão
Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: São várias as indicações para a inserção de cateteres venosos centrais (CVC). O cateter venoso central totalmente implantável (CVCTI) é um tipo de acesso venoso central colocado cirurgicamente que se caracteriza por conter um reservatório subcutâneo que se acede puncionando a câmara, evidenciando-se a sua grande utilização em doentes oncológicos, sendo determinantes na qualidade de vida destes doentes que requerem acessos venosos prolongados.

Objetivo: O objetivo deste vídeo foi realizar uma revisão sobre os princípios básicos de

inserção de CVC pela técnica clássica fazendo uso de referências anatómicas.

Resultados: A abordagem de uma veia central pode ser realizada através da veia jugular interna, subclávia ou femoral. A colocação de CVC foi realizada no bloco operatório em regime de ambulatório sob anestesia local, e foi efetuada usando material esterilizado e técnica asséptica.

Na abordagem da veia subclávia a agulha é introduzida imediatamente inferior ao ponto médio da clavícula, em um ângulo superficial na pele, e, circundando a parte inferior da clavícula, em direção à incisura esternal. Um fio guia flexível é introduzido na agulha e o cateter é inserido pela técnica de *Seldinger*, sempre com monitorização eletrocardiográfica, e caso se visualize algum distúrbio do ritmo, dever-se-á recuar ligeiramente o fio guia. Após o procedimento foi realizada radiografia do tórax para confirmação da posição do cateter e exclusão de complicações.

Conclusão: A colocação de CVCTI deve ser realizado por pessoal médico experiente, o que se correlaciona com uma menor taxa de falência de colocação, bem como um menor número de complicações.

Nos pacientes oncológicos permite diminuir a ansiedade associada a punções repetidas, melhorando desta forma a qualidade de vida destes pacientes.

Convidados

Ana Francisca *(Ginecologia, IPO Lisboa)*

Ana Paula Amorim *(Enfermagem, Consulta Externa Oncologia, ULS Alto Minho, Hospital Santa Luzia)*

Andreia Relva *(Ginecologia, IPO Lisboa)*

António Pedro *(Enfermagem, Especialidades Cirurgicas IPO Coimbra)*

Bruno Magalhães *(Enfermagem, Oncologia Cirúrgica, IPO Porto)*

Carla Bartosh *(Patologia, IPO Porto)*

Carla Faria *(Enfermagem, Clínica Ginecologia, IPO Porto)*

Cláudia Andrade *(Ginecologia, CHUC)*

Cláudia Fraga *(Presidente MOG)*

Cristina Frutuoso *(Ginecologia, CHUC)*

Daniel Pereira da Silva *(Colégio da Especialidade Ginecologia-Oncológica)*

Domenica Lorusso *(Policlinico Universitario A Gemelli IRCCS Universita' Cattolica del sacro Cuore di Roma, Roma)*

Elisa Santos *(Enfermagem, Consulta Ginecologia, CHS. João)*

Fátima Vaz *(Oncologia Médica, IPO Lisboa)*

Filipa Silva *(Fundação Champalimaud, Lisboa)*

Frederic Amant *(Ginecologia, Leuven Bélgica)*

Gabriela Sousa *(Oncologia Médica, IPO Coimbra)*

Helder Esperto *(Medicina Interna, CHUC)*

Henrique Nabais *(Ginecologia, Fundação Champalimaud)*

Hugo Gaspar *(Ginecologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça)*

Inês Gante *(Ginecologia, CHUC)*

Inês Góis *(Radioncologia, CHUC)*

Isabel Henriques *(Ginecologia, CHUC)*

Joana Bordalo e Sá *(Oncologia Médica, IPO Porto)*

Joana Ferreira *(Enfermagem, Serviço Ginecologia, CHUC)*

João Fonseca *(Radioncologia, IPO Lisboa)*

Lúcia Correia *(Ginecologia, IPO Lisboa)*

Lúcia Sagarro *(Ciências da Sáude, Saragoça)*

Luís Sá *(Ginecologia, IPO Coimbra)*

Luzia Garrido *(Enfermagem, Centro Clínico Mama, CHS. João)*

Manuel Teixeira *(Genética, IPO Porto)*

Margarida Bernardino *(Ginecologia, IPO Lisboa)*

Margarida Borrego *(Radioncologia,CHUC)*

Mariana Vide *(Ginecologia, IPO Porto)*

Miguel Abreu *(Oncologia Médica, IPO Porto)*

Mónica Nave *(Ginecologia, H. Luz Lisboa)*

Mónica Pires *(Ginecologia, IPO Porto)*

Olga Caramelo *(Ginecologia, CHUC)*

Paula Moreira *(Enfermagem, Oncologia Cirúrgica, IPO Porto)*

Paulo Aldinhas *(Ginecologia, IPO Coimbra)*

Paulo Correia *(Ginecologia, IPO Coimbra)*

Rafaela Trincão *(Nutrição, CHUC)*

Raúl Marquéz *(Oncologia Médica, MDA Madrid)*

Rita Sousa *(Ginecologia, IPO Coimbra)*

Sofia Franco *(Obstetrícia, CHUC)*

Sofia Duque *(Internista, Hospital Cuf Descobertas)*

Sofia Maia *(Genética, CHUC)*

Sonia Ferreira *(Enfermagem, Unidade Ginecologia, Fundação Champalimaud)*

Sónia Silva *(Psicologia, LPCC)*

Susana Calhindro *(Enfermagem, Especialidades Cirúrgicas 1, IPO Coimbra)*

Susana Sousa *(Oncologia Médica, IPO Porto)*

Teresa Rebelo *(Ginecologia, CHUC)*

197ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Ginecologia Oncológica

Organização

SPG
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

Major Sponsors

gsk

MSD
INVENTING FOR LIFE

Sponsors

Applied Medical
A New Generation Medical Device Company

AstraZeneca

EXCELENCIA ROBÓTICA

Exeltis
Rethinking healthcare

Pfizer
Oncology

Procare Health
Naturally woman

tecnimede

Secretariado

admédic
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

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