

199^a

Reunião da Sociedade
Portuguesa de Ginecologia

13 e 14 | JANEIRO | 2023
Hotel Hilton Porto Gaia

Programa
Científico

Scientific Program

Hormonas
e **Saúde da Mulher**

Hormones
and women's health

199^a

Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Sexta-feira *Friday* | **13 de janeiro de 2023** *January 13, 2023*

CURSO PRÉ-REUNIÃO | *PRE-MEETING COURSE*

08:45-12:30h	Síndrome do ovário policístico (SOP) <i>Polycystic ovary syndrome (POS)</i> Coordenadores <i>Coordenators</i> : Duarte Pignatelli e Ana Rosa Costa
08:45-09:00h	Abertura Curso
09:00-09:30h	SOP – Conceitos e definições Pedro Pinto
09.300-10:00h	Alterações neuro-endócrinas e metabólicas Duarte Pignatelli
10:00-10:30h	Aspetos ecográficos de SOP Dusan Djokovic
10:30-11:00h	Intervalo
11:00-11:30h	SOP, implicações para a saúde da mulher: Reprodutivas e outras Maria João Carvalho
11:30-12:00h	Terapias personalizadas: Porquê, quando e por quanto tempo, a necessidade de personalização Ana Rosa Costa
12:00-12:30h	Casos clínicos



13:00h Abertura do Secretariado | *Opening of the Secretariat*

14:00-14:15h **SESSÃO DE ABERTURA** | **OPENING SESSION**

14:15-15:45h **SESSÃO 1** | **SESSION 1**

Endocrinologia na adolescência | *Endocrinology and adolescence*

Moderadores | *Chairs*: Filomena Sousa e Duarte Pignatelli

Fisiologia da puberdade e adolescência | *Physiology of puberty and adolescence*

Angela Rodrigues

Amenorreia primária: Conceitos e avaliação diagnóstica | *Primary amenorrhea: Concepts and diagnostic evaluation*

Naíegal Pereira

Endocrinopatias no início da adolescência: Detecção e orientação | *Endocrinopathies in early adolescence: Diagnostic and management*

Olinda Marques

Comunicação Oral 08 | **Insuficiência ovárica prematura na adolescência**

Inês Marques Pereira

15:45-16:30h **SESSÃO 2** | **SESSION 2**

Hormonas na infertilidade | *Hormones and infertility*

Moderadores | *Chairs*: Liana Negrão e Pedro Xavier

Hormonas esteroides livres: Importância da sua determinação em Endocrinologia ginecológica | *Steroid-free hormones: Importance of determination in gynecological Endocrinology*

Ana Isabel Oliveira

Hormona antimulleriana: Utilidade da sua determinação nas mulheres em idade fértil | *Antimullerian hormone: Usefulness of its determination in women of childbearing age*

Sofia Dantas

16:30-17:00h Coffee-break

17:00-17:30h **CONFERÊNCIA 1** | **KEYNOTE LECTURE 1**

Preservação da fertilidade: Quando e como? | *Fertility preservation: When and how?*

Moderador | *Chair*: João Silva Carvalho

Luís Ferreira Vicente

17:30-18:30h **SESSÃO COMUNICAÇÕES ORAIS**
SESSION ORAL COMMUNICATIONS
Moderadores | *Chairs*: Irina Ramilo e Pedro Vieira Baptista

18:30h **ASSEMBLEIA GERAL DA SPG | SPG GENERAL ASSEMBLY**

Sábado *Saturday* | 14 de janeiro de 2023 *January 14, 2023*

07:30h Abertura do Secretariado | *Opening of the Secretariat*

08:00-09:15h **SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DE POSTERS/IMAGENS**
POSTER/IMAGE PRESENTATION SESSION
Moderadores | *Chairs*: João Cavaco Gomes e José Alberto Moutinho

09:15-10:45h **SESSÃO 3 | SESSION 3**

Menopausa e terapêutica hormonal | *Menopause and hormone therapy*

Moderadores | *Chairs*: Fernanda Geraldês e Cláudio Rebelo

Menopausa: Existem diferentes fenótipos e diferentes abordagens terapêuticas? | *Menopause: There are different phenotypes and HT approaches?*

Fernanda Geraldês

O risco real de cancro da mama associado a TH | *The real-life risk of breast cancer from HRT*

Anne Gompel

Comunicação Oral 07 | Perspetiva dos médicos sobre a síndrome genitourinária da menopausa nas mulheres com cancro da mama

Mariana Robalo Cordeiro

10:45-11:15h Coffee-break

 **GEDEON RICHTER**
Health is our mission

11:15-12:00h **SIMPÓSIO 1 | SIMPOSIUM 1**

 **GEDEON RICHTER**
Health is our mission

Drovelis[®], uma classe à parte na contraceção | *Drovelis[®], a class apart in contraception*

Moderadora | *Chair*: Ana Rosa Costa

Estetrol (E4), o único estrogénio nativo com ação tecidual seletiva | *Estetrol (E4), the only natural estrogen with selective tissue activity*

Teresa Bombas

Drovelis[®], benefícios não contraceptivos | *Drovelis[®], non-contraceptive benefits*

Patrícia Isidro Amaral

12:00-12:45h Tomada de posse da nova Direção | *New SPG Board 2023-2025*

12:45-14:00h Almoço | *Lunch*

14:00-14:30h **CONFERÊNCIA 2 | KEYNOTE LECTURE 2**

Os transtornos ovulatórios: Um novo sistema de classificação FIGO

The FIGO ovulatory disorders: A classification system

Moderadora | *Chair*: Margarida Martinho

José Reis

14:30-15:15h **SIMPÓSIO 2 | SIMPOSIUM 2**



Ryeqo® – Avanços no tratamento endócrino | Ryeqo® – Advances in endocrine treatment

Moderadora | *Chair*: Fátima Faustino

Antagonistas orais da GnRH | Oral GnRH antagonists

Cristina Nogueira-Silva

Ryeqo®: Aplicações clínicas | Ryeqo®: Clinical applications

Margarida Martinho

15:15-16:15h **SESSÃO 4 | SESSION 4**

Síndrome de ovário policístico: novos desafios | Polycystic ovary syndrome: new challenges

Moderadores | *Chairs*: Teresa Mascarenhas e Fernanda Águas

O fenótipo cerebral no SOP: Andrógenos, anovulação, e gênero

The brain phenotype in PCOS: Androgens, anovulation, and gender

Adriana Lages

Síndrome do ovário policístico: Desafios metabólicos e novas opções de tratamento | Polycystic ovary syndrome: Metabolic challenges and new treatment options

Ana Rosa Costa

16:15-16:45h **CONFERÊNCIA 3 | KEYNOTE LECTURE 3**

Vitamina D em Medicina da Reprodução | Vitamin D in Reproductive Medicine

Moderadora | *Chair*: Fátima Faustino

Pedro Xavier

16:45h **ENCERRAMENTO DA REUNIÃO | CLOSING OF THE MEETING**

Entrega de prémios

Comunicações Orais *Oral Communications***CO 01****AMENORREIA SECUNDÁRIA E VIRILIZAÇÃO
EM MULHER JOVEM: UMA CAUSA RARA**

Daniela David; Beatriz Ferro; Ângela Rodrigues;
Cristina Frutuoso; Cláudia Andrade; Fernanda Águas
CHUC

Introdução: Nas mulheres em idade reprodutiva, as causas de hiperandrogenismo são sobretudo de origem ovárica ou supra-renal. Os tumores de Sertoli-Leydig são um tipo raro de tumor do ovário, com uma incidência estimada inferior a 0,5%, sendo que o hiperandrogenismo pode ser uma das suas principais manifestações clínicas. Descreve-se um caso clínico de uma jovem com amenorreia secundária, virilização e massa anexial.

Descrição: Jovem de 23 anos referenciada à consulta de Ginecologia oncológica por dor pélvica e massa anexial de 20 cm. Apresentava amenorreia secundária com um ano de evolução e sinais clínicos de virilização: hirsutismo com distribuição pilosa abdominal, mento e coxas e clitoromegália. Na investigação analítica constatou-se aumento da testosterona total (1,6 ng/mL), androstenediona (4,9 ng/mL) e DHEA-S04 (0,96 ug/mL) e CA-125 de 259 U/mL. A ecografia endovaginal revelou na dependência do ovário direito volumosa formação multilocular sólida com dimensões de 194x125x158 mm, avascular. A TAC pélvica demonstrou massa hipodensa com 20 cm com múltiplas septações, com moderado derrame no fundo de saco de Douglas e sem adenopatias lombo-aórticas. Foi submetida a

anexectomia direita e biopsias peritoneais por laparotomia. O estudo histológico definitivo revelou tratar-se de um tumor de células de Sertoli-Leydig moderadamente diferenciado do ovário e as biópsias peritoneais não revelaram neoplasia, sendo classificada como estadio FIGO IC1, por rotura iatrogénica da cápsula ovárica. Realizou preservação de fertilidade e foi submetida posteriormente a quimioterapia. Foi efetuada pesquisa de mutação do gene DICER1 associado a síndrome de predisposição tumoral cujo resultado foi negativo. Seis meses após a cirurgia, o doseamento de testosterona era normal (<0,1 ng/mL), e houve restabelecimento do ciclo menstrual e regressão do completa do quadro de virilização inicial.

Conclusão: O caso clínico refere-se a uma causa rara de amenorreia secundária associada a hiperandrogenismo, com a presença de uma massa anexial o que levantou a suspeita de tumor ovárico produtor de androgénios. Em mulheres de idade jovem, com amenorreia, hiperandrogenismo e sinais de virilização deve suspeitar-se de tumores não epiteliais do ovário, nomeadamente de tumores de Sertoli-Leydig.

CO 02

ADOLESCENTES COM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL – E A FERTILIDADE?

Alexandra Almeida Santos; Joana Mafra; Bárbara Gomes; Carlota Carvalhos; Fernanda Geraldes; Fernanda Águas
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Os distúrbios do desenvolvimento sexual (DDS) são um grupo de anomalias genéticas, com repercussões na determinação e/ou diferenciação sexual. Com uma incidência global de 1/4500, agrupam-se em subcategorias como anomalias heterocromossómicas ou Mullerianas, DDS 46,XX ou 46,XY.

Os DDS podem associar-se a alterações do potencial reprodutivo, justificadas pela existência de disgenesia gonadal ou malformações anatómicas, história de gonadectomia, excesso de androgénios e progesterona em circulação e fatores psicossociais.

Entre 2015 e 2021, foram encaminhados para a consulta de Ginecologia da Infância e Adolescência no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 10 casos de DDS: oito de hiperplasia congénita da suprarrenal (HCSR), um caso de ovotestis 46,XX (caso A) e outro com cariótipo 45,X (20)/46,XY(10) (caso B).

Os casos de HCSR foram seguidos ad initio pela Endocrinologia, com igual número de casos de forma clássica e não clássica. Realizaram-se quatro cirurgias de correção de ambiguidade sexual na infância. Duas pacientes tiveram diagnóstico de pubarca precoce. Num caso, por diagnóstico de infertilidade aos 18 anos, realizaram-se três transferências de embriões, sem sucesso.

Os casos de disgenesia gonadal foram referenciados para a Ginecologia após menarca espontânea (caso A) e após indução da puberdade (caso B).

Caso A: cariótipo 46,XX,ish(Y)p11.3(SRY-),

genitália ambígua ao nascimento (presença de pênis e gónada palpável no canal inguinal direito). Submetida aos 7 meses a gonadectomia direita e biópsia da gónada contralateral (útero, trompa e ovário identificados intraoperatoriamente). Anatomia patológica: ovário à esquerda e ovotestis à direita. Menarca espontânea aos 13 anos, a aguardar consulta multidisciplinar para esclarecimento da doença relativamente à sua situação clínica.

Caso B: Gonadectomia no 1º ano de vida. Aos 11 anos, manifestada preocupação por parte dos pais relativamente ao potencial reprodutivo e vida sexual. Por imagem compatível com útero rudimentar, fez terapêutica com estroprogestativo durante 3 anos, mantendo amenorreia primária. Vaginoscopia: vagina curta e ausência de colo. Proposta dilatação vaginal progressiva, estrogénios tópicos e manutenção de estroprogestativo.

Proposto acompanhamento psicológico precoce em ambos os casos.

A abordagem multidisciplinar dos DDS inclui estudo genético, bioquímico, psicológico e clínico. Impõe-se avaliação do trato geniturinário, fertilidade e potencial de tumores gonadais, crescimento e desenvolvimento ósseo e o envolvimento de outros órgãos. Propõe-se uma abordagem multidisciplinar e coordenada, com acompanhamento em todas as fases de vida, equilibrando, em cada avaliação, a necessidade de intervenção e a as propostas terapêuticas disponíveis. O aconselhamento reprodutivo deve ser realizado precocemente para permitir a eventual preservação do potencial reprodutivo.

CO 03

EXCESSO DE PESO E OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: QUAL A INFLUÊNCIA NO CICLO MENSTRUAL?

Joana Mafra; Bárbara Gomes; Carlota Carvalhos; Alexandra Almeida Santos; Fernanda Galdes; Fernanda Águas; Ângela Rodrigues
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A prevalência da obesidade na adolescência tem aumentado significativamente. Além do impacto cardiovascular e metabólico, tem sido associada a menarca e desenvolvimento pubertário mais precoces. Parece associar-se a maior tendência para irregularidades menstruais, que podem resultar em oligomenorreia, amenorreia secundária e hemorragia uterina anormal frequente e intensa.

Objetivo: Avaliar o impacto do índice de massa corporal (IMC) no padrão menstrual de adolescentes.

Métodos: Estudo caso-controlo que incluiu 407 adolescentes referenciadas à consulta de Ginecologia da Infância/Adolescência de um Hospital terciário por alterações na regularidade, duração e intensidade de menstruações. Consideraram-se 2 grupos de estudo de acordo com o IMC: Grupo A (controlo) - $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ ($n = 204$), Grupo B - $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ($n = 203$). Critérios de exclusão: informação incompleta, menarca há menos de dois anos e suspeita de patologia estrutural/hematológica que possa justificar disfunção menstrual. Para obtenção do grupo controlo foi utilizada uma técnica de amostragem aleatória. Análise estatística em SPSS®, nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: A idade média na primeira consulta foi $15,25 \pm 1,55$ (grupo A) e $15,25 \pm 1,51$ anos (grupo B, p n.s.). A idade média da menarca foi $11,68 \pm 1,28$ (grupo A) e $11,36 \pm 1,39$ anos (grupo B), verificando-se uma

relação inversa entre IMC e idade da menarca estatisticamente significativa ($p = 0,017$; $OR = 0,84$ 95% IC [0,72; 0,97]).

Avaliando os motivos de referenciação, as irregularidades menstruais representaram 64,2% e 63,7% ($n = 131$ e $n = 128$, grupo A e B, p n.s.); HUA menstrual abundante 29,9% e 23,4% ($n = 61$ e $n = 47$, grupo A e B, p n.s) e amenorreia secundária 5,9% e 12,9% ($n = 12$ e $n = 26$, grupo A e B, p n.s). Não se verificou uma associação entre IMC e dismenorreia (Grupo A 52,4%, Grupo B 47,6%, p n.s).

Quando comparados os grupos em termos de risco cardiovascular (hipertensão, dislipidemia e insulinoresistência), verificou-se maior incidência, estatisticamente significativa, no Grupo B ($p < 0,001$, $OR = 4,34$ 95% IC [1,81; 11,8]).

Conclusão: Concluímos que existe uma relação estatisticamente significativa entre IMC e idade de menarca, sendo que menarca mais precoce se associa a IMC mais elevado. Verifica-se uma tendência para amenorreia secundária em jovens com IMC elevado, não se encontrando relação direta entre IMC e irregularidades menstruais/HUA. Importa ressaltar a associação estatisticamente significativa entre IMC elevado e risco cardiovascular, que apresenta um impacto significativo na saúde reprodutiva e ginecológica futura, com implicações em termos de orientação terapêutica destas adolescentes.

É essencial reforçar junto dos cuidados de saúde primários que o excesso de peso juvenil e infantil poderá ter repercussão como fator independente no ciclo menstrual, devendo-se primar pelo reforço de medidas higieno-dietéticas adequadas nesta faixa etária.

CO 04

SÍNDROME CHARGE COMO CAUSA RARA DE HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓFICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Susana Saraiva; Patrícia Ferreira; Carolina Carneiro; Isabel Monteiro; Anabela Giestas

CHEDV - HSS - Santa Maria da Feira

Introdução: A síndrome CHARGE é uma síndrome extremamente rara, com uma incidência que varia entre 0,1-1,2/10 000. O seu nome representa um acrónimo (Coloboma, Heart malformations, choanal Atresia, Retardation of growth and/or development, Genital anomalies and Ear anomalies). O diagnóstico inicial é clínico, pela presença de 4 critérios major (coloboma, atresia coanal, anomalias dos nervos cranianos ou das orelhas) ou 3 critérios major e 3 critérios minor. O diagnóstico definitivo requer estudo genético.

A etiologia desta síndrome consiste frequentemente numa nova mutação no gene CHD7, cuja função é necessária para o desenvolvimento da retina ou dos nervos cranianos.

Neste trabalho descreve-se o caso de uma doente com síndrome CHARGE, encaminhada a Ginecologia por amenorreia primária.

Descrição do caso: Adolescente de 16 anos, sexo feminino, com Síndrome CHARGE diagnosticado na infância, em seguimento por Pediatria. Apresentava coloboma, hipoplasia uterina, atraso de desenvolvimento, surdez e alteração do pavilhão auricular.

Foi encaminhada ao serviço de Ginecologia por amenorreia primária.

Realizou ecografia transvaginal e abdominal, que revelou útero hipoplásico com dimensões de 20x9x20mm, sem anexos visíveis. A hipoplasia útero-ovárica foi confirmada por RMN. O estudo analítico realizado foi compatível com hipogonadismo hipogonadotrófico isolado (HH), sem outras alterações. RMN selar sem alterações.

Encontra-se atualmente assintomática e com

hemorragia de privação sob estroprogestativo (drospirona/etinilestradiol). Ao exame objetivo, sobrepeso (IMC = 25.3kg/m²), com caracteres sexuais secundários preservados e adequados à idade cronológica (estadio Tanner V).

A doente mantém-se em seguimento multidisciplinar por Endocrinologia, Oftalmologia, Ortopedia, Ginecologia e Nutrição.

Conclusão: Este caso clínico relembra o HH como causa rara de amenorreia primária, integrado na síndrome CHARGE que, por sua vez é também raramente etiologia de HH. O diagnóstico precoce é fundamental para conhecer o prognóstico, possíveis complicações e para orientação multidisciplinar destas doentes.

CO 05

DISMENORREIA NA ADOLESCÊNCIA – APRENDER A VALORIZAR

Bárbara Gomes¹; Alexandra Almeida Santos; Carlota Carvalhos²; Joana Mafra¹; Ângela Rodrigues¹; Fernanda Galdes¹; Fernanda Águas¹

¹Serviço de Ginecologia do CHUC; ²Serviço de Ginecologia do CHUC; Clínica Universitária de Ginecologia da FMUC

Introdução: A dismenorreia é o sintoma menstrual mais prevalente entre adolescentes. A dismenorreia grave tem uma incidência de 15% e, apesar do tratamento hormonal e anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs), merece uma avaliação adicional e um índice de suspeição elevado para patologias ginecológicas, nomeadamente a endometriose.

Objetivos: Determinar a prevalência e caracterizar adolescentes com dismenorreia persistente e severa entre as referenciadas por dismenorreia.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo que incluiu 290 adolescentes referenciadas à consulta de Ginecologia da Infância e Adolescência de um Hospital Ter-

ciário entre 2015 e 2021 por dismenorreia. Considerou-se dismenorreia severa quando intensidade ≥ 7 (0-10).

Resultados: Entre as 290 adolescentes, a classificação média da intensidade da dismenorreia em escala de 0-10 foi $8,0 \pm 1,43$ [2-10], com 134 adolescentes a apresentar dismenorreia invalidante com impacto nas AVDs com intensidade de $\geq 7/10$. Entre estas ($n = 134$), a idade média foi $15,2 \pm 1,3$ [11-18] anos e o IMC médio foi $21,9 \pm 4,1$ [14,8-36] kg/m². A menarca foi em média aos $11,6 \pm 1,4$ [9-15] anos. O encaminhamento foi realizado em média $3,6 \pm 1,6$ [0-8] anos após a menarca. Apresentavam uma classificação média, segundo a escala da dor de 0-10, de $8,7 \pm 1,0$ [7-10].

A maioria dos ciclos menstruais eram regulares (74,6%, $n = 100$), com fluxo abundante (63,4%, $n = 85$) e catamênios com $5,7 \pm 1,3$ [3-10] dias de duração. A acompanhar a dismenorreia estavam sintomas de ansiedade/depressão ($n = 9$, 6,7%), urinários ($n = 3$, 2,2%) e gastrointestinais ($n = 3$, 2,2%).

No encaminhamento, 59,7% ($n = 80$) estavam medicadas com AINEs, com apenas 4 casos com dose subterapêutica, e 3% ($n = 4$) sob CHC.

Na consulta, a principal opção terapêutica foi a CHC em 82,8% ($n = 111$), com 6,7% ($n = 9$) a necessitarem de reforço analgésico com AINEs. A maioria obteve melhoria clínica (79,9%, $n = 107$). Quinze (11,2%) adolescentes não obtiveram melhoria. Destas, foi proposta CHC contínua em 9 (60%), com resolução em 8 (88,9%) casos e 1 (11,1%) manutenção de dismenorreia com resposta apenas após alteração do CHC. As restantes 6 (40%) adolescentes sem resolução com a terapêutica de primeira linha, responderam com a alteração da CHC ($n = 5$) ou escolha de implante subcutâneo ($n = 1$).

Das quinze adolescentes não respondido-

ras, 10 (33,3%) realizaram ecografia pélvica abdominal, com achados anormais em 3 adolescentes: quisto anexial, adenomiose e suspeita de adenomioma quístico (que se confirmou estar associada a endometriose profunda após realização de RM).

Conclusão: Este estudo demonstra que a dismenorreia é uma condição com excelente resposta a AINEs e CHC. Reforça a importância da investigação etiológica nos casos resistentes à terapêutica médica, podendo permitir um diagnóstico precoce de endometriose. Nestes casos, a RM pélvica revela-se de particular valor neste grupo etário perante um índice de suspeição.

CO 06

ADOLESCENTES COM ANOREXIA: O QUE INFLUENCIA O RESTABELECIMENTO DE MENSTRUAÇÕES REGULARES?

Carlota Anjinho Carvalhos; Joana Mafra; Bárbara Gomes; Alexandra Almeida Santos; Ângela Reis Rodrigues; Maria Geraldina Castro; Fernanda Águas; Fernanda Gerales
CHUC

Introdução: As adolescentes com anorexia correm um risco particularmente elevado de sofrer consequências graves a longo prazo por disfunção gonadal persistente. No entanto, não existe uma abordagem uniformizada e as variáveis clínicas que predizem a recuperação da função menstrual permanecem pouco estudadas.

Objetivos: Analisar parâmetros clínicos envolvidos nas alterações no ciclo menstrual em adolescentes com anorexia.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo de 20 adolescentes com anorexia referenciadas à consulta de Ginecologia da Infância e Adolescência de um Centro Hospitalar terciário entre 2014 e 2021. Consideraram-se 2 grupos de estudo: Grupo A – Com restabelecimento ($n = 11$) e Grupo B – Sem restabelecimento de ciclos menstruais re-

gulares (n = 8). A análise estatística com o software SPSS v28. Nível de significância estatística para $p < 0.05$.

Resultados e conclusões: A idade mediana das adolescentes foi de 14 anos (min-12, máx-17), 95% (n = 19) apresentavam alterações no ciclo menstrual sendo que 15% (n = 3) exibiam amenorreia primária, 70% (n = 14) amenorreia secundária e 30% (n = 6) oligomenorreia.

Do ponto de vista hormonal, 45% (n = 9) não apresentavam alterações, 25% (n = 5) eram compatíveis com hipogonadismo hipogonadotrófico, 20% (n = 4) com hipogonadismo eugonadotrófico.

Verificámos uma diferença significativa ($p=0,023$) entre a média de IMC inicial do grupo A (17,33 kg/m²) e a do grupo B (15,49kg/m²). As adolescentes que, após pelo menos 6 meses de ciclos regulares, apresentaram alterações no ciclo (recidiva) tinham um aumento de IMC médio superior ao do que o grupo que não apresentou recidiva, embora a diferença não tenha sido significativa ($p=0,26$).

Em 90% dos casos (n = 18) foi adotada uma atitude expectante, 40% (n = 8) realizaram terapêutica com progestativo cíclico, em 20% (n = 4) com contraceção hormonal combinada e em 5% (n = 1) com terapêutica hormonal combinada. O tipo de abordagem terapêutica não mostrou influenciar o tempo de retoma de ciclos regulares, a frequência de retoma ou recidiva.

Verificámos uma associação entre as adolescentes que necessitaram de internamento e a existência de recidiva ($p=0,026$) e entre adolescentes com outras patologias psiquiátricas e a existência de recidiva ($p=0,026$).

Com este estudo demonstrámos que o IMC do diagnóstico inicial é um importante fator preditivo de recuperação. Do mesmo modo, também demonstrámos que a presença de outras comorbilidades psiquiátricas ou a ne-

cessidade de internamento são fatores de risco importantes para a recidiva.

CO 07

PERSPETIVA DOS MÉDICOS SOBRE A SÍNDROME GENITOURINÁRIA DA MENOPAUSA NAS MULHERES COM CANCRO DA MAMA

Mariana Robalo Cordeiro; Joana Belo; Fernanda Geraldês; Fernanda Águas
CHUC

Introdução: A maioria das mulheres pós-menopáusicas sofre da síndrome genitourinária da menopausa (SGUM), a qual é pouco reportada pelas próprias e, frequentemente, desvalorizada pelos médicos. Doentes com cancro da mama (CM) padecem muitas vezes de menopausa iatrogénica, num grande número de casos em idade jovem, consequente da quimioterapia ou hormonoterapia (HrT), manifestando sintomas mais severos associados à SGUM. Acresce que o tratamento da SGUM nas doentes com CM não é consensual, sobretudo no que respeita à terapêutica hormonal local. É, assim, fundamental relançar o debate científico acerca da Oncosexualidade e encontrar soluções que conduzam a uma melhoria na qualidade de vida destas doentes.

Objetivos: Avaliar o reconhecimento e abordagem terapêutica da SGUM pelos médicos envolvidos no tratamento de doentes com CM.

Material e métodos: Questionário eletronicamente divulgado aos médicos que tratam doentes com CM através das sociedades científicas portuguesas de Ginecologia, de Senologia e de Radiologia e Medicina Nuclear. O inquérito apresenta 32 questões relativas aos sinais e sintomas maioritariamente observados e reportados, à experiência e opções terapêuticas utilizadas na SGUM. A anonimização de dados foi assegurada.

Resultados e conclusões: O total de 101 médicos responderam ao questionário: média das idades de 51 anos [30-83], 75% do

sexo feminino, 84% de Ginecologia/Obstetrícia (G/O).

Cerca de 65% dos médicos “frequentemente”/“sempre” alertam as doentes com CM para o facto da hormonoterapia adjuvante poder agravar as queixas da SGUM, estimando-se que apenas 41% destas doentes reportam sintomas da SGUM, sendo a secura vaginal (61%), seguida da dispareunia (35%) os sintomas mais frequentes e incómodos. Apenas 26% dos médicos referiu que a maioria das suas doentes estava sob HrT com inibidores da aromatase.

Apesar de 48% dos médicos afirmarem ter recebido formação “suficiente” para a gestão terapêutica da SGUM neste contexto, apenas 24% se sentem “muito confiantes”. Os estrogénios locais, sobretudo o estriol 50 µg/g, são prescritos por 18,2% dos médicos (99% G/O) em doentes com CM com recetores hormonais (RH) positivos vs 36,4% (93% G/O) se CM com RH negativos, sendo que 68% recomendam <6 meses de terapêutica se CM com RH positivos vs 60% que recomendam manutenção terapêutica enquanto necessário se CM com RH negativos.

A gestão da SGUM nas doentes com antecedentes de CM permanece um desafio clínico, apesar de ser uma condição frequente e incapacitante. De realçar que segundo o inquérito respondido maioritariamente por G/O, menos de 1/4 dos médicos se sente “muito confiante” nesta área, tornando-se fundamental promover a formação neste âmbito.

CO 08

INSUFICIÊNCIA OVÁRICA PREMATURA NA ADOLESCÊNCIA

Inês Marques Pereira; Laura Caldeira Gomes; Filomena Sousa
MAC

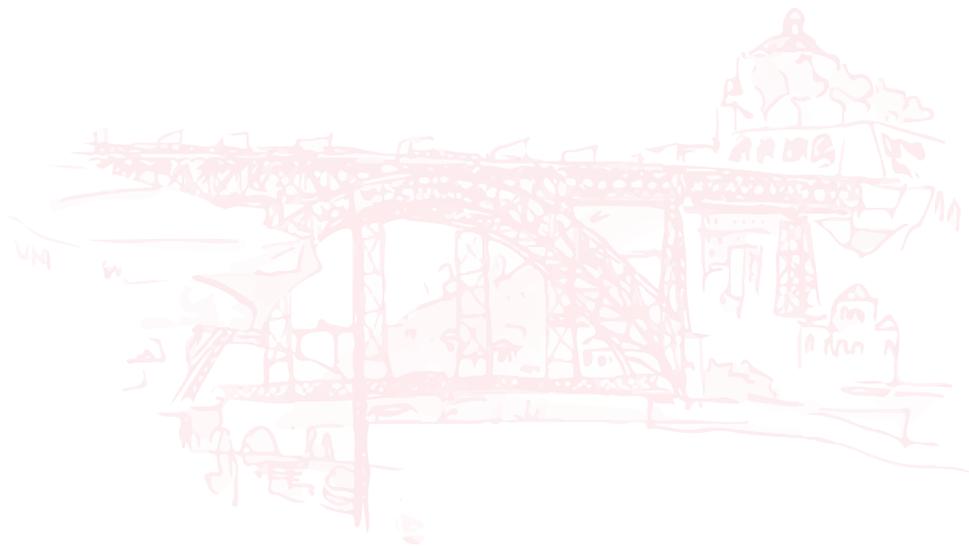
A insuficiência ovárica prematura, definida como perda da atividade ovárica antes dos 40 anos, afeta 1% da população. Pode ter

múltiplas causas, como cromossomopatias, auto-imunidade, endocrinopatias, iatrogenia ou ser idiopática. O reconhecimento dos sinais e sintomas, o célere diagnóstico e a instituição de terapêutica adequada podem diminuir a morbidade associada à doença, particularmente importante quando a mesma surge na adolescência.

Descrição do caso clínico: Jovem do sexo feminino, 17 anos, encaminhada à consulta de Ginecologia da Infância e Adolescência da MAC-CHULC por amenorreia primária. Dos antecedentes pessoais destaca-se neutropenia em estudo noutra instituição. Antecedentes familiares irrelevantes. Sem coitarca. À observação destacava-se: altura 164 cm – IMC 18, sem acne, hirsutismo ou galatorreia, estadio de Tanner M1P2, genitais externos sem sinais de impregnação estrogénica e vagina de profundidade normal. A avaliação analítica hormonal foi sugestiva de insuficiência ovárica (FSH 62, LH 19; Estrogénio <12). A ecografia pélvica mostrou um útero de pequenas dimensões (37 x 15 x 21 mm) sem clara visualização dos ovários. O cariotipo foi 46 XX. Foi iniciada terapêutica hormonal com estradiol oral em doses crescentes e posteriormente didrogesterona 10 mg + Estradiol 2mg. Doze meses após início de terapêutica, apresenta aumento de 4 cm em altura, caracteres sexuais em desenvolvimento (estadio de Tanner M2-3 P4-5), genitais externos com sinais de impregnação estrogénica e hemorragia de privação regular. Após coitarca, alterou-se terapêutica para norelgestromina+ etinilestradiol por via transdérmica. Trinta e seis meses após início de terapêutica a ecografia pélvica endocavitária mostrou um útero normodimensionado e ovários com raros microfóliculos < 1 cm. A densitometria óssea revelou baixa densidade mineral óssea, tendo iniciado suplementação com cálcio.

Conclusão: A IOP é uma patologia rara, que

obriga a terapêutica hormonal de substituição para diminuir a morbi-mortalidade inerente à doença. Na adolescência, deve haver preocupação acrescida com o desenvolvimento dos caracteres secundários e da massa óssea. A contraceção deve ser discutida, uma vez que o ovário pode funcionar intermitentemente e 5-10% das mulheres podem engravidar espontaneamente. A revisão e sistematização na abordagem destas doentes permite que os raros casos sejam corretamente orientados.



Posters

PO 01

A MINHA VULVA, A MINHA VAGINA, AS MINHAS QUEIXAS – QUEIXAS VULVOVAGINAIS RESISTENTES AO TRATAMENTO

Inês Milhazes
USF Flor de Sal

Introdução: O ardor e prurido vulvares são das queixas ginecológicas mais frequentes que levam as mulheres a recorrer aos Cuidados de Saúde Primários. A vaginose bacteriana, a candidíase vaginal e trichomoníase vaginal correspondem a cerca de 90% dos casos. Os restantes 10% são, quase sempre, um grande desafio diagnóstico.

Descrição do caso: Mulher de 45 anos, IGIP, recorre à consulta de doença aguda, por queixas de ardor e prurido vulvar com 2 semanas de evolução, sem corrimento. Tinha-se auto-medicado com Clotrimazol e Clindamicina locais, sem qualquer melhoria. Ao exame objetivo, apresentava os lábios ligeiramente edemaciados e leucorreia aparentemente fisiológica. Foi medicada com corticóide tópico. Passadas 2 semanas, a doente voltou a consulta, devido a persistência das queixas e ainda com leucorreia abundante. Suspeitou-se então de vaginose citolítica (VC), uma patologia rara caracterizada por uma proliferação anómala dos lactobacilos (os principais constituintes da flora vaginal), levando à citólise das células das paredes vaginais. A sintomatologia é bastante semelhante a da candidíase vaginal,

excetuando o corrimento, que normalmente é bastante semelhante ao fisiológico. O pilar do diagnóstico é o exame microscópico do corrimento vaginal, em que se veem lactobacilos abundantes, células epiteliais fragmentadas e "False Clue Cells". O pH vaginal também se encontra mais baixo do que o normal. O tratamento consiste em medidas comportamentais como preferir roupa interior de tecidos naturais, evitar o uso de sabonetes na região genital e não usar tampões durante, pelo menos, 6 meses. Também é igualmente importante descontinuar tratamentos desnecessários e tratar as infeções concomitantes. Se as estas medidas não forem suficientes para aliviar a sintomatologia, estão indicados os banhos de assento com bicarbonato de sódio, em que a doente deve sentar-se num bidé ou recipiente com água e bicarbonato de sódio (30-60 gramas em 5 cm de água) durante 15 minutos. Na primeira semana, deve fazer 2 a 3 banhos por dia e depois 1 a 2 por semana. Se ausência de melhoria, considerar a psicoterapia.

Conclusão: As queixas vulvovaginais são, muitas vezes, difíceis de abordar, não só devido aos inúmeros diagnósticos possíveis, mas também devido ao peso do fator psicológico nestes casos. No caso apresentado, apesar de vários critérios compatíveis com VC, existiam outros não tão típicos. A doente foi então instruída a fazer as lavagens com bicarbonato de sódio, com melhoria. A VC, apesar de pouco frequente, ainda atinge um número

significativo de mulheres e pode ser bastante debilitante e causadora de complicações psicológicas e sexuais. É importante requisitar o esfregaço do corrimento vaginal em todos os casos de ausência de resposta ao tratamento e/ou de recorrência das queixas. Nunca é demais lembrar também a importância da colheita de uma boa história clínica e de valorizar sempre as queixas da doente.

PO 02

HÍMEN IMPERFURADO VS. SEPTO VAGINAL LONGITUDINAL OBSTRUTIVO: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Fernanda Cristina Alves; Isabel Fragoso; Mário Moura; Joana Guerra Lisboa; Rosário Almeida Lopes; Ana Moreira; Osvaldo Moutinho
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: O desenvolvimento do trato genital feminino é um processo complexo que tem início na 3ª semana de gestação e se prolonga pelo 2º trimestre de gravidez. Qualquer falha nesse processo de desenvolvimento pode resultar numa anomalia congénita.

As anomalias do hímen e vagina podem interferir com a menstruação, atividade sexual, fertilidade e processo do parto. São tipicamente diagnosticadas após a puberdade, embora o seu diagnóstico possa também ser realizado ao nascimento. Podem surgir como um achado incidental no exame físico em consulta de rotina ou achado num exame imagiológico efetuado por outra indicação; ao invés, podem apresentar-se clinicamente por dor pélvica ou lombar crónica e cíclica, amenorreia, irregularidades menstruais, dispareunia e/ou infertilidade.

Descrição do caso: O primeiro caso diz respeito a uma adolescente de 16 anos que foi orientada à consulta de Ginecologia no contexto de uma amenorreia primária. A utente não tinha antecedentes médicos ou cirúrgicos de relevo. Além disso, não apresentava qualquer sintomatologia

pertinente. Os doseamentos hormonais efetuados foram normais. Foi realizada uma ecografia abdominopélvica que revelou uma estrutura com conteúdo líquido com 9,7x6,1x7,1cm na topografia do canal vaginal, compatível com hematocolpos; sem outras alterações renais ou uterinas. O exame ginecológico evidenciou protusão de hímen íntegro e imperfurado. Foi submetida a himenotomia, com drenagem de cerca de 450 mL de conteúdo hemático.

O segundo caso retrata uma doente de 12 anos que vinha a ser acompanhada em consulta de Pediatria/Patologia Renal desde o nascimento por uma agenesia renal esquerda congénita. Realizava ecografias reno-vesicais e pélvicas de forma frequente, que se demonstravam sem alterações de novo. Aos 12 anos, os exames de rotina levantaram a suspeita acerca da existência de hematocolpos. Até ser avaliada pela Ginecologia realizou uma RMN pélvica que indicou a presença de uma anomalia Mülleriana (U3b/C2/V2 de acordo com a classificação da ESHRE/ESGE) concomitante com a agenesia renal unilateral. De forma súbita, iniciou um quadro de dor pélvica, de difícil cedência à analgesia. À avaliação inicial, mantinha uma imagem ecográfica compatível com hematocolpos por obstrução da hemivagina à esquerda. Foi submetida a incisão do septo vaginal obstrutivo com drenagem de cerca de 300mL de conteúdo hemático. Houve resolução do quadro clínico agudo e atualmente a doente encontra-se em seguimento, estando assintomática.

Conclusão: Apesar de raras, as anomalias congénitas do hímen e vagina são habitualmente de fácil diagnóstico combinando a história clínica, achados do exame físico e achados imagiológicos.

Com a descrição destes casos, pretende-se ressaltar a patologia ginecológica como causa de dor pélvica em crianças/adolescentes, que frequentemente pode ser desvalorizada.

PO 03

NEOPLASIA NEUROENDÓCRINA DA MAMA – METÁSTASE OU TUMOR PRIMÁRIO?

Cristiana Marinho Soares; Dora Simões;

Paulo Santos

CHULN

Introdução: As neoplasias neuroendócrinas (NNE) primárias da mama são menos de 0,1% dos cânceros da mama e as NNE mais raras. Define-se como NNE primária da mama um tumor que expressa marcadores neuroendócrinos (os mais específicos são a cromogranina e a sinaptofisina) e cujos exames complementares excluem outros locais como primários e/ou cuja análise histológica identifica um componente *in situ*. Dada a inespecificidade da clínica e dos exames imagiológicos, a histologia e a marcação imunohistoquímica (IHQ) são a chave do diagnóstico. A evidência científica é escassa e o tratamento ideal não é consensual. Recomenda-se que sejam abordadas como cânceros da mama non-special type, sendo o tratamento cirúrgico a primeira linha. O prognóstico depende das características clínicas e do subtipo histológico.

Descrição do caso: Mulher de 66 anos, avaliada na consulta de Mastologia dum hospital terciário por uma massa na mama esquerda (ME) desde há 2 meses, de crescimento progressivo. Palpava-se uma tumefação na transição dos quadrantes externos da ME com cerca de 6 cm, de contornos regulares. A ecografia mamária e mamografia revelaram uma opacidade nodular, sólida, heterogénea, de contornos parcialmente bem definidos, sem microcalcificações, com 30.4x24.2 mm. A microbiópsia da lesão mostrou infiltração por adenocarcinoma pouco diferenciado. Do estudo IHQ destaca-se positividade para sinaptofisina, CK7, CK20, CDX2, SATB-2, CD56 e p63, negatividade para recetores de estrogénios e de progesterona, GATA3, TTF-1 e PAX-8 e índice proliferativo (Ki-67) de 90%.

Diagnosticou-se um adenocarcinoma com diferenciação focal neuroendócrina, de provável origem gastrointestinal. Realizou TC-TAP de estadiamento, endoscopia digestiva alta, colonoscopia e PET-FDG, que não mostraram outras lesões suspeitas. Foi submetida a quimioterapia (QT) neoadjuvante, com ligeira redução do tamanho da massa, e a mastectomia radical com esvaziamento axilar.

Conclusão: A maioria das NNE na mama correspondem a metástases. Neste caso, os exames complementares não permitiram identificar outro local de origem, aparentando ser uma NNE primária da mama. No entanto, a marcação IHQ deixa algumas dúvidas quanto a este diagnóstico, pois os marcadores que apoiariam a origem mamária destas neoplasias seriam os recetores de estrogénio, progesterona e GATA3, negativos na biópsia. Adicionalmente, a positividade para CDX2 sugere uma neoplasia com origem gastrointestinal. Este caso ilustra uma situação clínica rara, com diagnóstico diferencial difícil e para a qual não existe uma abordagem dirigida. Foi realizada uma mastectomia radical tendo em conta a ausência de evidência de uma vantagem clara da cirurgia conservadora e a potencial agressividade destas neoplasias. São necessários mais estudos acerca de neoplasias da mama com diferenciação neuroendócrina para que seja possível uma abordagem dirigida.

PO 04 Trabalho retirado

PO 06

MASSA PÉLVICA E OS SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE TUMOR GIST

Joana Sousa Nunes; Rita Ladeiras; Alexandra Meira; Maria José Pires; Pedro Vieira de Castro

Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: O tumor do estroma gastrointestinal (GIST) é uma neoplasia mesenquimatosa rara, com origem na parede gastrointestinal,

com maior atingimento do estômago e intestino delgado. Estes tumores correspondem a 1-2% dos tumores gastrointestinais primários, têm uma idade média de diagnóstico entre os 65 e 69 anos e parecem ser mais prevalentes na etnia afro-americana. O perfil imunohistoquímico diferencia-se de outros tumores gastrointestinais pela global expressão do antigénio CD117 e, em 80% dos casos, pela presença de mutações do gene KIT.

Descrição do caso: 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, 1Gesta1Para (1 Cesariana) e em menopausa desde os 52 anos, que recorreu ao serviço de urgência em junho de 2022 por dor nos quadrantes abdominais inferiores com 1 mês de evolução. Após objetivação em ecografia transvaginal e em TC abdominopélvico de uma massa retrouterina sólida de 80 mm de maior diâmetro sugestiva de tumor primário anexial, a utente foi referenciada à consulta de Ginecologia Oncológica. Foram pedidos marcadores tumorais (Ca125, CEA e Ca 19.9) que foram negativos e realizados RMN pélvica e novo estudo ecográfico, com objetivação de ovários atroficos e sem neoformações, bem como lesão sólida expansiva retrouterina, sem aparente plano de clivagem com o útero, levantando-se a hipótese diagnóstica de fibromioma uterino pediculado. Foi proposta para histerectomia total e anexectomia bilateral a 18 de outubro de 2022, com achados intraoperatórios de útero e anexos sem alterações, bem como massa intestinal médio-jejunal de 70-80mm, reniforme e de bordos irregulares, sugestiva de tumor GIST. Após enterectomia segmentar com exérese da massa descrita e anexectomia bilateral, confirmou-se histologicamente o diagnóstico de tumor GIST de alto índice mitótico e estadio IIIB, com expressão difusa

de CD34, CD117 e DOG1 e expressão focal de Caldesmon. Posteriormente, por decisão em consulta de Grupo de Oncologia e Cirurgia, foi transferida para o IPO Porto onde foram pedidos PET e revisão de lâminas histológicas (em curso) para decisão posterior de terapêutica adjuvante.

Conclusão: Apesar da raridade destas neoplasias, o seu diagnóstico diferencial é variado e a patologia ginecológica benigna e maligna pode ser um deles. Um estudo pré-operatório detalhado é fulcral para um diagnóstico e abordagem céleres e uma ação terapêutica médica e/ou cirúrgica antecipadamente planeadas, permitindo melhores desfechos clínicos.

PO 07

ENCARCERAMENTO UTERINO EM MULHER NÃO GRÁVIDA

Laura Cruz; Catarina Carvalho; Cristiana Soares; Ana Luisa Ribeirinho
Centro hospitalar lisboa norte

Introdução: O útero encarcerado é uma condição rara que acomete maioritariamente mulheres grávidas. A prevalência desta entidade em mulheres não grávidas é desconhecida e estão descritos poucos casos na literatura.

Descrição do caso: Mulher de 49 anos, saudável, nulípara, com ciclos menstruais regulares, sem vigilância ginecológica. Recorreu ao serviço de urgência por anúria associada a aumento do perímetro abdominal nos últimos 3 dias, diminuição do apetite, náuseas e parésia do membro inferior esquerdo. Episódio prévio de retenção urinária 15 dias antes, revertido espontaneamente com micção em decúbito dorsal seguido de poliúria e polaquíria nos dias subsequentes. Desde então mencionou dificuldade na micção em posição sentada, inicialmente com necessidade de uso de fralda uma vez que a micção era apenas possível em decúbito dorsal e, nos dois últimos dias com anúria. Exame neurológico

com déficit da força no membro inferior esquerdo. Punção lombar e estudo imagiológico crânio-encefálico e coluna sem alterações. Electromiografia compatível com lesão radicular sub-aguda L5 esquerda. Função renal sem alterações, CA 19.9 94.5 U/mL, CA 125 817 U/mL e BHCG <0.2. A TC toraco-abdomino-pelvica identificou útero aumentado de dimensões 13,5 cmx11x11 cm a condicionar moderada dilatação da árvore pielocalicial direita e ureter homolateral até à cavidade pélvica. A RM Pélvica confirmou o útero de dimensões aumentadas com 13x12x11 cm por acentuada hipertrofia da parede posterior do corpo e fundo uterino por provável adenomiose. Observação ginecológica: colo em posição anterior, atrás da sínfise púbica e, abaulamento do fundo de saco posterior por massa pétreia imóvel. Colocada a hipótese diagnóstica de encarceramento uterino não passível de resolução por manobras manuais. A doente manteve-se algaliada até ser submetida a histerectomia total. Intraoperatoriamente útero em retroversão, imóvel e encarcerado no fundo de saco posterior, condicionando desvio antero-cefálico do colo uterino e do colo vesical. Desalgaliação ao 2º dia de pós-operatório com recuperação espontânea da micção, e alta ao 4º dia. O estudo anatomopatológico revelou um adenomioma do corpo uterino com 10 cm.

Conclusão: Este caso clínico ilustra uma apresentação aguda de encarceramento uterino numa mulher não grávida na perimenopausa. Postula-se que o crescimento do adenomioma da parede posterior do útero conduziu ao impactamento do mesmo contra o sacro, comprimindo o plexo sagrado justificando as alterações neurológicas. Decorrente do encarceramento uterino, o crescimento subsequente da lesão, por ausência de espaço, ocorreu no sentido anterior, em direção à bexiga, culminando na compressão da mesma

e retenção urinária. É assim fundamental ter em consideração a possibilidade deste diagnóstico em mulheres com retenção urinária e alterações neurológicas de início súbito.

PO 08

TODAS AS VULVAS SÃO NORMAIS, MAS...

Marta Lopes Cravo Plancha dos Santos; Sofia Brás; Ana Cristina Nércio; Ana Bello; Patrícia Isidro Amaral
MAC

Introdução: O tamanho dos pequenos lábios é muito variável entre as mulheres. A definição de hipertrofia dos pequenos lábios (HPL) não é consensual, mas o mais habitual é considerar a sua existência quando o tecido labial ultrapassa os grandes lábios. A etiologia é desconhecida, porém a utilização de estrogénios exógenos e o excesso de estrogénios endógenos na presença de níveis normais de *insulin-like growth factor I* (IGF-I) parecem ser causas possíveis. A hipertrofia dos pequenos lábios pode ter importantes consequências a nível físico, psicológico, social e sexual. Um dos tratamentos existentes para esta situação é a labioplastia redutora. Segundo o *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG) esta cirurgia não deve ser realizada antes dos 15/16 anos de idade, devendo ser protelada até à idade adulta.

A hipertrofia mamária juvenil é uma condição benigna e rara, em que uma ou ambas as mamas sofrem um aumento maciço de tamanho durante a puberdade. Uma das possíveis causas é um desequilíbrio da produção hormonal endógena, com produção excessiva de estrogénio.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma adolescente de 17 anos de idade que recorre à consulta de Ginecologia por HPL. Refere dor com o exercício físico e interferência na qualidade de vida, com dificuldade ao sentar e uso de calças. É saudável, nega cirurgias prévias, toma de medicação ou história familiar relevante. Menarca aos 12 anos, ciclos

regulares, sem início de atividade sexual. Ao exame objetivo constata-se hipertrofia marcada dos pequenos lábios, bilateralmente. Apresenta simultaneamente o diagnóstico de hipertrofia mamária bilateral com sintomatologia de mastalgia bilateral, encontrando-se a aguardar mamoplastia de redução pela cirurgia plástica. Foi submetida a labioplastia redutora, sem intercorrências. Atualmente está satisfeita com o resultado estético e funcional da cirurgia.

Conclusão: Este caso ilustra uma jovem com HPL e gigantismo mamária. Ambas situações raras e que podem ser associadas a excesso de estrogénios. A literatura existente sobre ambos os temas é muito limitada, sendo necessários mais estudos de investigação etiológica e possíveis abordagens terapêuticas. A doente em questão deu o seu consentimento para publicação do caso e respetivas imagens

PO 09

SÍNDROME DE MCCUNNE-ALBRIGHT: UMA CAUSA DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

Andreia C. Martins; Isabel Saavedra; Andreia Miguel;
Filomena Sousa
MAC

Introdução: A síndrome de McCune-Albright (SMA) é uma causa de puberdade precoce periférica, motivada pela produção autónoma de hormonas sexuais pelas gónadas. É uma doença genética rara, causada por mutações somáticas no gene pós-zigótico *GNAS1*. A SMA é caracterizada pela tríade: manchas café-com-leite, displasia fibrosa óssea e puberdade precoce. Na idade adulta as mulheres com SMA continuam a apresentar função ovárica autónoma intermitente com o desenvolvimento de quistos ováricos e hemorragia uterina anormal. A prevalência da síndrome estima-se entre 1/100.000–1/1.000.000, mais comumente em mulheres.

Descrição do caso: 18 anos, sexo feminino, diagnosticada com Síndrome de McCune-Albright na infância, no contexto de displasia óssea importante, com maior envolvimento dos membros inferiores e submetida a múltiplas cirurgias ortopédicas, puberdade precoce e alterações hidroeletrólíticas (hipofosfatémia e hipocalcemia). Referenciada à consulta de Ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa por hemorragia uterina anormal, nomeadamente hemorragia menstrual abundante com repercussão hemodinâmica (anemia ferropénica com necessidade de suporte transfusional). Ao exame objetivo, apresentava baixa estatura (altura 1,30m), peso 36kg, caracteres sexuais secundários bem desenvolvidos, genitais externos sem alterações com hímen íntegro. A ecografia pélvica não revelou alterações e as análises hormonais demonstraram níveis diminuídos de LH e FSH (1,18mUI/mL e 0,62mUI/mL respetivamente) e níveis elevados de estradiol (618 pg/mL). Dado a situação clínica e após discutidas opções terapêuticas, optou-se pelo início de contraceção hormonal combinada (etinilestradiol 0,02mg + levonogestrel 1 mg). Na consulta seguinte, referiu melhoria significativa dos sintomas com hemorragia de privação regular, acompanhada da resolução da anemia.

Conclusão: As mulheres com SMA têm maior risco de hemorragia menstrual irregular e abundante, sendo importante a colaboração da ginecologia na abordagem multidisciplinar. Apesar de, teoricamente, a CHC não ser a terapêutica mais indicada, revelou-se eficaz. Serve este caso também para lembrar a SMA como uma das etiologias de puberdade precoce periférica mesmo na ausência de manchas café-com-leite.

Vídeo

V 01

ENDOMETRIOSE INGUINAL: UMA LOCALIZAÇÃO RARA

Beatriz Teixeira; Susana Costa; Ana Sofia Fernandes;
Luís Malheiro; Margarida Martinho
Centro Hospitalar Universitário de São João

A endometriose inguinal é uma entidade rara que cursa com tumefação inguinal dolorosa em simultâneo com o cataménio, com predominio pelo lado direito (90%). Esta localização pode ser explicada pela disseminação celular através do ligamento redondo.

Caso: Jovem de 29 anos, nuligesta e sem antecedentes cirúrgicos, com dismenorreia de agravamento progressivo e tumefação inguinal direita. Em ressonância magnética pélvica, identificação de formação nodular irregular na topografia da tumefação, com 18x15x22 mm sugestivo de nódulo de endometriose. Sem alterações na cavidade pélvica. Iniciou EE 30mcg + dienogest 2mg em regime contínuo, com resolução das queixas, que suspendeu 3 meses antes da biópsia excisional, com subsequente reaparecimento das queixas. Após exploração da região inguinal, foi identificado e removido nódulo de consistência dura com 2cm, cujo exame anatomopatológico confirmou corresponder a lesão de endometriose. No pós-operatório, reiniciou COC, mantendo-se assintomática.

ORGANIZAÇÃO



PATROCÍNIO CIENTÍFICO



MAJOR SPONSOR



SPONSORS



SECRETARIADO



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16C Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)
E: paula.cordeiro@admedic.pt | elsa.sousa@admedic.pt
W: www.admedic.pt