

200^a



Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

3 e 4 de março de 2023 | Hotel Vila Galé Évora

A ÓTICA NA EXCELÊNCIA: ANATOMIA, TÉCNICA E INOVAÇÃO

CURSOS PRÉ-REUNIÃO

Sutura Laparoscópica

Técnicas cirúrgicas em 10 passos

Programa

CIENTÍFICO



Aceder à versão digital do programa com resumos

Cursos Pré-Reunião

09:00-13:00h **CURSO 1 Sutura Laparoscópica**

Coordenadores: Hugo Gaspar, Filipa Osório, Hélder Ferreira e Sónia Barata
Monitores: João Cavaco, Cláudia Andrade, Nuno Oliveira, Nuno Nogueira Martins, Sónia Barata, José Reis, João Alves, Joana Faria, Susana Maia e Lília Remesso

09:00-13:00h **CURSO 2 Técnicas cirúrgicas em 10 passos**

Coordenadores: Hugo Gaspar, Filipa Osório, Hélder Ferreira e Fátima Faustino

Cirurgia anexial

Catarina Reis Carvalho e Fátima Faustino

Histerectomia laparoscópica

Sónia Barata e João Cavaco

Miomectomia

Irina Ramilo e José Reis

Endometriose

Hélder Ferreira e Fátima Faustino

Sacrocolpopexia

Filipa Osório e Sara Campos

Linfadenectomia/gg sentinela

Hugo Gaspar e Nuno Nogueira Martins

10:45-11:15h Coffee-break (Cursos)

Reunião

13:00h Abertura do Secretariado

14:00-14:20h **SESSÃO DE ABERTURA**

Fátima Faustino, Hugo Gaspar, Filipa Osório e Hélder Ferreira

14:20-15:30h **MESA-REDONDA 1 Desafios endoscópicos**

Moderadores: João Bernardes, Nuno Nogueira Martins e João Cavaco

Inovação em PMA e implicações na endometriose

Luís Vicente

Múltiplas cirurgias e técnicas de entrada

Susana Maia

Laparoscopia na gravidez

Joana Faria

Discussão

15:30-16:00h **CONFERÊNCIA 1 *Doctors are much more than they think they are!***

Moderadores: Filipa Osório e Hélder Ferreira

Palestrante: Arnaud Wattiez 

16:00-16:45h **SIMPÓSIO Tratamento médico de longo prazo dos miomas uterinos**



Moderador: Luís Vicente

Ryeqo®, uma opção terapêutica para tratamento de longo prazo

Filipa Osório

Discussão de caso clínico

Joana Oliveira

16:45-17:15h Coffee-break

17:15-18:45h **MESA-REDONDA 2 Endometriose e adenomiose – Estado da arte no diagnóstico e tratamento**

Moderadores: Fernanda Águas, João Luís Silva Carvalho e José Reis

Endometriose ovárica e fertilidade

Fátima Faustino

Endometriose urinária: Um inimigo silencioso

Filipa Osório

Avanços na abordagem cirúrgica da endometriose intestinal

Hélder Ferreira

Adenomiose do diagnóstico ao tratamento

António Setúbal

Discussão

18:45-19:15h **CONFERÊNCIA 2 *Facing a distorted pelvic nightmare – Which are the important anatomical landmarks for the surgeon?***

Moderadores: Fátima Faustino e Hugo Gaspar

Palestrante: Benoit Rabischong

19:15h Fim do primeiro dia de Reunião

- 07:30h Abertura do Secretariado
- 08:00-09:00h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 1** SALA A
Moderadores: Hugo Gaspar e Cláudia Andrade
CO 01-CO 05 | V 11-V 12
- 08:00-09:00h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 2** SALA B
Moderadoras: Filipa Osório e Sónia Barata
CO 06-CO 10 | V 13-V 15
- 08:00-09:00h **APRESENTAÇÃO DE VÍDEOS** SALA C
Moderadores: Hélder Ferreira e Nuno Nogueira Martins
V 01-V 10
- 09:00-09:15h **CONFERÊNCIA 3 *My worst nightmare***
Moderador: Hélder Ferreira
Palestrante: Arnaud Wattiez 
- 09:15-09:45h **CONFERÊNCIA 4 *Training and GESEA certification – Does it make a difference in a surgeon's life?***
Moderadoras: Margarida Martinho e Susana Maia
Palestrante: Benoit Rabischong
- 09:45-11:15h **MESA-REDONDA 3 Oncologia – Atualizações no carcinoma do endométrio**
Moderadores: Daniel Pereira Silva, Paulo Aldinhas e Mónica Cruz Pires
- Como melhorar a qualidade?**
Hugo Gaspar
- Nova classificação e que implicações na conduta?**
Cláudia Andrade
- Gânglio sentinela: Técnica e falha na identificação que fazer?**
Nuno Nogueira Martins
- Manipulador uterino: Sim ou não? *Tips and tricks***
Henrique Nabais
- Discussão**
- 11:15-11:30h Coffee-break

11:30-12:15h **SIMPÓSIO Controlo da dor na histeroscopia**



Moderadora: Fátima Faustino

Histeroscopia, dor e desconforto da doente

Irina Ramilo

Lidbree®, anestesia tópica em histeroscopias

Maria João Carvalho

12:15-12:45h **CONFERÊNCIA 5 *Hysteroscopy and infertility: A never ending story***

Moderadores: Margarida Martinho e João Mairos

Palestrante: Attilio Di Spiezio

12:45-14:00h Almoço

14:00-15:30h **MESA-REDONDA 4 Histeroscopia — Uma abordagem indispensável ao ginecologista atual**

Moderadores: Luís Vicente, Irina Ramilo e João Sequeira Alves

Imagem em histeroscopia

Lília Remesso

Extracção de peças: Morcelação vs. técnicas clássicas

Margarida Martinho

Sinéquias e Síndrome de Asherman: *Tips and tricks*

João Mairos

Limits, mistakes & complications in hysteroscopic or procedures

Attilio Di Spiezio

Discussão

15:30-17:00h **MESA-REDONDA 5 Uroginecologia — Técnicas e inovações**

Moderadoras: Teresa Mascarenhas, Liana Negrão e Bercina Candoso

Abordagem laparoscópica na sacrocolpopexia

Sara Campos

Complicações urológicas da cirurgia ginecológica endoscópica — Como corrigir?

Miguel Ramos

Slings vs. Burch — Qual o futuro?

João Sequeira Alves

Ecografia pavimento pélvico

Geraldina Castro

Discussão

17:00-17:30h **SESSÃO DE ENCERRAMENTO**

Entrega de prémios



Comunicações Orais

CO 01

A IMPORTÂNCIA DO GÂNGLIO SENTINELA NOS CARCINOMAS DO ENDOMÉTRIO DE BAIXO RISCO

Claudia Andrade¹; Kristina Hunderova¹;
Teresa Rebelo¹; Fernanda Águas¹; Cristina Frutuoso¹
¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE /
Hospital Geral

Introdução: De acordo com o Consenso Nacional em Cancro Ginecológico de 2020, o tratamento cirúrgico recomendado para os carcinomas do endométrio de baixo risco pré-cirúrgico consiste na realização de histerectomia total com anexectomia bilateral, sendo a biópsia do gânglio sentinela (BGS) recomendada mas facultativa. Esta é uma técnica com vantagens comprovadas em todos os estadios iniciais do cancro do endométrio dado o aumento de sensibilidade na detecção de doença ganglionar metastática, sobretudo quando complementado com o ultraestadiamento ganglionar.

Objectivo: Avaliar a incidência de metastização ganglionar em adenocarcinomas do endométrio de baixo risco pré-operatório através da identificação dos gânglios sentinelas.

Materiais e método: Estudo retrospectivo analítico das doentes submetidas a BGS no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra de Janeiro de 2021 a Dezembro de 2022, com cancro do endométrio tipo endométrioide classificados como baixo risco pré-cirúrgico (FIGO IA, G1/G2). Identificação da taxa de metastização ganglionar e sua caracterização clínica e anatomopatológica.

Resultados: Dos 61 casos de cancro do en-

dométrio com BGS realizados, 38 (62%) foram classificados como baixo risco pré-operatório. Foram encontradas 7 (11%) doentes com gânglios sentinela positivos para doença metastática, dos quais 5 (71%) pertenciam ao grupo de baixo risco pré-cirúrgico. Relativamente ao volume de doença tumoral encontrada, 4 casos apresentaram micrometástases e 1 caso com gânglios sentinelas positivos bilateralmente com macrometástase e células tumorais isoladas respectivamente. Em todos estes casos o estadiamento da FIGO mudou de IA para IIC1, com consequências do tratamento adjuvante proposto.

Conclusão: Este estudo realça a importância de realização de BGS em tumores de baixo risco, com impacto no tratamento adjuvante, que classicamente não teriam indicação para avaliação ganglionar.

CO 02

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL (SII) EM MULHERES PORTUGUESAS COM ENDOMETRIOSE

Ana Dagge¹; Catarina Reis de Carvalho¹;
Catarina Castro²; Ana Luísa Ribeirinho¹; Filipa Osório²
¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria ² Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A associação entre endometriose e o Síndrome do Intestinal Irritável (SII) tem sido alvo de investigação nos últimos anos. Estudos anteriores reportaram um aumento do risco de SII em até 50% em mulheres com endometriose, quando comparadas com a população geral.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar a presença de sintomas gastrointestinais sugestivos de SII em mulheres com diagnóstico de endometriose.

Material e métodos: Foi aplicado um inquérito a mulheres com diagnóstico de endometriose, constituído por 11 perguntas incluídas no questionário Roma IV, traduzido e validado para a língua portuguesa. O inquérito foi divulgado em plataformas online.

Resultados e conclusões: Foram obtidas 1158 respostas. A idade média foi de 37,5 +- 6,7 anos. Numa escala de 0 a 5, quase 50% das mulheres reportaram sintomas associados à endometriose com impacto máximo na sua qualidade de vida. Quase um terço das mulheres (29,6%) referiu ter um diagnóstico prévio de SII. Os sintomas mais frequentemente reportados por todas as mulheres foram dor abdominal (78,9%), distensão abdominal (70,1%), flatulência (70,4%) e tenesmo (64,1%). Mais de 60% das mulheres reportaram um marcado impacto dos sintomas gastrointestinais na sua qualidade de vida (4 ou 5 numa escala de 0 a 5). Mais de 80% referiram ter episódios de dor abdominal pelo menos uma vez por semana nos três meses precedentes, associados ou agravados pelo período menstrual. Em 57,6% o início da dor associou-se a uma alteração na frequência ou forma das fezes e em 70% dos casos a dor melhorou com a defecação. Um quarto das mulheres preencheram os critérios de Roma IV para SII. Este estudo revela uma elevada incidência de sintomas gastrointestinais nas mulheres portuguesas com diagnóstico de endometriose, com quase um terço das mulheres a referir ter diagnóstico de SII. Este estudo evidencia a sobreposição de sintomas em ambas as patologias e reforça a importância dos médicos estarem alerta para a presença de sintomas gastrointestinais nas mulheres com endometriose.

CO 03

SERÁ QUE (DES)CONHECIMENTO DA CLASSIFICAÇÃO STEP-W NA MIOMECTOMIA HISTEROSCÓPICA TEM IMPACTO CLÍNICO?

Marta Plancha¹; Sofia Albuquerque Brás¹;
Patrícia Isidro Amaral¹; Maria do Carmo Silva¹;
Ana Maria Fatela¹

¹Maternidade Dr Alfredo da Costa

Introdução: A histeroscopia (HSC) permanece o goldstandard para diagnóstico de patologia intrauterina, permitindo por vezes o seu tratamento simultâneo. A miomectomia por HSC pode ser um verdadeiro desafio, mas a ecografia ginecológica permite uma planificação e previsão da dificuldade o que pode ser útil na sua abordagem. As classificações FIGO e STEP-W são uma ferramenta útil na avaliação pré-operatória da cirurgia histeroscópica para os miomas submucosos.

Objetivo: Aferir as práticas dos médicos ginecologistas sobre miomectomia por HSC.

Material e métodos: Questionário anónimo com 11 questões de escolha múltipla sobre miomectomia por HSC. Foram inquiridos médicos internos e especialistas de Ginecologia-Obstetrícia (GO). O tratamento estatístico foi feito com recurso a SPSSv24; significado estatístico para $p < 0,05$.

Resultados e conclusão: Foram obtidas respostas a 190 questionários, 31.1% (n= 59) feitos a médicos internos de GO e 68.9% (n=131) a especialistas de GO. Obteve-se a seguinte representação nacional: Norte 27.4% (n=52), Centro 23.2% (n=44), Sul 43.2% (n=82), região autónoma dos Açores 3.7% (n=7) e região autónoma da Madeira 2.6% (n=5). Quanto à atividade profissional, 39.5% (n=75) realizam atividade pública, 15.3% (n=29) privada e 45.3% (n=86) ambas. Dos médicos que participaram neste estudo 83.2% realizam HSC e 86.8% ecografia ginecológica na sua prática clínica.

A maioria admite conhecer (97.4%) e utilizar

(94.2%) a classificação FIGO na decisão acerca do tratamento dos miomas, mas apenas 25.3% conhecem e 11.1% utilizam a classificação STEP-W. Do total dos inquiridos, a maioria considera relevante saber o tamanho (89.5%), a localização (88.4%), a penetração (73.2%) e a distância à serosa (74.7%) dos miomas, embora apenas 42.6% considere relevante conhecer a extensão da base do mioma. 44.2% (n=84) recomenda uma ressetoscopia versus HSC quando o mioma ultrapassa os 2 cm de tamanho, enquanto para 32.6% (n=62) e 7.9% (n=15), o cut-off utilizado foi de 3 e 4 cm, respetivamente. A maioria (95.8%, n=182) concordou que a localização do mioma interfere com o grau de dificuldade da HSC, sendo a localização fúndica considerada a mais difícil (75.3%, n=143), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$) versus anterior (15.3%), lateral (12.6%) e posterior (3.7%). Serão ainda apresentados os resultados da prática clínica por região geográfica e grau de diferenciação profissional.

Os resultados evidenciam o desconhecimento e baixa utilização da classificação STEP-W para avaliação pré-operatória na cirurgia histeroscópica e uma grande heterogeneidade quanto ao cut-off de tamanho dos miomas utilizado para recomendação de ressetoscopia versus HSC. Estes resultados serão fundamentais para programar futuras ações de formação e consenso.

CO 04

COMPLICAÇÕES E DESAFIOS DA HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA OFFICE – EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS

Ana Carolina Coimbra¹; Mafalda Neves¹;
Pedro Viana Pinto¹; João Cavaco Gomes¹;
Ana Sofia Fernandes¹; Margarida Martinho¹;
Jorge Beires¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A histeroscopia é atualmente o procedimento gold-standard no diagnóstico e tratamento da patologia intra-uterina. Os instrumentos de menor calibre permitiram a sua realização em ambiente de consultório, com vantagens em termos de custos, recursos e segurança para a doente relativamente aos procedimentos realizados sob anestesia geral (AG) (em ambulatório ou internamento).

Objetivos: Avaliar as complicações resultantes de procedimentos histeroscópicos cirúrgicos de consultório e fatores associados ao insucesso da técnica sem sedação.

Métodos: Análise retrospectiva dos dados das doentes submetidas a procedimentos histeroscópicos de consultório no Centro Hospitalar de São João no período de 2018-2021. Comparação de variáveis categóricas com teste χ^2 e contínuas com t-test. Ajuste para variáveis de confundimento através de regressão logística.

Resultados: Foram analisados os processos de 2027 histeroscopias de consultório realizadas na instituição, das quais 845 (41,7%) foram cirúrgicas.

Os procedimentos mais frequentemente realizados foram a polipectomia com tesoura (55,4%), a biópsia dirigida (15,7%) e a remoção de dispositivo intra-uterino retido (10,8%).

Relativamente às complicações, foram registados 31 casos de reacção vasovagal (3,7%), 3 casos de criação de falso trajeto (0,4%), uma perfuração uterina (0,1%) e um caso de

endometrite. Em 29 doentes (3,4%), o procedimento cirúrgico teve de ser interrompido ou abreviado pela intolerância da doente.

Houve necessidade de marcação de um segundo exame histeroscópico para concluir o procedimento em 11% das pacientes e 6,6% foram propostas para ressetoscopia/histeroscopia sob AG (3,2% por dificuldade técnica e 3,4% por intolerância da doente).

Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre antecedentes de exérese da zona de transformação (EZT) e a ocorrência de reação vasovagal ($p=0,014$; IC 95% 1,002-1,117) e a necessidade de remarcação do procedimento sob sedação por intolerância da paciente ($p=0,003$; IC 95% 2,49-95,785).

A idade, paridade, via de parto, menopausa, administração prévia de misoprostol ou AINE ou bloqueio paracervical não mostraram associação com a ocorrência de complicações ou necessidade de remarcação.

Conclusões: A histeroscopia tem um bom perfil de segurança estabelecido, mas a intolerância à dor continua a ser um dos principais fatores limitantes à sua realização em contexto de consultório. Antecedentes de EZT parecem associar-se a uma maior intolerância e insucesso da técnica cirúrgica sem sedação.

CO 05

HISTERECTOMIA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA (HTL) – EXPERIÊNCIA EM 5 ANOS E CORE FEATURE SET (CFS)

Isabel Saavedra¹; Andreia Martins¹; Joana Faria¹; Carla Leitão¹; Celina Ferreira¹

¹MAC- CHULC

Introdução: A histerectomia é a pedra basilar na cirurgia ginecológica. A opção por abordagens minimamente invasivas tem-se tornado cada vez mais popular, sendo atualmente, a histerectomia totalmente laparoscópica (HTL) a via mais usual. Contudo, a ausência de métodos padronizados e universalmente aceites

para caracterizar a sua complexidade cirúrgica tem dificultado a análise e interpretação da evidência publicada.

Objetivos: Avaliar os resultados e complicações cirúrgicas em mulheres submetidas a HTL tendo em conta o core feature set (CFS) validado por experts (Leonardi et al, 2022), com o objetivo de motivar a sua inclusão nos protocolos cirúrgicos, de modo a que diferentes estudos possam comparar variáveis semelhantes.

Material e métodos: Estudo descritivo, com análise retrospectiva de um total de 66 registos clínicos de pacientes submetidas a HTL entre 1 Janeiro de 2018 a 31 Janeiro de 2023 num centro de cirurgia endoscópica e de formação qualificada.

Resultados e conclusões: As pacientes tinham em média 47 ± 9 anos, das quais 50% ($n=33$) tinham antecedentes de cirurgia abdomino-pélvica. O índice de massa corporal médio era $27 \pm 3,9$ kg/m², sendo que 77% eram obesas ou tinham excesso de peso. A principal indicação operatória foi hemorragia uterina anormal condicionada por útero miomatoso e o tempo operativo médio para realização da HTL foi $134 \pm 47,5$ minutos.

Quando analisadas as variáveis do CFS, observou-se que o peso médio da peça operatória foi 204 ± 47 g e 19% ($n=13$) apresentavam fibromas posteriores que dificultaram o acesso cirúrgico laparoscópico. Em 14% ($n=13$) constatou-se presença de aderências vesico-uterinas, com necessidade de adesiolise laboriosa e um caso de endometriose grau IV, com obliteração do FSP. A duração média do internamento após a cirurgia foi $2 \pm 0,3$ dias. A taxa de morbilidade maior foi 3% ($n=2$), com um caso de perfuração intestinal e um outro de perfuração vesical. Em 10 casos houve necessidade de conversão para laparotomia.

O presente estudo pretendeu introduzir e va-

lidar o inovador CFS numa avaliação retrospectiva, evidenciando a sua importância na estandardização da nomenclatura dos eventos cirúrgicos. Concluiu-se ainda que este se correlaciona objetivamente com os resultados e complexidade cirúrgica inerente à HTL e a sua inclusão por rotina nos protocolos cirúrgicos será pertinente, não só para a síntese de evidência mais robusta, mas por motivos clínicos como a remuneração do cirurgião e oportunidade de formação diferenciada.

CO 06

HISTEROSCOPIAS DIAGNÓSTICAS INCONCLUSIVAS – POSSÍVEIS CAUSAS E CORRELAÇÕES

Ana Margarida Cordeiro Mourato¹; Dinis Mateus¹; Ana Rita Mateus¹; Mariana Santos¹; Rita Lobo¹; Fernanda Vilela¹; Rita Martins¹; Tatiana Leite¹; Vera Ribeiro¹

¹CHUA - Faro

Introdução: A histeroscopia é um procedimento médico que permite examinar e intervir sobre a vagina, canal cervical e cavidade uterina. Habitualmente é indolor, no entanto, dependendo da utente, pode provocar dor ou desconforto abdomino-pélvico. É considerada inconclusiva, quando não foi possível realizar ou concluir o exame, por doente não tolerar o exame, não se conseguir atingir a cavidade uterina ou não se obter condições ótimas de visualização.

Objetivos: Averiguar possíveis causas para histeroscopias diagnósticas (HSD) inconclusivas; e correlacionar fatores clínicos para estenose cervical e dor durante a HSD.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos submetidos a HSD no Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro no ano 2022 (113 casos), utilizando o Software SPSS, tendo-se correlacionado variáveis como idade da utente, partos vaginais, status pós-menopausa (SPM), obesidade, estenose cervical, dor na HSD e HSD inconclusiva, em

utentes sem preparação prévia.

Resultados e conclusões: As HSD inconclusivas estavam positivamente correlacionadas, com significado estatístico, com a idade da utente, estenose cervical e SPM; positivamente correlacionadas, mas sem significado estatístico com a dor durante a HSD; e inversamente correlacionadas, mas sem significado estatístico, com partos vaginais e obesidade. A dor na HSD estava positivamente correlacionada, mas sem significado estatístico, com estenose cervical, obesidade e HSD inconclusivo; e inversamente correlacionada, mas sem significado estatístico, com idade, SPM e partos vaginais. A estenose cervical estava positivamente correlacionada, com significado estatístico, com a idade da utente, SPM e HSD inconclusiva; positivamente correlacionada, mas sem significado estatístico com a dor durante a HSD e obesidade; e inversamente correlacionada, mas sem significado estatístico, com partos vaginais.

Este trabalho vai de encontro ao facto das principais causas para HSD inconclusivas ser a presença de estenose cervical não ultrapassável e/ou dor aquando do exame. A estenose cervical, como espectável, estava presente sobretudo nos grupos etários mais avançados, SPM, sem partos vaginais e com obesidade. Como seria de esperar, a dor surgiu na sua maioria nos casos com estenose cervical, sem partos anterior, com obesidade, mas, ao contrário do expectável, ocorreu nos grupos etários mais jovens, pré-menopausa. Uma HSD com sucesso e sem dor depende da sensibilidade da utente, mas também de fatores, como os avaliados, que devem, por isso, ser considerados aquando da realização deste exame.

CO 07

ÚTEROS SEPTADOS COMPLETOS, COM E SEM ANOMALIA CERVICAL – A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Ana Margarida Cordeiro Mourato¹; Mariana Santos¹; Ana Rita Mateus¹; Dinis Mateus¹; Fernanda Vilela¹; Tatiana Leite¹; Rita Martins¹; Vera Ribeiro¹

¹CHUA - Faro

Introdução: A incidência e prevalência das anomalias congénitas uterinas permanece desconhecida, devido a existirem diferentes métodos de diagnóstico e alguns casos serem assintomáticos. A classificação ESHRE/ESGE agrupa as anomalias uterinas, cervicais e vaginais. Os úteros septados (U2) apresentam contorno do fundo normal e recuo interno >50% da espessura da parede uterina; subdividem-se em U2a (útero parcialmente septado com reentrância interna >50% da espessura da parede uterina, dividindo a cavidade uterina acima do nível do orifício cervical interno) e U2b (útero septado completo, em que o septo divide a cavidade uterina até o nível do orifício cervical interno). Podem ter anomalias cervicais e vaginais coexistentes; em 25%, o septo continua no nível vaginal.

Descrição dos casos: Em 2022, no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro foram diagnosticados 3 casos de úteros septados completos:

1.º e 2.º casos: 24 e 28 anos, ambas saudáveis, nuligestas, assintomáticas. Ambas as ecografias foram solicitadas por suspeita de malformações uterina e cervical, detetadas em ecografia prévia realizada por rotina. Em ambas foi constatado: “útero em anteflexão, móvel, latero-desvio direito, normodimensionado, contorno regular. Ecoestrutura discretamente heterogénea. Junção mio-endometrial mal definida. Paredes uterinas simétricas. Dois colos uterinos, cada um em comunicação com uma cavidade endometrial individualizada. Avaliação 3D: útero septado, septo completo, e dois

cérvix, classificando-se U2bC2.”

3.º Caso: 33 anos, saudável, infertilidade primária de 2 anos, contexto em que foi solicitada ecografia ginecológica: “Útero em anteflexão, móvel, 76x27x33cm, contorno regular. Duas cavidades uterinas, endométrio da esquerda com 2.7mm de espessura e da direita com 3mm. Junções mio-endometriais regulares. Colo uterino com 33mm, sem alterações. Avaliação 3D: Septo uterino completo, apenas 1 cervix, contorno externo normal, portanto U2bC0.”

Conclusões: Apesar de, na população geral, a prevalência de malformações uterinas ser relativamente reduzida, aumenta quando há história reprodutiva adversa. Geralmente o diagnóstico é obtido através de exames imagiológicos solicitados por sinais ou sintomas, no entanto, podem existir casos assintomáticos e sem repercussão reprodutiva, diagnosticados incidentalmente em exames de rotina ou por outra causa, pelo que, alguns casos podem nunca ser diagnosticados, subestimando a prevalência destas anomalias.

CO 08

PROMONTOFIXAÇÃO POR LAPAROSCOPIA – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Andreia C. Martins¹; Isabel Saavedra¹; Sofia Brás¹; Ana Cristina Nércio¹; Ana Bello¹; Guida Gomes¹; Frederico Ferronha²; Patrícia Isidro Amaral¹

¹MAC; ²Hospital de São José

Introdução: O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma patologia comum, afetando até 40% das mulheres e que pode ter um impacto significativo na qualidade de vida. Estima-se que 11 a 19% das mulheres com POP necessitem de correção cirúrgica. A promontofixação laparoscópica é um dos procedimentos indicados, sobretudo para estádios mais avançados de prolapso do compartimento apical, em mulheres abaixo dos 65/70 anos. Esta técnica apresenta taxas de sucesso elevadas (cerca de 91%) e tem ainda a van-

tagem de ser menos invasiva, associar-se a menor tempo de internamento e recuperação mais rápida, comparativamente com a abordagem por laparotomia.

Objetivos: Descrever a população submetida a promontofixação por laparoscopia na Maternidade Dr. Alfredo da Costa e analisar a taxa de sucesso e as complicações ocorridas.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos submetidos a promontofixação por laparoscopia no nosso serviço de Fevereiro de 2016 a Dezembro de 2022. A análise estatística foi realizada no SPSS.

Resultados e conclusões: No período analisado, 44 mulheres foram submetidas a promontofixação por laparoscopia. A idade média foi 56,2 anos; 33 mulheres (75%) encontravam-se em pós-menopausa, das quais 19 faziam estrogénios tópicos. Relativamente à paridade, 43 (97.7%) eram multíparas e todas tiveram partos por via vaginal. Em 30 (69.7%) houve episiotomia e em 12 (27.9%) laceração perineal. Dos recém-nascidos, 8 (18.6%) eram macrossómicos. Em relação às comorbilidades, 9 (20.5%) eram obesas, 5 (11.4%) diabéticas, 3 (6.8%) eram fumadoras e 1 (2.3%) tinha tosse crónica. Relativamente à avaliação do compartimento médio, 33 (75%) apresentavam POP grau III e 11 (25%) POP grau IV. Além disso, 40 (90.9%) tinham POP anterior associado e 36 (81.8%) POP posterior. Foi realizada histerectomia em 21 (47.7%) mulheres, na sua maioria subtotal e perineoplastia em 4 (9.1%). No que diz respeito ao seguimento, 19 (43.2%) completaram um follow-up de 2 anos, 7 (15.9%) encontram-se em vigilância há menos de 2 anos e 13 (29.5%) perderam o seguimento. Relativamente às complicações: houve lesão iatrogénica de órgãos adjacentes em 4 (9.1%) - 3 lesões da bexiga e 1 lesão do ureter; houve extrusão/erosão em 4 (9.1%), 3 destas com necessidade de tratamento cirúrgico; houve

recorrência de prolapso em 9 (20.5%), 3 com necessidade de reintervenção cirúrgica.

Em conclusão, a promontofixação laparoscópica proporciona um bom resultado anatómico e funcional, como demonstra a literatura. Apesar de neste estudo a taxa de recorrência do prolapso ter sido ligeiramente superior à reportada noutros estudos, apenas houve necessidade de reintervenção em 6.8% das mulheres. Como limitações do estudo, apontamos o reduzido tamanho da amostra, a análise retrospectiva dos dados e o curto seguimento dos casos mais recentes.

CO 09

O PAPEL DA CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA NOS ESTÁDIOS INICIAIS DO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO

Diogo Pires Dos Santos¹; Inês Leal¹; Rita Neto¹; Filipa Santos¹; Filipe Bacelar¹; Hugo Gaspar¹; Manuel Pontes¹; Luís Farinha¹

¹Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM

Introdução: O carcinoma do endométrio é uma das principais neoplasias ginecológicas sendo a obesidade um dos principais fatores de risco. Nos últimos anos a cirurgia minimamente invasiva tem sido a abordagem preferencial no tratamento dos estadios iniciais permitindo reduzir o impacto das múltiplas comorbilidades no período intra e pós-operatório com resultados oncológicos semelhantes à via laparotómica.

Objetivos: Analisar o impacto da cirurgia laparoscópica no tratamento dos estadios iniciais do carcinoma do endométrio. Foram ainda analisados fatores de risco para carcinoma do endométrio, tamanho uterino, dias de internamento pós-operatório e taxa de recidivas.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo no período de 2015 a 2022. Foram incluídas 53 mulheres com diagnóstico de carcinoma do endométrio estadio I submetidas a laparoscopia.

Resultados e conclusões: No período de estudo 147 mulheres diagnosticadas com carcinoma do endométrio em estadio I foram submetidas a tratamento cirúrgico, sendo que em 36% dos casos optou-se pela abordagem laparoscópica (com aumento do número relativo de cirurgias efetuadas por esta abordagem ao longo do tempo de estudo). O nosso grupo de estudo apresenta uma idade média de 62 anos, idade média da menarca 13 anos (11-16) e idade média da menopausa 50,7 anos (40-58), sendo que 15% dos casos estava em idade reprodutiva. Relativamente aos fatores de risco apresentamos uma taxa de excesso de peso de 81%, diabetes mellitus em 13% dos casos, menopausa > 55 anos em 11% dos casos, 19% nuliparidade e 17% fez terapia hormonal pós-menopausa. Relativamente à avaliação do marcador tumoral CA-125 a mediana foi 14,2 (5-341). Em média as dimensões uterinas foram de 8,1x5,6x3,4 cm (sendo a maior dimensão uterina de 12,5x8,5x5 cm). De referir que na maioria dos casos foi utilizado manipulador uterino. O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma endometrióide (92%), sendo que 85% dos casos apresentavam estadio IA e 15% estadio IB. Em média, as doentes estiveram internadas 2 dias no pós-operatório e não se identificaram intercorrências major (num período <30 dias pós-operatório). Apresentamos uma taxa de recidivas de 4% e apenas 1 caso de morte.

Neste estudo, apresentamos uma população com morbidade importante sendo que a abordagem laparoscópica mostrou ser uma estratégia de primeira linha, visto que permitiu obter resultados oncológicos favoráveis e não apresentou um agravamento das morbidades e complicações nestas doentes, podendo ainda ter custo-benefício a médio longo-prazo.

CO 10

LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA NA AVALIAÇÃO DOS ESTÁDIOS AVANÇADOS DO CARCINOMA DO OVÁRIO

Diogo Pires Santos¹; Filipe Nóbrega¹; Ana Calhau¹; Filipa Santos¹; Filipe Bacelar¹; Hugo Gaspar¹; Manuel Pontes¹; Luís Farinha¹

¹Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM

Introdução: O carcinoma do ovário é a segunda causa mais comum de neoplasia ginecológica nos países desenvolvidos, sendo que na maioria dos casos a doença apresenta-se em estadio avançado aquando do diagnóstico. Em alguns casos, os exames de imagem são inconclusivos quanto à ressecabilidade da doença podendo a laparoscopia diagnóstica ter um papel importante nessa avaliação.

Objetivos: Avaliar a utilidade da laparoscopia diagnóstica na avaliação da ressecabilidade em estadios avançados do carcinoma do ovário.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo no período de 2015 a 2022. Neste período 27 mulheres com diagnóstico de carcinoma do ovário avançado foram submetidas a laparoscopia diagnóstica.

Resultados e conclusões: O grupo de estudo apresenta uma idade média de 58 anos e idade média da menopausa 48,8 anos, sendo que 30% dos casos estava em idade reprodutiva. Foram ainda avaliados fatores protetores para carcinoma do ovário, sendo que 78% dos casos têm filhos (73% parto vaginal) e 41% utilizou contraceção hormonal. Quanto a fatores de risco identificados, 7% das doentes eram fumadoras e 32% apresentavam risco genético. O IMC médio foi de 24,7 Kg/m². O estadiamento foi globalmente realizado através de tomografia computadorizada. A mediana do CA125 foi de 1147 U/mL e do rácio CA125/CEA de 893.

Relativamente ao estadiamento apresentamos: 4% estadio IIIA, 11% IIIB, 59% IIIC e 26%

IVB, sendo que 93% dos carcinomas foram serosos de alto grau. 89% das laparoscopias diagnósticas foram realizadas pré-quimioterapia neoadjuvante (QTNA) e 11% pós-QTNA. Relativamente à laparoscopia pré-QTNA avançou-se para cirurgia de citorredução em 17% dos casos, tendo conseguido atingir R0 em todos eles. Nos casos em que não foi possível a citorredução cirúrgica inicial, 95% dos casos iniciou QTNA em menos de 30 dias sendo que 60% realizou cirurgia de intervalo após QTNA tendo-se conseguido R0 em todos os casos. Houve ainda necessidade de laparoscopia diagnóstica em 3 doentes com critério de irresssecabilidade imagiológica inicial e que foram submetidos a QTNA, sendo que todos avançaram para cirurgia de citorredução tendo-se obtido R0 em todos os casos. Neste estudo apresentamos uma taxa de recidivas de 67% (em média após 1,8 anos) e 41% dos doentes tinham falecido à data da realização do mesmo. Não registamos complicações major no pós-operatório (<30 dias após cirurgia).

Em conclusão, esta abordagem poderá vir a ser incluída em casos cujos exames de imagem se revelam inconclusivos quanto à ressecabilidade da doença, visto que tem associadas poucas complicações e morbilidades, podendo permitir um início mais célere da quimioterapia neoadjuvante aquando da impossibilidade de cirurgia primária.

V 01

PESQUISA DE GÂNGLIO SENTINELA COM VERDE DE INDOCIANINA NO CANCRO DO ENDOMÉTRIO

Angela Encarnação Sousa Silva¹; Helder Ferreira²
¹Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão; ²C.H. Univ. Porto, Centro Materno Infantil Norte

Atualmente, o cancro do endométrio é o sexto cancro mais frequente no mundo, representando a segunda causa de cancro ginecológico na Europa.

O estadiamento linfático é um dos fatores prognósticos mais importantes, permitindo um planeamento adequado da abordagem terapêutica. A realização sistemática de linfadenectomia em tumores em estadio inicial é controversa, uma vez que pode não trazer benefícios terapêuticos, estando ainda associada a um aumento da morbilidade, perda de sangue e tempo cirúrgico. Na prática atual, a pesquisa de gânglio sentinela no cancro ginecológico tem mostrado taxas de falso negativos baixas, tendo vindo a substituir a linfadenectomia em casos selecionados.

A utilização de verde de indocianina, aliada a uma fonte de luz específica, é considerada a abordagem de rotina na pesquisa do gânglio sentinela no cancro do endométrio, estando associado a uma maior taxa de deteção do gânglio bilateralmente, assim como menor risco de efeitos secundários.

O vídeo apresentado mostra a técnica de pesquisa e deteção do gânglio sentinela com verde de indocianina numa mulher com cancro do endométrio.

V 02

HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA – HOW TO DO IT

Carolina Smet¹; João Lopes²; Catarina Castro²; Inês Reis²; João Alves²; Sónia Barata²; Filipa Osório²
¹Hospital de São Francisco Xavier; ²Hospital da Luz Lisboa

A histerectomia total por via laparoscópica está associada a menor morbilidade que a via laparotómica, diminuindo a dor e o desconforto pós-operatório, as incisões cirúrgicas e o risco infeccioso. A abordagem laparoscópica permite uma inspeção da cavidade abdominal-pélvica tornando-se numa forte arma de ensino da anatomia pélvica e da técnica cirúrgica. Assim, esta via de abordagem deve ser encorajada e o seu ensino promovido.

O vídeo apresentado demonstra de forma didática os passos da técnica cirúrgica para uma histerectomia total laparoscópica.

V 03

QUISTO ANEXIAL NA GRÁVIDA – DESAFIOS DA LAPAROSCOPIA NA GRAVIDEZ

Carolina Smet¹; João Lopes²; Catarina Castro²; Inês Reis²; João Alves²; Sónia Barata²; Filipa Osório²
¹Hospital de São Francisco Xavier; ²Hospital da Luz Lisboa

As massas anexiais na gravidez são frequentemente achados incidentais durante um exame ecográfico. Apesar de serem muitas vezes assintomáticas, podem ser causa de dor pélvica. As características imagiológicas da massa, bem como a clínica associada, são fatores importantes na decisão entre manter uma atitude expectante ou realizar a sua excisão cirúrgica.

Apresentamos um caso de uma grávida com 16 semanas com queixas de algias pélvicas. Ecograficamente apresentava um quisto anexial direito com 18 cm com características su-

gestivas de um cistadenoma mucinoso. Procedeu-se à sua excisão por via laparoscópica. Neste vídeo apresentamos o diagnóstico ecográfico e o procedimento cirúrgico efetuado.

V 04

OMENTECTOMIA INFRACÓLICA, APENDICECTOMIA E BIÓPSIAS PERITONEAIS POR VIA LAPAROSCÓPICA NO ESTADIAMENTO DO CANCRO DO OVÁRIO

Tiago Meneses Alves¹; Ana Beatriz de Almeida¹; Maria Inês Sousa¹; Rosa Zulmira¹; Hélder Ferreira¹
¹C.H. Univ. Porto, Centro Materno Infantil Norte

Introdução: O cancro do ovário (CO) representa a principal causa de morte por cancro ginecológico nos países desenvolvidos, sendo a maioria diagnosticados nos estádios mais avançados (III ou IV). O estadiamento do CO é cirúrgico e geralmente realizado por laparotomia.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, 2G2P, antecedentes cirúrgicos de histerectomia total com salpingectomia bilateral por via laparoscópica por quadro de hemorragia uterina anormal. Em ecografia ginecológica de rotina foi detetada a presença de uma tumefação anexial esquerda com 87*51*43 cm, multilocular sólida e color score 4 sugestiva de carcinoma mucinoso. Foi realizada TAC abdominopélvica que corroborou os achados ecográficos. O valor sérico de CA 19.9 apresentava-se elevado. O estadiamento laparoscópico (FIGO – IA) decorreu sem intercorrências, foi auxiliado com o instrumento de selagem hemostática LigasureTM e as peças removidas pela vagina com saco coletor.

Conclusão: A via laparoscópica apresenta-se como uma abordagem segura no estadiamento do CO.

V 05

RESSEÇÃO INTESTINAL LAPAROSCÓPICA COM EXTRAÇÃO DA PEÇA POR ORIFÍCIO NATURAL NUM CASO DE ENDOMETRIOSE RECTAL PROFUNDA

Tânia Barros¹; Marta Melo²; Cristiana Moreira¹; Jaime Vilaça³; Rosa Zulmira Macedo¹; Hélder Ferreira¹
¹C.H. Univ. Porto, Centro Materno Infantil Norte; ²Hospital de Vila Franca de Xira; ³Hospital da Luz, Arrábida

Introdução: Demonstração da técnica de ressecção intestinal segmentar e anastomose laparoscópica, com extração da peça por orifício natural (natural orifice specimen extraction, NOSE) via anal, num caso de endometriose intestinal.

Descrição do caso: Mulher, 30 anos, com obstipação, retorragias, disquesia, dismenorrea e dispareunia refratárias à terapêutica médica. O estudo imagiológico revelou obliteração do fundo de saco de Douglas por nódulo de endometriose transmural e envolvimento circunferencial de 45%, que se estendia dos 13 cm aos 10 cm da margem anal.

Submetida a laparoscopia. Mobilização bilateral do cólon. Identificação dos ureteres com verde de indocianina. Dissecção do espaço retovaginal. Identificação das margens cranial/caudal do nódulo. Ressecção intestinal com stapler linear e pinça bipolar. Extração da peça via anal. Encerramento das extremidades com stapler linear. Anastomose topo-a-topo com stapler circular. Sem complicações intra/pós-operatórias. Alta ao 5º dia pós-operatório.

Conclusão: A anastomose intracorporal com extração da peça por NOSE é uma técnica segura, a considerar no tratamento da endometriose intestinal.

V 06

INTRODUÇÃO DA HISTERECTOMIA POR VNOTES NUM CENTRO HOSPITALAR

Ana Luísa Cerqueira¹; Ana Beatriz Teixeira¹;
Joana Lyra¹; João Cavaco Gomes¹;
Margarida Martinho¹

¹Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A histerectomia por vNOTES, comparando com a laparoscopia, apresenta menor tempo cirúrgico, internamento e perda hemática, sem diferença nas complicações.

Objetivo: Demonstração das primeiras histerectomias por vNOTES num centro hospitalar, incluindo um caso de culdoplastia de McCall.

Métodos: Revisão dos registos clínicos e da gravação das cirurgias.

Resultados: O primeiro caso trata-se de uma doente de 87 anos, com prolapso de órgão pélvico apical (estadio III) e do compartimento posterior (estadio II) e incontinência urinária de esforço, submetida a histerectomia e anexectomia bilateral por vNOTES, colpoplastia posterior, fixação ao sacroespinhoso e colocação de sling de incisão única. O segundo caso trata-se de uma doente de 41 anos, com POP apical (estadio II) e do compartimento posterior (estadio II), submetida a histerectomia, salpingectomia bilateral e culdoplastia de McCall por vNOTES e colpoplastia posterior. As cirurgias decorreram sem intercorrências e com alta ao segundo dia sem complicações.

Conclusão: Na introdução da histerectomia por vNOTES no nosso centro obtivemos tempos operatórios adequados e sem complicações.

V 07

ENDOMETRIOSE PÉLVICA PROFUNDA – TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO COM NEFROURETERECTOMIA E CISTECTOMIA PARCIAL

Ana Isabel Tomé¹; João Lopes²; Catarina Castro²;
Inês Reis²; João Alves²; Sónia Barata²; Tito Leitão²;
Filipa Osório²

¹Hospital Garcia de Orta; ²Hospital da Luz Lisboa

A endometriose é uma patologia complexa de etiologia pouco compreendida caracterizada pela presença ectópica de glândulas e estroma endometriais, sendo uma causa importante de dor pélvica crónica e infertilidade. A endometriose profunda é considerada a apresentação mais agressiva da doença e afeta cerca de 20% das mulheres com a doença. A endometriose vesical é uma condição rara, representando 1% de todos os casos e 84% dos casos de endometriose do trato urinário. Neste vídeo demonstramos o caso de uma doente com uma volumosa lesão infiltrativa da bexiga com envolvimento do meato ureteral direito e ureter direito condicionando dilatação marcada do ureter e atrofia do parênquima renal com perda silenciosa de função renal. A cirurgia laparoscópica consistiu na realização de nefroureterectomia total direita, exérese total da lesão vesical e tratamento concomitante das lesões extra-vesicais, contribuindo para a redução do tempo de internamento, da morbilidade peri-operatória e para a melhoria da qualidade de vida da doente.

V 08

SEPTO COMPLETO E INFERTILIDADE – O DESAFIO DA INSUFICIÊNCIA CERVICAL

Mafalda Castro Neves¹; Ana Carolina Coimbra¹;
Pedro Viana Pinto¹; João Cavaco Gomes¹;
Ana Sofia Fernandes¹; Margarida Martinho¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE

Caso clínico: Mulher de 30 anos seguida na consulta de ginecologia por infertilidade, com descrição imagiológica (RMN e ecografia

transvaginal) de malformação uterina (Classificação ESHRE/ESGE – U2b, C2, V0). Histeroscopia diagnóstica em consultório, ecoguiada, com acesso a hemicavidade uterina esquerda de pequenas dimensões com septo uterino completo com extensão ao colo e orifício cervical externo (OCE), tentativa frustrada de acesso à hemicavidade direita por impossibilidade de ultrapassar o orifício cervical interno (OCI).

Técnica: Histeroscopia

Descrição de procedimento: Histeroscopia diagnóstica acedendo-se a ambas as hemicavidades com maior dificuldade à direita. Identificação de meato do óstio esquerdo e marcação a nível septal. Colocação de sonda de Foley 10 na hemicavidade direita, com abaulamento septal para a hemicavidade esquerda, após o OCI, seguida da incisão do septo a esse nível até se visualizar o balão e se aceder à hemicavidade direita de forma a permitir a realização de septotomia com segurança até ao fundo uterino. Assim foi possível preservar o OCI e o septo cervical.

V 09

SÍNDROME MALFORMATIVO – “HISTERECTOMIA BILATERAL LAPAROSCÓPICA”

Ana Mafalda da Costa Castro Neves¹;
Ana Carolina Coimbra¹; Pedro Viana Pinto¹;
João Cavaco Gomes¹; Ana Sofia Fernandes¹;
Margarida Martinho¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE

Caso clínico: Mulher de 17 anos com Síndrome Polimalformativo (défice cognitivo, macrocefalia, epilepsia). Amenorreia primária, associada a queixas algícas pélvicas intensas – identificação ecográfica de corno uterino rudimentar não comunicante mas funcionando, com hematossalpinge à direita. Na RMN observou-se agenesia mulleriana com remanescentes uterinos atrofícos, à direita com endométrio funcionante e à esquerda sem evidência de endométrio funcionante, ovários

normais e líquido pélvico.

Técnica: Laparoscopia

Descrição de procedimento: Laparoscopia diagnóstica com acesso à cavidade pélvica e identificação de 2 estruturas compatíveis com remanescentes de corpo uterino, ovário e trompa esquerda normais, e hematossalpinge à direita, com quisto no ovário ipsilateral. Procedeu-se à identificação de ambos os remanescentes uterinos com dissecação e isolamento dos mesmos e sua ressecção; realizada salpingectomia bilateral, com cistectomia do ovário direito.

V 10

STANDARDIZAÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA PARA A PESQUISA DO GÂNGLIO SENTINELA NO CANCRO DO ENDOMÉTRIO

BARBARA GOMES¹; Cláudia Andrade¹;
Teresa Rebelo²; Cristina Frutuoso¹; Fernanda Águas¹
¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /
Hospitais da Universidade de Coimbra; ²Centro
Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A standardização da técnica cirúrgica para a pesquisa do gânglio sentinela no cancro do endométrio é importante de forma a garantir qualidade cirúrgica. Em 2021, Moloney et al publicaram um consenso de experts com passos específicos mandatórios e proibidos para a dissecação do gânglio sentinela neste tipo de tumores.

Objetivos: Descrição da técnica cirúrgica para a pesquisa de gânglio sentinela no cancro do endométrio.

Material e métodos: Vídeo narrado com a demonstração dos passos cirúrgicos da pesquisa de gânglio sentinela num caso de adenocarcinoma do endométrio, tipo endometrióide, estadio FIGO IA.

Resultados e conclusões: Os passos obrigatórios iniciam-se com a injeção de verde de indocianina no colo, às 3 e 9 horas. Identificação de estruturas anatómicas chave (vasos

ilíacos externos, artéria umbilical obliterada, fossa paravesical, ureter e nervo obturador). Dissecção cuidada com preservação da rede linfática. Identificação do gânglio sentinela com isolamento do mesmo das estruturas anatómicas envolventes. Extração dos gânglios em saco protector. Confirmação da fluorescência do gânglio.

Esta sistematização é fundamental para assegurar a qualidade cirúrgica da pesquisa do gânglio sentinela, fundamental nos estádios iniciais no cancro do endométrio.

V 11

REMOÇÃO LAPAROSCÓPICA DE UM DISPOSITIVO INTRATUBÁRIO (DIT), ESSURE?

Ana Carolina Coimbra¹; Mafalda Castro Neves¹; Pedro Viana Pinto¹; João Cavaco Gomes¹; Ana Sofia Fernandes¹; Margarida Martinho¹
¹Centro Hospitalar de S. João, EPE

Caso clínico: Mulher de 53anos com dor crónica da FID e irradiação esporádica para membro inferior ipsilateral com sensação de distensão abdominal. Portadora de DIT à direita há 12 anos, tendo iniciado queixas após colocação. Antecedentes de salpingectomia bilateral por laparoscopia. Ecografia transvaginal com presença de DIT à direita em posição 2 (intersticial), sem outras alterações de relevo.

Técnica: Laparoscopia

Descrição de procedimento: Identificação de coto de trompa uterina direita edemaciada, com estrutura sólida no seu interior. Incisão do coto tubário no bordo anti-mesosalpinge com exposição do DIT, com energia bipolar e tesoura. Remoção do dispositivo por tração da extremidade do dispositivo sem intercorrências ou necessidade de procedimentos adicionais.

V 12

TRATAMENTO DO ISTMOCELO – O PAPEL DA CIRURGIA ENDOSCÓPICA

Ana Isabel Tomé¹; João Lopes²; Catarina Castro²; Inês Reis²; João Alves²; Sónia Barata²; Filipa Osório²
¹Hospital Garcia de Orta; ²Hospital da Luz Lisboa

Com o número crescente da taxa de cesarianas nos países desenvolvidos, apesar da recomendação da OMS de um máximo de 15%, aumentaram simultaneamente as complicações obstétricas e ginecológicas associadas a este procedimento. O istmocele define-se como um defeito anatómico na parede anterior do útero na área da cicatriz da cesariana. Esta condição está associada a quadros de hemorragia uterina anormal, dor pélvica crónica e infertilidade. Apesar do tratamento do istmocele não ser consensual, a sua correção cirúrgica parece melhorar a infertilidade secundária em doentes em que não é identificada outra causa. Neste vídeo demonstramos o caso de uma doente com istmocele, com história de infertilidade secundária, a quem foi proposta a sua correção por via laparoscópica e histeroscópica combinadas. Considerando que a espessura do miométrio é um fator de risco independente para rutura uterina a técnica proposta é preferível em relação à abordagem histeroscópica atendendo ao desejo de gravidez futura da doente.

V 13

QUISTECTOMIA DE ENDOMETRIOMA: TÉCNICA INVERTIDA

Lisandra Mendonça¹; Ângela Rodrigues²; Vera Ramos²; Maria João Carvalho^{2,3}; Fernanda Águas²

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ²Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Neste vídeo é apresentado um caso de uma mulher de 32 anos com antecedentes de Infertilidade primária com 18 meses de evolu-

ção e com queixas de dismenorrea primária. Na ecografia ginecológica apresentava imagem quística compatível com endometrioma do ovário esquerdo com cerca de 6 cm de maior eixo.

A doente foi submetida a quistectomia do ovário esquerdo por laparoscopia. Após pneumoperitoneu e colocação de trocar umbilical, inspecionou-se a cavidade peritoneal, confirmando a presença de um endometrioma no ovário esquerdo. Procedeu-se à adesiólise e aspiração do seu conteúdo pela vertente aderente à face posterior do útero. Exposto o interior do quisto, inverteu-se a porção infero-interna do com o auxílio de uma pinça. De seguida, após pequena incisão na base do quisto, foi dissecado o plano de separação com o parênquima até ao bordo do quisto. Seguidamente, foi realizado stripping das paredes do quisto usando forças tração-contratração. A hemostase foi revista sob irrigação com lactato de ringer. Finalmente, os fragmentos do quisto foram removidos da cavidade peritoneal através de um dispositivo de endobag e a prova de permeabilidade tubária efetuada.

V 14

REANASTOMOSE TUBÁRIA BILATERAL POR MINI-LAPAROSCOPIA

Lisandra Mendonça¹; Simone Subtil²; Vera Ramos²; Francisco Falcão²; Maria João Carvalho^{2,3}; Fernanda Águas²

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ²Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Neste vídeo é apresentado o caso de uma mulher de 33 anos que solicitou reanastomose tubária por desejo de nova gravidez. De antecedentes destaca-se obesidade, laqueação tubar bilateral com anéis de Yoon e 3 partos vaginais. Realizou-se pneumoperito-

neu e colocação de trocar umbilical de 10 mm e ótica de 0 e 3 trocars de mini-laparoscopia nas posições habituais. Exposta a escavação pélvica foram inspecionadas as características das trompas, observaram-se anéis de Yoon nas porções ampulares, com afastamento dos topos de cerca de 6 mm e fimbrias íntegras, assegurando condições anatómicas favoráveis ao sucesso do procedimento. Após secção do topo proximal da trompa foi instilado azul de metileno através de cateterização uterina por via vaginal, identificando-se o lúmen. O topo distal foi seccionado, identificando-se também o lúmen. O mesossalpinge foi aproximado usando fio monocryl 5/0. Para a anastomose foram suturados os dois topos com fio monocryl 6/0, aproximando a serosa e a camada muscular em 4 pontos, excluindo lúmen. Após o procedimento foi realizada prova de cromotubação. Procedeu-se de igual forma para a trompa contralateral.

V 15

PATOLOGIA DO CORNO UTERINO: EM QUANTOS DIAGNÓSTICOS CABES TU?

Nuno Simões Costa¹; Sara Proença²; Sara Rodrigues Pereira²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ²Hospital de Cascais

Introdução: Uma massa uterina acessória cavidade (ACUM) representa um defeito congénito raro dos canais de Müller. Consiste numa cavidade acessória com tecido endometrial normal associada a um útero funcionante.

É mais frequente em mulheres jovens, nulíparas, que apresentam dismenorrea grave e infertilidade.

Descrição do caso: Descreve-se o caso de uma mulher de 28 anos, Gesta 0, encaminhada inicialmente para o serviço de urgência no contexto de dor pélvica crónica e dismenorrea intensa, após ter realizado ecografia ginecológica em regime de ambulatório, na qual se suspeitou de gravidez ectópica cor-

nual direita. Após avaliação clínica e analítica da doente, excluiu-se o diagnóstico de gravidez e levantou-se hipótese de malformação uterina pela presença de imagem sugestiva de útero rudimentar. Iniciou contraceção contínua, solicitou-se ecografia pélvica com reconstrução 3D e foi encaminhada para a Consulta e Ginecologia. Na consulta, já sob contraceção contínua, apresentava-se significativamente melhorada das queixas de dismenorreia. A ecografia ginecológica revelou, na região cornual direita, em posição excêntrica, distorção do contorno uterino externo à custa de estrutura ovalada, com cerca de 19x18mm. Através de reconstrução tridimensional, visualizou-se que esta estrutura não apresentava anomalias do contorno interno ou externo e tinha uma cavidade interna regular, ecograficamente semelhante a uma cavidade endometrial, sem aparente comunicação com o útero. A RMN pélvica complementar não se demonstrou conclusiva, levantando hipótese de formação heterogênea cornual direita de natureza não definida - lesão sólida de degenerescência quística vs quisto complexo com componente hemático vs gravidez ectópica cornual. Atendendo à clínica e aos achados imagiológicos, foi proposta laparoscopia diagnóstica, na qual se identificou estrutura com cerca de 20mm de maior eixo de inserção na vertente uterina direita, sem interferência com imersão tubária, mas no eixo do ligamento redondo. Procedeu-se a excisão da referida estrutura, com energia bipolar e tesoura e reforço parede uterina com pontos separados com Vicryl 1/0. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. O diagnóstico histológico foi compatível com fibras musculares lisas, vasos e tecido endometrial sem tecido neoplásico. Atualmente a doente mantém-se com contraceção contínua e sem queixas.

Conclusão: Apesar de raras, as malformações uterinas constituem um grupo de entidades

clínicas sub-diagnosticado, que se associa a sintomatologia importante, nomeadamente dor pélvica crónica e dismenorreia intensa. O diagnóstico de ACUM é frequentemente confundido com corno uterino rudimentar não comunicante, adenomiose cavitada verdadeira e miomas em degenerescência. A ressecção laparoscópica da ACUM é possível, mas desafiante devido à má definição dos planos cirúrgicos.

I 01

HISTEROEMBRIOSCOPIA ÀS 8 SEMANAS

António de Pinho¹; , Cristina Oliveira¹

¹*Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa*

Após um aborto retido, a histeroembrioscopia permite a entrada através do córion e âmnio, com avaliação detalhada da morfologia embrionária e do trofoblasto e colheita de biópsias, evitando contaminação. Esta técnica apresenta evidência científica crescente no estudo de abortamentos de repetição. Este procedimento foi realizado após um terceiro abortamento consecutivo. O embrião apresenta morfologia adequada para 8 semanas e o estudo cromossómico revelou Síndrome de Turner.

I 02

MESOTELIOMA MALIGNO EM LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA

Marta Xavier¹; Marta Campos¹; João Gonçalves¹

¹*Chvnge*

Legenda: Excrescências peritoneais – mesotelioma maligno em laparoscopia diagnóstica. Doente de 28 anos, sem antecedentes de relevo, com quadro de distensão abdominal associado a abdominoalgias com 2 semanas de evolução e achado de ascite de moderado volume. Ca125 aumentado.

I 03

NERVO HIPOGÁSTRICO

Carolina Smet¹; João Lopes²; Catarina Castro²; Inês Reis²; João Alves²; Sónia Barata²; Filipa Osório²

¹*Hospital de São Francisco Xavier*; ²*Hospital da Luz Lisboa*

Imagem da parede pélvica lateral direita demonstrando o trajeto do ureter, da artéria ilíaca interna e do nervo hipogástrico inferior direito. O nervo hipogástrico é responsável pela

enervação simpática do trato genito-urinário e do colón. A lesão bilateral do nervo hipogástrico durante a cirurgia pode levar à perda da função contráctil vesical condicionando diminuição da sensibilidade vesical com risco de retenção vesical e incontinência urinária de esforço, bem como a uma disfunção da motilidade do colón.

I 04

CIRURGIA LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA TUBAR

Tiago Meneses Alves¹; Ana Beatriz de Almeida¹; Maria Inês Sousa¹; Sandra Soares¹; Rosa Zulmira¹

¹*CH Univ Porto, Centro Materno Infantil Norte*

Salpingectomia direita via laparoscópica por gravidez ectópica tubar compatível com 8 semanas de idade gestacional. Observa-se a presença de saco gestacional e embrião íntegros.

I 05

PERFURAÇÃO UTERINA COM DISPOSITIVO DE LIBERTAÇÃO INTRAUTERINO (DLIU) – UMA DESCOBERTA ACIDENTAL

Miguel Penas da Costa¹; Rita Palmar Ribeiro¹; Lutero Jung¹; Marina do Vale¹; Fernando Fernandes¹

¹*HESE*

Mulher de 41 anos, sem antecedentes relevantes. Menarca aos 13 anos, 10 2002 (2 partos eutócicos). Pretende contraceção definitiva. Tem DLIU colocado há 3 anos, mantendo cataménios regulares de 5 dias, com fluxo moderado. Durante a salpingectomia laparoscópica constatámos a presença de um braço do DLIU a perfurar o fundo uterino. Com a grasper empurrámos o braço para dentro do útero, traccionando simultaneamente os fios pela vagina. Remoção do DLIU, sem sangramento da parede uterina.

AMENORREIA PRIMÁRIA E ÚTERO TUBULAR

Mariana Veiga¹; Sasseti Coimbra²; Sara Proença¹;
Ana Brandão¹; Susana Oliveira¹

¹HPP Hospital de Cascais; ²Centro Hospitalar do
Algarve, EPE / Hospital de Faro

Mulher de 21 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, é enviada á consulta para estudo de uma amenorreia primária. Ao exame objetivo, de salientar um estadio Tanner mamário 2 com pubarca normal. O estudo hormonal foi compatível com hipogonadismo hipogonadotrófico (FSH 0.4, E2<0.1); o cariótipo foi normal e a pesquisa X frágil sem alterações. O TC CE sem alterações. Ecograficamente não se identificou uma estrutura compatível com a cavidade uterina mas uma estrutura tubular de 25x10mm sem diferenciação endometrial visível pelo que a investigação progrediu para o pedido de RM pélvica e caracterização endoscópica, confirmando a presença de um útero tubular.

PO 01

NEW KID ON THE BLOCK EM LEIOMIOMAS: SÉRIE DE CASOS COM RELUGOLIX+ESTRADIOL+ACETATO DE NORETISTERONA

António de Pinho¹; , Ariana Gomes¹; Anabela Melo¹; Diana Melo Castro¹; Isabel Meireles¹; Cristina Oliveira¹

¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A associação relugolix, estradiol e acetato de noretisterona (Ryeqo[®]) está disponível em Portugal desde outubro de 2021 para o tratamento de sintomatologia moderada-grave por leiomiomas uterinos. A evidência científica nacional relativamente à utilização deste fármaco na prática clínica é ainda muito escassa.

Objetivos: Caracterização da população e outcomes em doentes sob tratamento com Ryeqo[®] num Centro Hospitalar Português.

Material e métodos: Retrospectivamente, foram avaliados os registos clínicos referentes à utilização de Ryeqo[®] com follow-up mínimo de 3 meses, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, durante o ano de 2022.

Resultados e conclusões: Foram identificadas 15 doentes, com uma média de 39 anos. A maioria das utentes apresentava 3 ou mais leiomiomas e em 6 delas o leiomioma dominante apresentava o maior diâmetro superior a 5cm. Segundo a classificação da FIGO, os leiomiomas predominantes eram do tipo 2-5 (n=6) e tipo 2 (n=5). A sintomatologia mais referida consistia em hemorragia uterina anormal (n=14), dor pélvica/dismenorreia (n=9), astenia (n=4) e polaquiúria (n=2). Previamente à instituição de Ryeqo[®], 8/15 doentes apresentavam anemia, que em 4 tinha motivado a transfusão de concentrado eritrocitário. Adicionalmente a anti-inflamatórios não esteróides e anti-fibrinolíticos, o his-

tórico de tratamento para hemorragia uterina anormal incluía contraceptivos orais combinados (n=8), progestativos orais (n=6), sistema intrauterino de levonorgestrel (n=5), miomectomias prévias (n=3) e acetato de ulipristal (n=1). No primeiro mês de Ryeqo[®], 9 doentes atingiram a amenorreia e as restantes oligomenorreia. Todas as utentes referiram melhoria das queixas de dor pélvica/dismenorreia durante o follow-up e em todas as utentes previamente anémicas houve uma recuperação da hemoglobina para valores normais em até 3 meses. Foi constatada a diminuição das dimensões de leiomiomas em 2 casos. A 31 de dezembro de 2022, 8 utentes mantinham terapêutica com Ryeqo[®] (média de 4 meses de utilização), 5 descontinuaram a terapêutica após tratamento cirúrgico, 1 doente estava grávida e 1 doente iniciou um tratamento médico diferente. Não foram registados efeitos adversos significativos durante o seguimento. O tratamento médico de leiomiomas uterinos continua a ser um grande desafio em Ginecologia. Segundo esta série, a utilização de Ryeqo[®] parece promissora, com uma diminuição expressiva da sintomatologia, perfil segurança apropriado e sendo uma mais valia na preparação para cirurgia, nomeadamente na recuperação de anemia.

PO 02

HISTERECTOMIA E AS SUAS VIAS DE ABORDAGEM – EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE ÉVORA

Rita Palmar Ribeiro¹; Lília Frada¹; Fernando Fernandes¹

¹Hospital Espírito Santo Évora

Introdução: A histerectomia é a cirurgia mais comumente realizada na ginecologia, podendo a abordagem cirúrgica variar entre

via laparotômica, vaginal e laparoscópica. No tratamento de patologia benigna considera-se que a abordagem via vaginal é a preferencial, tendo em conta a sua associação à baixa ocorrência de complicações. Contudo, entre 2008 e 2018, verificou-se um declínio no número de hysterectomias realizadas por via vaginal nos Estados Unidos da América, passando de ser a abordagem preferencial com 51%, para apenas 13%.

Objectivos: Comparar as complicações intraoperatórias e no período pós-operatório das utentes submetidas a hysterectomia no Hospital Espírito Santo de Évora (HESE) entre Outubro de 2021 e Dezembro de 2022, de acordo com a via de abordagem escolhida.

Material e métodos: Consulta de processos clínicos electrónicos no Sclinico e análise dos dados em Excel.

Resultados e conclusões: A amostra incluiu um total de 47 mulheres.

Foram realizadas 24 hysterectomias por via laparotômica, com mediana de idade de 47 anos. Em 23 (96%) dos casos a indicação cirúrgica foi hemorragia uterina anormal e em 1 caso (4%) foi hemorragia pós-parto. Ocorreram complicações intraoperatórias em 1 (4%) caso por lesão iatrogénica da bexiga e no pós-operatório verificaram-se complicações em 4 (17%) casos (um caso de anemia, um caso de infecção da ferida operatória, um caso de disúria e um caso de coitorragias).

Realizaram-se 8 hysterectomias por via vaginal, com mediana de idade 68 anos, e todos os casos tiveram como indicação cirúrgica prolapso dos órgãos pélvicos (POP). Não ocorreram complicações intraoperatórias, mas ocorreu 1 (12,5%) caso de hematoma da cúpula vaginal com necessidade de reintervenção cirúrgica.

Efectuaram-se 15 hysterectomias via laparoscópica, com mediana de idade 47 anos. As indicações cirúrgicas foram em 86,6% (n=12)

dos casos HUA, 6,6% (n=1) POP e 6,6% (n=1) hiperplasia endometrial sem atipia em mulher a realizar hormonoterapia. Houve um (6,6%) caso em que foi necessário realizar conversão para laparotomia e no pós-operatório houve um (6,6%) caso que referiu desconforto pélvico meses após a cirurgia.

O número de cirurgias realizadas por cada via é extremamente dispare, impedindo a possibilidade de retirar conclusões quanto à abordagem associada a menos complicações e, conseqüentemente, a melhor via a adoptar. Neste sentido, este estudo deverá ser prolongado no tempo de forma a obter uma amostra maior.

PO 03

ANOMALIAS CONGÉNITAS DO TRATO GENITAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E DE CLASSIFICAÇÃO

Teresa PC Caldeira¹; Sara Proença¹;
Ana Patrícia Vicente¹; Filipe Serra¹; Filomena Nunes¹
¹Hospital de Cascais

Introdução: As anomalias congénitas do trato genital são definidas como anomalias na normal anatomia, resultantes de desvios no desenvolvimento embriológico dos ductos müllerianos ou paramesonéfricos. Representam uma condição benigna, cuja prevalência é variável, podendo ir desde 5% na população geral, 12,3% nas mulheres com história de aborto, a 24,5% nas mulheres com antecedentes de infertilidade e abortos de repetição. Dependendo do tipo e grau de distorção anatómica, assim poderão estar associadas a outras anomalias, nomeadamente anomalias renais, encontradas em 20-30% destas mulheres. Devido à sua prevalência e importância clínica, é de extrema pertinência a existência de um sistema de classificação universal, o que ainda não é uma realidade, que permita categorizar as diferentes anomalias para que se diagnostique e trate efetivamente cada condição.

Descrição do caso: Primigesta, de 27 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, encaminhada à consulta de Obstetrícia por diagnóstico prévio de septo uterino. Gravidez espontânea, que decorreu sem intercorrências e com um desenvolvimento fetal adequado à idade gestacional. Às 41 semanas, foi proposta indução de trabalho de parto. No início da maturação cervical detetou-se a presença de dois colos cervicais, inicialmente apenas um com acesso ao móvel fetal mas, à medida que progredia a dilatação, ambos os colos permitiam o toque do polo cefálico, colocando-se a hipótese do septo ter cedido com a formação do segmento inferior. Foi proposta cesariana aos 5 cm, que decorreu sem intercorrências. Extração fácil de recém-nascido em apresentação cefálica, do sexo masculino, peso 3810g, índice de Apgar 9/10/10, sem anomalias aparentes ao exame objetivo. Intraoperatoriamente pôde-se observar um útero de conformação externa normal e confirmar o diagnóstico de septo, presente desde o fundo uterino até ao segmento inferior. Confirmou-se ainda a presença dos dois colos cervicais e de uma vagina sem alterações. Assim, segundo a classificação ESHRE/ESGE, uma anomalia U2bC2V0.

Conclusão: O diagnóstico diferencial destas condições é difícil. A caracterização adequada e precoce destas anomalias é fundamental, utilizando para isso o exame objetivo prévio detalhado e os meios complementares de diagnóstico, de modo a adequar as atitudes clínicas às diferentes condições identificadas.

PO 04

INCIDÊNCIA DE CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO NA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL ATÍPICA

Ariana Bárbara¹; Rita Palmar Ribeiro¹;

Lília da Frada¹; Fernando Fernandes¹

¹Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: A hiperplasia endometrial (HE) é uma lesão precursora de adenocarcinoma do endométrio, que pode ser dividida em HE sem atipia e com atipia. A progressão para adenocarcinoma é mais frequente em mulheres pós-menopausa. A HE sem atipia pode ser resolvida com progesterona, enquanto a melhor opção de tratamento para HE com atipia é a histerectomia.

Objetivos: Avaliar o potencial de diagnóstico de carcinoma de endométrio em casos de hiperplasia endometrial através de biópsias por histeroscopia.

Material e métodos: Análise retrospectiva de biópsias do endométrio realizadas por histeroscopia de Janeiro de 2012 a Dezembro de 2022 no serviço de Ginecologia do Hospital Espírito Santo de Évora.

Resultados: De Janeiro de 2012 a Dezembro de 2022 foram realizadas no nosso serviço biópsias do endométrio a 5201 mulheres.

Em 99 casos (2%), o resultado da biópsia realizada foi hiperplasia endometrial. A maioria foi avaliada histologicamente como hiperplasia endometrial sem atipia (93%). 8 casos (8%) foram diagnosticados como hiperplasia endometrial com atipia, tendo sido tratados na nossa instituição com histerectomia total. Destes, 6 casos tiveram como diagnóstico histológico carcinoma do endométrio, sendo que estas mulheres se encontravam todas na menopausa.

Conclusões: A hiperplasia endometrial com atipia tem maior risco de progressão para carcinoma do endométrio. Na casuística do nosso serviço, a maioria dos casos foi hiper-

plasia endometrial sem atipia, sendo que dos 8 casos com atipia, a maioria (6) teve diagnóstico de carcinoma do endométrio, encontrando-se estas mulheres na menopausa. É por isso importante o diagnóstico e tratamento de hiperplasia endometrial com atipia, em particular nas mulheres pós-menopausa.

PO 05

HISTEROCOPIAS POR ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL: CASUÍSTICA DE 1 ANO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Sara Sardinha Abrantes¹; Patrícia Pereira Amaral¹; Margarida Meira de Carvalho¹; Mariana Miranda¹; Vanessa Santos¹; José Silva Pereira¹

¹HFF

Introdução: A histeroscopia permite o estudo da cavidade uterina, sendo um dos exames a realizar na abordagem do espessamento endometrial. Permite não só o diagnóstico, como a realização de biópsias para exame anatomo-patológico e eventual tratamento no mesmo procedimento.

Objetivos: Descrição da casuística das histeroscopias office realizadas no contexto de diagnóstico ecográfico de espessamento endometrial, durante 2022, no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo com base na recolha de dados demográficos e clínicos, bem como achados histeroscópicos e anatomo-patológicos das mulheres submetidas a histeroscopia por espessamento endometrial, através da consulta de processo clínico eletrónico. Análises estatística com Microsoft Excel.

Resultados e conclusões: A amostra incluiu 189 histeroscopias (48,5% do total de histeroscopias realizados em 2022). A idade média das doentes foi de 62 anos, com uma idade mínima de 33 e máxima de 89. Do total de doentes, 84,7% (n=160) encontravam-se em menopausa e 76,2% (n=144) tinham antecedentes de partos vaginais. De notar ainda

43,9% (n=83) com sintomas de hemorragia uterina anormal e 10,6% (n=20) com história prévia ou sob terapêutica atual com tamoxifeno.

Relativamente aos achados histeroscópicos, 73% (n=138) apresentavam aspetos sugestivos de pólipo endometrial, 13,2% (n=25) sinéquias intracavitárias, 9,5% (n=18) endométrio de aspeto hiperplásico, 7,9% (n=15) endométrio quástico, 6,3% (n=12) aspetos compatíveis com mioma submucoso e 5,3% (n=10) aspetos suspeitos de malignidade.

Quanto às intervenções cirúrgicas, de realizar 248 procedimentos, nomeadamente, 100 biópsias de endométrio (52,9% do total de histeroscopias), bem como 10 biópsias de mioma (83,3% dos achados de mioma). Do total de achados de pólipos, a notar 85 biópsias de pólipo (61,6%) e 53 polipectomias (38,4%).

Das 138 histeroscopias com achados sugestivos de pólipo endometrial, de notar 41,7% (n=79) pediculados e 39,1% (n=54) múltiplos. No que concerne aos achados de mioma submucoso, 50% (n=6) foram classificados como FIGO 0.

Relativamente aos resultados anatomo-patológicos, apenas 7,4% (n=14) dos casos revelaram evidência de lesão maligna (4 carcinomas do endométrio) ou pré-maligna (3 hiperplasias com atipia e 7 hiperplasias sem atipia).

Concluindo, perante os achados ecográficos de espessamento endometrial, é de notar uma preponderância marcada de mulheres pós-menopausa e de achados benignos (92,6%), em particular achados histeroscópicos compatíveis com pólipo endometrial. A nossa taxa de sucesso de polipectomia em contexto office foi de 38,4%. Assim, é de notar que a histeroscopia office é um exame fulcral na abordagem do espessamento endometrial, permitindo não só o diagnóstico como tam-

bém o tratamento num número significativo de mulheres, evitando procedimentos cirúrgicos mais complexos e morosos.

PO 06

HEMORRAGIA PÓS-MENOPAUSA: SERÁ ÚTIL PARA PREVER MALIGNIDADE NA PRESENÇA DE ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL?

Margarida Meira de Carvalho¹;

Patrícia Pereira Amaral¹; Sara Sardinha Abrantes¹;

Vanessa Santos¹; José Silva Pereira¹

¹Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A presença de espessamento endometrial em ecografia pélvica numa mulher pós-menopausa é um achado inespecífico, podendo traduzir uma multiplicidade de patologias benignas ou malignas/pré-malignas. A sua associação com hemorragia uterina anormal pós-menopausa (HUA-PM) na previsão de malignidade está bem estabelecida na literatura, sendo mais controversa na ausência de sintomas.

A histeroscopia (HSC) é o exame gold-standard para avaliação da cavidade uterina, permitindo a visualização direta do endométrio e realização de biópsias dirigidas para a obtenção de um diagnóstico histológico, fundamental para a abordagem terapêutica subsequente.

Objetivo: Avaliar a frequência de patologia estrutural do endométrio em mulheres com espessamento endometrial pós-menopausa referenciadas à nossa Unidade de Histeroscopia e determinar a existência de uma relação entre a presença de HUA-PM e o diagnóstico histológico.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo das mulheres pós-menopausa com espessamento endometrial em ecografia submetidas a HSC office no nosso centro em 2022, sem diagnóstico histológico prévio. Foram avaliados os achados histeroscópicos, bem como os achados anatomo-patológicos no caso de realização de biópsias ou polipectomia.

Resultados e conclusões: No período definido, foram realizadas 160 HSC por espessamento endometrial pós-menopausa em 158 mulheres, das quais 19 (11.9%) estavam sob terapêutica com tamoxifeno. A média de idades foi de 64 anos (DP 8.9) e a maioria era assintomática (n=100; 62.5%).

Dos achados histeroscópicos, destaca-se a presença de pólipos endometriais em 119 (74.4%) casos, endométrio quístico em 15 (9.4%), endométrio hipertrófico em 17 (10.6%) e achados suspeitos de neoplasia maligna em 10 (6.3%) casos, não se verificando uma diferença estatisticamente significativa entre a coorte de mulheres sintomáticas e assintomáticas no que diz respeito à presença de pólipos (p=0.815) e de endométrio quístico (p=0.363). A presença de HUA-PM associou-se de forma significativa à visualização de endométrio hipertrófico (p=0.003) e achados suspeitos de malignidade (p=0.004).

Histologicamente, 4 (2.5%) doentes foram diagnosticadas com neoplasia maligna do endométrio, 3 (1.9%) com hiperplasia com atipia e 7 (4.4%) com hiperplasia sem atipia, sendo estes diagnósticos mais frequentes nas mulheres com HUA-PM (p<0.001).

Concluindo, na nossa amostra, verificou-se uma incidência de patologia maligna e pré-maligna em 2.5% e 6.3% dos casos, respetivamente. Adicionalmente, verificou-se uma diferença significativa entre o resultado histológico de patologia maligna e pré-maligna e a presença de HUA-PM (p<0.001), justificando uma abordagem mais premente com visualização direta e biópsia dirigida de lesões intra-cavitárias comparativamente às mulheres com espessamento endometrial assintomático.

PO 07

FIBROLIPOMA DO LIGAMENTO LARGO – UM ACHADO IMPREVISTO

Margarida Meira de Carvalho¹; Mariana Beja²; Verónica São Pedro²; Helena Pereira²; Fernando Cirurgião²

¹Hospital prof doutor Fernando fonseca ² Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: Os lipomas retroperitoneais são raramente encontrados na prática clínica, representando apenas 2.9% de todos os tumores retroperitoneais primários. A sua patogénese é incerta e uma das suas possíveis localizações é o ligamento largo, estando descritos menos de 30 casos na literatura. Esta raridade associada à sua topografia anexial e ecogenicidade semelhante à do teratoma ovárico, torna o diagnóstico pré-operatório extremamente difícil.

Descrição do caso: Mulher de 66 anos, pós-menopausa, sem antecedentes ginecológicos ou obstétricos relevantes, referenciada à consulta de Ginecologia por massa anexial. A doente era assintomática e não apresentava alterações no exame objetivo ginecológico. Dos exames complementares de diagnóstico destacava-se uma ecografia pélvica endovaginal revelando uma formação quística em topografia anexial direita, com 72x92x48 mm, descrita como unilocular, de paredes regulares, com conteúdo misto, color score 1 e presença de sombras acústicas - sugestiva de teratoma, e análises com CA 125 e CA 19.9 dentro dos limites da normalidade, pelo que foi proposta para anexectomia bilateral por via laparoscópica.

Intra-operatoriamente, visualizou-se uma formação sólida com cerca de 12 cm de maior diâmetro, de contornos regulares e limites bem definidos, aparentemente com origem no ligamento largo direito. Tanto o útero como os ovários e as trompas não apresentavam alterações macroscópicas. Optou-se pela

realização de anexectomia bilateral e disseção minuciosa da lesão por tração e contra-tração, por forma a evitar o pedículo uterino e estruturas retroperitoneais. A incisão umbilical foi aumentada e a peça extraída com recurso a saco endoscópio e morcelação com bisturi. O procedimento decorreu sem intercorrências, possibilitando a alta clínica da utente após 48 horas.

O exame anátomo-patológico revelou uma massa com 156 g, constituída por adipócitos maduros em padrão lobular, separados por septos finos e espessos de células fusiformes, compatível com fibrolipoma.

Conclusão: Os tumores retroperitoneais representam um verdadeiro desafio diagnóstico e terapêutico e requerem um planeamento cirúrgico adequado. Apresentamos o caso de um lipoma do ligamento largo com o intuito de alertar para a possibilidade desta entidade rara como diagnóstico diferencial de massas anexiais.

PO 08

LEIOMIOMA FUMARATO-HIDRATASE DEFICIENTE

Carolina Smet¹; João Lopes²; Catarina Castro²; Inês Reis²; João Alves²; Sónia Barata²; Filipa Osório²
¹Hospital de São Francisco Xavier ² Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A leiomiomatose hereditária e carcinoma de células renais é um síndrome autossómico dominante causado por mutações no gene da fumarato-hidratase. Estes doentes têm uma predisposição para desenvolver leiomiomas uterinos e cutâneos, bem como carcinoma de células renais. Apesar de serem tumores benignos, os leiomiomas fumarato-hidratase deficiente apresentam frequentemente um aspecto atípico, sendo diagnosticados em mulheres mais jovens e com um crescimento rápido. Apresentamos um caso de um leiomioma fumarato-hidratase deficiente.

Descrição do caso: Mulher de 26 anos referenciada por massa pélvica de crescimento rápido que lhe condicionava dor pélvica. A ecografia pélvica revelou um mioma subseroso (FIGO 6) com dimensões 81x63x78mm, contorno regular, conteúdo heterogêneo com áreas quísticas e vascularização periférica e central Color score 4. A ecografia prévia realizada cerca de 2 anos antes não mostrava qualquer alteração. Foi realizada uma ressonância magnética que confirmou uma imagem compatível com um mioma atípico. Após discussão das várias opções com a doente optou-se por realizar uma miomectomia laparoscópica com morcelação em saco endoscópico. A análise da peça revelou tratar-se de um leiomioma fumarato-hidratase deficiente. Por risco acrescido de leiomiomatose hereditária e de carcinoma de células renais a doente foi encaminhada à consulta de genética e de urologia.

Conclusão: Leiomiomas sintomáticos que se apresentem em mulheres jovens com um crescimento rápido podem estar associados com uma deficiência de fumarato-hidratase. Estas doentes devem ter um aconselhamento adequado e ser encaminhadas para estudo genético.

PO 09

ÓTICA OU MICROSCÓPIO? CONCORDÂNCIA HISTEROSCÓPICA E HISTOLÓGICA EM BIÓPSIAS ENDOMETRIAIS

Patrícia Pereira Amaral¹; Margarida Meira de Carvalho¹; Sara Sardinha Abrantes¹; Teresa Diniz Costa¹; Vanessa Santos¹; José Silva Pereira¹

¹Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A histeroscopia é o exame de eleição para avaliação da cavidade endometrial, tendo potencial terapêutico. Apesar da sensibilidade para diagnóstico de patologia benigna (como pólipos e miomas) ser elevada, a correlação histeroscópica e anatomopatológica no caso de hiperplasia endometrial

ainda é tema de debate.

Objetivos: Averiguar a concordância entre achados histeroscópicos e histológicos em biópsias endometriais realizadas em mulheres com espessamento endometrial em ecografia.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo com base na consulta de processos de mulheres que realizaram histeroscopia por espessamento endometrial em 2022 no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Foram excluídas todas as mulheres com ausência de descrição de achados histeroscópicos ou histológicos ou com amostra insuficiente para diagnóstico. Recolha de dados demográficos, antecedentes pessoais, dados histeroscópicos e de relatórios anatomo-patológicos. Análise estatística com Microsoft Excel.

Resultados: Foram realizadas 189 histeroscopias por espessamento endometrial, tendo sido incluídas na amostra 85 com biópsias adequadas. A idade média das doentes incluídas foi de 62 anos e a maioria das mulheres encontrava-se na menopausa (83.5%) e apresentava hemorragia uterina anormal (50.6%). No total, houve uma concordância de 81.2% entre os achados histeroscópicos e histológicos. De notar que em 2.35% da amostra os achados foram classificados como benignos na histeroscopia, tendo a anatomopatologia revelado casos de hiperplasia sem atipia.

Nos casos em que a histeroscopia foi sugestiva de endométrio hiperplásico ou neoplasia maligna e houve discordância histológica, a alteração mais prevalente foi a de endométrio atrófico, que ocorreu em 16.5% dos casos totais. De realçar que todos os casos de hiperplasia com atipia e carcinomas do endométrio apresentavam alterações suspeitas na histeroscopia. Estas diferenças foram estatisticamente significativas (p -value < 0.05).

Conclusão: Os resultados do estudo estão de acordo com os resultados existentes na

literatura, sendo que as lesões identificadas na histeroscopia são na sua maioria concordantes com a análise anatomopatológica. Este facto é particularmente relevante nos casos de hiperplasia com atipia e carcinoma endometrial. Assim, a histeroscopia deve permanecer como um exame indispensável na avaliação diagnóstica e terapêutica perante a suspeita de patologia endometrial.

PO 10

EXPERIÊNCIA DOS GINECOLOGISTAS PORTUGUESES EM HISTEROSCOPIA OFFICE

Sofia Albuquerque Brás¹; Marta Plancha¹; Patrícia Isidro Amaral¹; Maria do Carmo Silva¹; Ana Maria Fatela¹

¹Maternidade Dr Alfredo da Costa

Introdução: A histeroscopia (HSC) é dos procedimentos mais realizados em ginecologia e é o goldstandard para o diagnóstico de patologia uterina intra-cavitária. Pode ser realizada em regime de consultório (office), sem necessidade de anestesia geral. No entanto, o controlo da dor neste contexto pode ser um desafio, estando descritas diferentes estratégias para a sua abordagem. As complicações associadas a este procedimento são raras, mas parecem depender de fatores como a estenose cervical e a presença de hemorragia.

Objetivos: Avaliar a experiência dos ginecologistas portugueses na realização de HSC.

Material e métodos: Estudo observacional transversal. Foi divulgado um questionário online, de preenchimento anónimo dirigido aos médicos ginecologistas portugueses, durante o período de uma semana em fevereiro de 2023. Os dados foram analisados em SPSS V24.

Resultados e conclusões: Obtiveram-se 190 respostas, tendo sido consideradas para este estudo apenas os 158 (83,2%) ginecologistas que afirmam realizar HSC na sua prática clínica. Relativamente à categoria profissional: 54(34,2%) eram internos de formação específica e 104(65,8%) eram especialistas.

Obtiveram-se 43(27,2%) respostas da região Norte, 36(22,8%) da região Centro, 70(44,3%) da região Sul, 2(1,3%) da região autónoma da Madeira e 7(4,4%) da região autónoma dos Açores. A maioria faz HSC em regime de consultório (n=95;60,1%) e a entrada no canal cervical por vaginoscopia (n= 145; 91,8%). Relativamente à preparação cervical com misoprostol: 11 (7,0%) não realizam; 17 (10,8%) realizam em todas as mulheres; 63 (39,9%) dependendo da avaliação cervical em consulta; 37 (23,4%) apenas em casos pontuais; 29 (18,3%) nas mulheres pós-menopausa e 1 (0,6%) apenas nas mulheres sem partos vaginais anteriores. Quanto ao controlo de dor, previamente ao procedimento: 105 (66,5%) utilizam anti-inflamatórios não esteroides; 26 (16,5%) paracetamol, 46 (29,1%) não utiliza qualquer método e 7 (4,4%) referem usar outros métodos. A maioria (75,4%) referiu ter esta prática em todas as mulheres. Para o controlo da dor durante a HSC office: 126 (88,7%) não realizam por rotina; 14 (9,9%) fazem injeção de lidocaína intra ou para-cervical e 2 (1,4%) utilizam lidocaína a 4% em termogel. A complicação mais reportada foi a dor com necessidade de interrupção do procedimento com 101 respostas (63,9%); sendo que apenas 19 (12%) referem nunca ter tido uma complicação.

Mais de metade dos inquiridos realizam HSC em regime de consultório e prescrevem analgesia previamente ao procedimento. No entanto, as opções de controlo de dor durante o procedimento são parcamente utilizadas, o que poderá estar na origem da percentagem considerável de ginecologistas com casos de dor e subsequente necessidade de interrupção. Será necessário analisar uma amostra maior, mas por esta análise preliminar parece ser útil uma maior aposta nos métodos de controlo de dor durante a HSC.

PO 11

LESÃO TÉRMICA DO URETER – UMA COMPLICAÇÃO RARA MAS GRAVE NA CIRURGIA GINECOLÓGICA ENDOSCÓPICA

Sofia Albuquerque Brás¹; Marta Plancha¹;
Guida Gomes¹; Hugo Pinheiro²; Patrícia Isidro Amaral¹
¹Maternidade Dr Alfredo da Costa ²Hospital de São José

Introdução: A lesão iatrogénica dos ureteres (LIU) é uma complicação rara, mas grave da cirurgia ginecológica, em especial da histerectomia. A incidência reportada na literatura varia entre 0,3 e 1,8%, continuando a existir controvérsia quanto à via de abordagem com maior risco associado. Alguns estudos têm apontado para um risco superior na histerectomia laparoscópica (0,4-2,5%), seguida da histerectomia abdominal (0,13%) e mais raramente na vaginal (0,02%). Os fatores de risco conhecidos são a obesidade, cirurgia pélvica prévia, aderências ou massas pélvicas com distorção da anatomia, endometriose e hemorragia intra-operatória. Existem vários mecanismos de LIU, entre eles a lesão térmica provocada por dispositivos com energia bipolar ou monopolar, estando os últimos associados a temperaturas mais altas e maior dispersão de energia. O principal fator prognóstico é o diagnóstico atempado da lesão, contudo, mais de 50% dos casos são apenas detetados no pós-operatório.

Descrição do caso: Mulher de 59 anos, pós-menopausa, sob terapêutica estrogénica tópica, com antecedentes de um parto de termo eutócico, sem doenças conhecidas ou qualquer cirurgia prévia que apresentava prolapso dos órgãos pélvicos (POP) com interferência na qualidade de vida. Ao exame objetivo apresentava: índice de massa corporal de 26 kg/m²; prolapso do compartimento anterior grau III, compartimento médio grau III e compartimento posterior grau II (classificação Baden-Walker); stress test negativo mesmo após

redução do prolapso. Tinha rastreio do cancro do colo do útero atualizado e negativo e uma ecografia ginecológica sem alterações (destacando-se útero normodimensionado para a faixa etária). Foi proposta para histerectomia subtotal, anexectomia bilateral e sacrocolpopexia por laparoscopia. A histerectomia decorreu sem intercorrências, no entanto, durante a disseção do compartimento anterior para fixação da rede na parede anterior da vagina ocorreu lesão térmica superficial da porção terminal do ureter direito com coagulação monopolar. Esta foi identificada de imediato e procedeu-se à colocação via endoscópica de um stent duplo J no ureter direito intra-operatoriamente. Destaca-se a ausência de aderências pélvicas, lesões de endometriose ou hemorragia anormal durante a cirurgia. O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências, nomeadamente com débito urinário e função renal normais. A doente manteve algaliação e antibioterapia profilática com cefalosporina de 2ª geração duas semanas e retirou o stent em três semanas. Teve follow-up de 24 meses, sem qualquer outra complicação ou recidiva.

Conclusão: A LIU durante a histerectomia é uma complicação rara, mas potencialmente grave. Este caso realça a importância do diagnóstico atempado e correção imediata, fundamentais para uma boa evolução e evicção de complicações como lesão renal ou peritonite.

PO 12

RISCO DE HIPERPLASIA E MALIGNIDADE EM PÓLIPOS ENDOMETRIAIS

Ana Mafalda da Costa Castro Neves¹;
Ana Carolina Coimbra¹; Pedro Viana Pinto¹;
João Cavaco Gomes¹; Ana Sofia Fernandes¹;
Margarida Martinho¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: Os pólipos endometriais são das causas mais comuns de hemorragia uterina anómala (HUA) e metrorragia da menopausa.

95% destes são benignos, porém o risco de malignidade parece ser superior na pós-menopausa vs pré-menopausa (5.4% para 1.7%) e com perda hemática vs assintomáticos (4.2% versus 2.2%).

Apesar da ecografia levantar uma alta suspeição da existência de pólipos na cavidade uterina, o exame gold-standard para o seu diagnóstico é a histeroscopia.

Objetivos: Avaliar a prevalência de pólipos endometriais com hiperplasia ou malignidade na nossa população, bem como os principais variantes associadas à malignidade.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, entre 2020-2021 no Centro Hospitalar São João do Porto, de todas as utentes com suspeita de pólipo endometrial que foram submetidas a histeroscopia. Análise estatística com programa SPSS.

Resultados e conclusões: No período em estudo, de 426 doentes com suspeita de pólipo endometrial, foram realizadas 412 histeroscopias diagnósticas de consultório, em 25 (5,8%) das quais não foi possível realizar o exame por intolerância ou impossibilidade de técnica. A idade média da população foi 55.7anos (± 12.3), sendo que 237 (55.6%) utentes estariam na menopausa.

Identificaram-se lesões em 297 procedimentos (72%): 267 pólipos (174 em mulheres pós-menopausa e 93 em idade fértil) e 30 leiomiomas (12 na menopausa e 18 em idade fértil). Na amostra total de mulheres, 59% das doentes em idade fértil apresentava HUA, em comparação com 33% na pós-menopausa com metrorragia.

Nas doentes com lesões enviadas para exame anatomo-patológico, foram detetadas alterações (carcinoma, hiperplasia com ou sem atipia) em 8%, equivalendo este valor a 22 utentes. No grupo de menopausa 7 tinham histologia compatível com carcinoma, 3 com hiperplasia sem atipia e 1 com atipia (69%

era sintomática); nas mulheres em idade fértil 3 tinham alterações compatíveis com carcinoma, 5 com hiperplasia sem atipia e 1 com atipia (44% referia HUA). Verificou-se a existência de um maior risco de alterações anatomo-patológicas nas mulheres com sintomatologia (RR de 2.6 [0.77 - 7.81] nas mulheres pós-menopausa, e RR de 1.3 [0.36 - 4.70] nas mulheres pré-menopausa).

Em suma, na população estudada, 65% apresentava imagens histeroscópicas sugestivas de pólipo, sendo que em 92% se confirmou o diagnóstico de pólipo endometrial benigno. Ao contrário da literatura, não houve uma diferença estatisticamente significativa com o estado pré ou pós-menopausa e as alterações encontradas, mas verificou-se um maior risco de malignidade ou hiperplasia nas que apresentavam sintomatologia.

PO 13

MASSAS ANEXIAIS NA GRAVIDEZ – QUE ABORDAGEM?

Barbara Gomes¹; Joana Mafra¹; Kristina Hundarova¹; Maria João Carvalho²; Fernanda Águas¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra ² Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A incidência de massas anexiais na gravidez é cerca de 1-4%. O avanço das técnicas de ecografia tem permitido o seu diagnóstico e, consequentemente, o aumento da incidência. A caracterização destas formações, nomeadamente quanto a tamanho, estudo doppler, componente sólido, número de locas e regularidade das paredes, é de particular interesse para avaliar o risco de malignidade. A abordagem laparoscópica durante a gravidez tem demonstrado vantagens como diminuição de perda hemática, tempo operatório, tempo de internamento e recuperação, assim como das complicações.

Objetivos: Avaliar a apresentação clínica e

concordância ecográfica de massas anexiais e avaliar a exequibilidade de laparoscopia.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de grávidas submetidas a cirurgia por massa anexial entre 2019 e 2022 no CHUC.

Resultados: Oito grávidas foram submetidas a cirurgia laparoscópica num período de 4 anos. O procedimento foi emergente em 3 casos. A idade gestacional média à data da laparoscopia foi $13,3 \pm 2,1$ [9-15] semanas. Todos os casos foram diagnosticados durante a gravidez, 3 (37,5%) assintomáticas com diagnóstico incidental (a maioria na avaliação de gravidez inicial) e as restantes com dor pélvica na região ipsilateral à massa que motivou o diagnóstico.

Ecograficamente, as massas apresentavam um tamanho médio de $9,3 \pm 2,1$ [5-15] cm e eram uniloculares em 87,5% (n=7). O componente era sólido em 25% (n=2), líquido em 50% (n=4) e misto em 25% (n=2). As paredes regulares em 87,5% (n=7) e irregulares em 1 caso. O fluxo doppler era ausente em 87,5% (n=7) e presente em 1 caso, que também apresentava 1 projeção papilar com sombra acústica.

Na via laparoscópica, foi preferida a entrada com agulha de Veress (n=6) e realizada entrada aberta em 2 casos, maioritariamente através do ponto umbilical (n=5) e 3 casos em que foi dada preferência ao ponto de Palmer. Foram realizadas 3 quistectomias, 1 ooforectomia (por aspetos sugestivos de malignidade), 2 anexectomias (1 por necrose e outra por suspeita de malignidade), 1 destorção e 1 aspiração de conteúdo quístico. Não houve necessidade de laparoconversão.

O estudo histológico revelou corpo amarelo gravídico em 2 casos (1 deles com necrose hemorrágica anexial concomitante), cistadenoma mucinoso em 2, cistadenoma seroso em 1 e teratoma quístico imaturo grau 3 em 1 caso.

Não houve complicações pós-operatórias associadas, nem nenhuma perda gestacional ou desfecho perinatal negativo.

Conclusões: Apesar de incomuns, as massas anexiais na gravidez são desafiantes pela necessidade de suspeição clínica dependendo da apresentação clínica. A decisão cirúrgica ou atitude expectante, varia com a apresentação clínica e com as características ecográficas. A cirurgia laparoscópica na grávida foi segura, ainda que este estudo seja limitado pela dimensão da amostra.

PO 14

HEMATOMETRA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Margarida Cordeiro Mourato¹; Dinis Mateus¹; Ana Rita Mateus¹; Fernanda Vilela¹; Rita Martins¹; Tatiana Leite¹; Vera Ribeiro¹

¹CHUA - Faro

Introdução: Hematometra é uma condição rara, caracterizada por retenção e acumulação de sangue na cavidade uterina, manifestando-se por dor abdominopélvica, massa pélvica e perda hemática anormal. A principal causa é malformação congénita do trato genital, cujo diagnóstico é frequentemente realizado em mulheres jovens, através de exames imagiológicos.

Descrição do caso: 40 anos, fumadora, com antecedentes de hiperplasia congénita da supra-renal, com alteração da hidroxilase 21, com ambiguidade sexual, cariótipo 46XX, previamente submetida a clitoroplastia e vulvovaginoplastia aos 11 anos. Menarca aos 9 anos, com períodos de oligoamenorreia. Por hemorragia uterina anormal menstrual iniciou contraceção hormonal combinada, que suspendeu por iniciativa própria aos 39 anos. Após 1 ano recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal com 2 meses de evolução, associada a obstipação. À observação “massa abdominopélvica mediana, que se estendia até 2cm infraumbilical, megaclitoris,

coptação dos pequenos lábios com 2 orifícios medianos (2 e 5cm de profundidade)” e ecograficamente “estrutura mediana que parece corresponder a útero com conteúdo líquido hipoeocogénico”, pelo que ficou internada por hematometra volumoso. No internamento realizou exames imagiológicos que demonstraram os mesmos achados, nomeadamente: ecografia transvaginal e transperineal (“hematometra, não visualização de colo uterino, provável hematocervix, vagina sem conexão com cavidade uterina, hematossalpinge bilateral, uretra e canal anal sem alterações”), sonovaginografia (“vagina encurtada, pouco ampla, difícil distensão, parede espessada, sem comunicação com cavidade uterina”) e RMN (“cavidade uterina distendida por hematometra (...) Não é possível definir colo uterino, admitindo-se apagado pelo hematometra, não se podendo excluir agenesia/hipoplasia cervical. Vagina apresenta pouca distensibilidade e não comunica com cavidade uterina, distando 6mm, intervalo de fibrose/estenose cerrada. Hematossalpinge bilateral”). Submetida a histerectomia abdominal total e salpingectomia bilateral, que decorreram sem intercorrências. Pós-operatório sem complicações, a aguardar vaginoplastia.

Conclusões: Apesar do hematometra ser uma condição rara, é relativamente frequente em casos de malformações do trato genital feminino, que por vezes são assintomáticas. Assim, perante sinais ou sintomas sugestivos de malformação uterina, cervical ou vaginal, sobretudo em mulheres em idade reprodutiva, deve ser considerado como hipótese diagnóstica, para uma precoce e correta intervenção, a fim de prevenir complicações futuras.

PO 15

PREDIÇÃO DE PATOLOGIA ENDOMETRIAL APÓS A MENOPAUSA

Maria Ines Sousa¹; Ana Andrade¹; Ana Almeida¹; Tiago Meneses¹; Helena Veloso¹; Susana Carvalho¹; Rosa Z. Macedo¹

¹C.H. Univ. Porto, Centro Materno Infantil Norte

Introdução: O cancro do endométrio (CE) ocorre sobretudo após a menopausa e é precedido por pelo menos um episódio de hemorragia uterina anómala (HUA) em cerca de 80-95% dos casos. Apesar de existir uma correlação entre a espessura endometrial (EE) e o risco de malignidade em mulheres com HUA, não existe consenso sobre a abordagem a achados ecográficos anómalos em mulheres assintomáticas.

Objetivos: Avaliar a influência da EE e HUA no risco de patologia endometrial (PE) em mulheres após a menopausa submetidas a histeroscopia e amostragem endometrial.

Material e métodos: Um estudo observacional retrospectivo foi realizado num centro terciário, incluindo as avaliações histeroscópicas com resultados histopatológicos realizadas em mulheres após a menopausa entre janeiro de 2021 e junho de 2022. Após revisão dos processos clínicos, dois grupos foram avaliados: mulheres assintomáticas (G1) e com HUA (G2). G2 foi dividido em dois subgrupos, de acordo com o EE: G2.1 com EE < 5mm e G2.2 com EE ≥ 5mm. A presença de CE ou hiperplasia foi definida como PE. A análise estatística foi realizada através do SPSS, com um p-value <0.05 considerado estatisticamente significativo.

Resultados e conclusões: Um total de 389 mulheres cumpriram os critérios de inclusão: 211 assintomáticas (G1) e 178 com HUA (G2). Pelo menos um fator de risco (FR) foi encontrado em 66.4% (G1) e 57.1% (G2) (p>0.05). Das variáveis estudadas, a idade e a prevalência de PE diferiram de forma significativa

entre grupos (G1: Md 64.0 anos vs G2: Md 62.0 anos, $p=0.025$ e G1: 4.3% (n=9) vs G2: 13.5% (n=24) ($p=0.01$)). Em G1, o cut-off que revelou melhor sensibilidade (88.9%) e especificidade (63.4%) para PE foi 10.5mm (AUC 0.83, $p=0.001$). O valor de EE mais baixo que se associou a PE neste grupo foi 8mm e apenas um caso surgiu numa mulher sem FR (EE 16mm). Relativamente a G2, os 24 casos de PE foram encontrados em G2.2 (11 dos quais CE), sem casos em G2.1.

De acordo com este estudo, o risco de PE encontra-se aumentado em mulheres com EE ≥ 10.5 mm. Contudo, considerando o número limitado de PE avaliada neste grupo, esta conclusão deve ser confirmada por estudos mais poderosos. Algumas questões importantes permanecem por responder: qual o significado da EE em mulheres assintomáticas? Qual o impacto de FR individuais para CE? Podemos excluir com segurança CE em mulheres com HUA e EE < 5 mm? Esta incerteza enfatiza a necessidade de investigação adicional, de modo a otimizar a abordagem a mulheres após a menopausa com ou sem HUA, permitindo um diagnóstico atempado e preciso de CE.

PO 16

SÍNDROME HERLYN WERNER WUNDERLICH VS ÚTERO BICORPORAL COMPLETO ASSINTOMÁTICO -A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Ana Margarida Cordeiro Mourato¹; Ana Rita Mateus¹; Dinis Mateus¹; Fernanda Vilela¹; Rita Martins¹; Tatiana Leite¹; Vera Ribeiro¹

¹CHUA - Faro

Introdução: Útero bicorporal completo (didelfo) é uma malformação congénita rara causada por falha da fusão dos ductos Müllerianos, resultando na presença de dois úteros, dois colos uterinos e duas vaginas. Os sintomas geralmente são dismenorreia, dispareunia e dor pélvica, no entanto, pode ser assinto-

mático e achado incidental. A Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (SHWW), entidade rara, caracteriza-se por útero didelfo, hemivagina obstruída e agenesia renal unilateral, e manifesta-se por dismenorreia e dor e massa abdominal por hematocolpo.

Descrição de casos: 1.º caso: 28 anos, saudável, exceto escoliose, assintomática, com malformação uterina (útero bicorporal completo) diagnosticada apenas quando engravidou. Gravidez sem intercorrências, cesariana por malformação uterina. Após dois anos, ecografia de reavaliação: “2 úteros: à direita, móvel, em laterodesvio direito, 74x23x36mm, contorno regular (...) colo uterino com 32mm, sem alterações; útero à esquerda, móvel, em anteversão, 80x25x31mm, contorno regular (...) hidrometra de 3.15mm, istomocelo de 5x6mm, com parede uterina útil de 4mm, colo uterino com 37mm, sem alterações”. Classificação ESGHE U3bC2V2. Neste contexto, realizou ecografia renal, que descartou anomalias renais. Por não apresentar nenhuma sintomatologia e plano reprodutivo completo, teve alta da consulta.

2.º caso: 32 anos, saudável, nuligesta, por corrimento hemático irregular, realizou ecografia ginecológica que objetivou “2 estruturas uterinas (direita e esquerda), imagem hipocóide heterogénea compatível com hematocolpo unilateral (...) Rim único esquerdo”, pelo que foi submetida a drenagem do hematocolpo com vaginostomia. Engravidou espontaneamente após 1 ano, gravidez sem intercorrências, que terminou em cesariana por apresentação pélvica. Após 5 anos, objetivou-se ecograficamente “à direita coleção líquida intracavitária e intracervical, compatível com hematometra e hematocolpos unilaterais”, que foram submetidos a drenagem por uma segunda vaginostomia. Após 2 anos, novamente com a mesma apresentação clínica de hematometra e hematocolpos

unilaterais. Dado ter concluído o seu projeto obstétrico, a doente optou por ser submetida a uma solução cirúrgica definitiva. Foi realizada colocação de duplo J no ureter esquerdo, histerectomia total esquerda e subtotal direita e fusão das vaginas na sua metade superior. Pós-operatório sem intercorrências.

Conclusões: Apesar das malformações uterinas se associarem a maior ocorrência de eventos obstétricos adversos, podem ser assintomáticas e achados incidentais. O diagnóstico é essencial para uma gestão adequada e, quando possível, prevenção de complicações médicas, ginecológicas e obstétricas.

PO 17

LEIOMIOMATOSE PÉLVICA 14 ANOS APÓS HISTERECTOMIA TOTAL

Ana Sofia Ramos¹; Sara Proença¹; Ana Brandão¹; Prof. Filomena Nunes¹

¹HPP Hospital de Cascais

Os leiomiomas constituem a neoplasia benigna mais frequente do aparelho genital feminino, com uma prevalência estimada de 20-25% em mulheres de idade fértil, diminuindo na menopausa. São tumores monoclonais das células musculares lisas do miométrio, contendo tecido conjuntivo. São geralmente múltiplos, de dimensões variáveis e localizados no útero.

A leiomiomatose extrauterina é rara e afeta principalmente mulheres na pré-menopausa com antecedentes de leiomiomas uterinos e tratamento cirúrgico. Apresentam um desafio diagnóstico devido aos seus padrões de crescimento, comportamento e localização incomuns. Os três principais padrões de crescimento são a leiomiomatose peritoneal disseminada, a leiomiomatose intravenosa e o leiomioma metastático. Outras localizações incluem a vulva, o espaço retovaginal, o aparelho gastrointestinal e geniturinário.

Mulher de 51 anos, caucasiana, referenciada

à consulta por lesão de novo em exame ecográfico de rotina e sensação de peso pélvico. Gesta 1 para 1, com um parto distócico nos antecedentes. De antecedentes cirúrgicos uma miomectomia e histerectomia total, realizada noutro centro hospitalar, há 14 anos.

Na ecografia endovaginal, do exterior, descrita imagem de colo restante com 27x26x35mm e na sua dependência posterior uma formação nodular sólida de ecogenicidade semelhante com 25mm atribuível a leiomioma subseroso e uma segunda formação nodular sólida na pélvis, 72x47x65mm, sem evidente conexão à porção de útero remanescente sugestiva de natureza miomatosa, provável tipo pediculado, recomendando realização de ressonância magnética. A ressonância magnética descreve status pós-histerectomia identificando dois leiomiomas, um na vertente direita do coto vaginal, 35x26x26mm, e outro no fundo de saco pélvico, 77x60x66mm, este último com degenerescência de tipo mucóide e moldando o reto, sem áreas de degenerescência quística/necrótica. O exame físico revelou uma cúpula vaginal íntegra sem vestígios de colo, palpan-do-se um nódulo pétreo à direita da cúpula, pouco móvel, com 3cm e um segundo nódulo de maiores dimensões posteriormente.

A utente foi recentemente submetida a miomectomia com anexectomia bilateral, excisadas formações compatíveis macroscopicamente com leiomiomas, a maior com cerca de 8cm de maior eixo aderente ao reto e a menor com cerca de 3cm ao nível da cúpula vaginal. Atualmente aguarda diagnóstico histopatológico.

A leiomiomatose extrauterina é rara, de fisiopatologia controversa, apresentando um desafio do ponto de vista clínico e radiológico. Pela sua localização e crescimento atípicos pode levar à suspeição de malignidade que deverá ser sempre excluída. Estão descritos tempos médios entre a cirurgia e o diagnós-

tico de cerca de 10-15 anos. O tratamento de eleição é cirúrgico com miomectomia/histerectomia total e privação hormonal com anexectomia bilateral, fator importante na diminuição da recorrência.

PO 18

IMPORTÂNCIA DO RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO: UM CASO CLÍNICO

Margarida Pavão¹; Jorge Simões¹; Pinto de Almeida¹
¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A sensibilidade e a especificidade da citologia são de cerca 30-80% e 86-100% respectivamente. A citologia em meio líquido permitiu ultrapassar algumas das limitações de colheita da citologia convencional. O teste HPV de alto risco tem revelado sensibilidade superior à citologia cervical, mas especificidade inferior na detecção de CIN2+.

Objectivo: Descrever um caso clínico sobre o rastreio de cancro do colo do útero ocorrido em 2022 na consulta de patologia do colo do CHS.
Caso clínico: Mulher de 48 anos, G1P1 (1 fôrceps), com antecedentes pessoais de anemia ferropénica e varizes dos membros inferiores, utilizadora de método contraceptivo de barreira. Enviada à consulta de patologia do colo por teste de HPV positivo a HPV 16, 18 e 45 em 2022 e citologia cervical por método convencional sem alterações até essa altura.

Colposcopia com achados de imagens acetobranças endocervicais; procedeu-se a biópsia do endocolo com cureta e citologia que não demonstraram alterações. Repetiu-se biópsia do endocolo, desta vez com pinça de biópsia e sob visualização colposcópica. Resultado histológico: fragmentos de mucosa endocervical com adenocarcinoma endocervical “in situ” associado a HPV de alto risco (imunomarcção forte e difusa para p16).

Foi discutida a gravidade da situação clínica com a utente e decidiu-se histerectomia total com anexectomia bilateral. Resultado histoló-

gico da peça cirúrgica: adenocarcinoma “in situ” associado a HPV no lábio anterior entre as 12 e as 3 horas e no lábio posterior entre as 6 e as 9 horas. Margens cirúrgicas livres de lesão, com mais de 1cm. Paramétrios sem particularidades.

Mantem-se na consulta de patologia do colo para vigilância e citologia da cúpula vaginal até ter alta para citologia anual.

Conclusão: A articulação entre os cuidados de saúde primários e a consulta hospitalar de patologia do colo no rastreio do cancro do colo do útero são de extrema importância, assim como a interpretação dos variados exames (citologia, teste do HPV e colposcopia) combinados com a experiência e grau de suspeição médica no rastreio e diagnóstico do cancro do colo do útero, dadas as diferentes sensibilidades e especificidades das técnicas empregadas.

PO 19

CASUÍSTICA DE 5 ANOS DE SALPINGO-OOFORRECTOMIA PROFILÁTICA

Rita Salgueiro Neto¹; Sara Câmara¹; Ana Calhau¹; Diogo P. Santos¹; Filipa Santos¹; Hugo Gaspar¹; Lília Remesso¹

¹Hospital Dr. Nélcio Mendonça

Introdução: Estima-se que 15% dos casos familiares de cancro de mama e ovário estejam associados a mutações patogénicas nos genes BRCA 1 e 2. Após a salpingo-ooforectomia de redução de risco (rrSO – risk-reducing salpingo-oophorectomy), as portadoras de variantes patogénicas dos genes BRCA 1 e 2 (BRCA1/2-PV) mantêm um risco residual e cumulativo de desenvolver carcinomatose peritoneal (CP), estimado em 3.9% (BRCA1-PV) e 1.9% (BRCA2-PV) aos 20 anos pós-cirurgia. Estudos recentes têm postulado a origem tubária da CP, sugerindo o STIC – non-invasive serous tubal intraepithelial carcinoma – como precursor do carcinoma seroso de alto grau. Estão apenas publicadas pequenas

séries descrevendo o follow-up de portadoras de BRCA-PV com diagnóstico de STIC, dado serem lesões raras (3% de STIC na rrSO).

Objetivos: Caracterizar a população de mulheres portadoras de BRCA1/2-PV submetidas a salpingooforectomia profilática durante 5 anos.

Material e métodos: Pedido de parecer à Comissão de Ética. Anonimização de dados das utentes submetidas a rrSO realizadas em portadoras de BRCA 1/2-PV no Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), entre janeiro/2018 e dezembro/2022 (5 anos). Estudo das variáveis: idade, variante patogénica, antecedentes pessoais oncológicos, resultados anatomopatológicos e follow-up durante o período de estudo.

Resultados e conclusões: Foram identificadas 41 mulheres submetidas a rrSO por serem portadoras das BRCA1/2-PV numa distribuição de 11,9%/88,1%, respectivamente. O intervalo de tempo médio entre o pedido do teste genético na instituição e a cirurgia foi de 5,2 meses ([1-8] meses). A cirurgia foi, em média, efectuada aos 50 anos ([38-65] anos), por via laparoscópica em 93% dos casos; em 19,5% dos casos realizou-se histerectomia total no mesmo tempo cirúrgico. A maioria (69%) tinha antecedentes pessoais de cancro de mama (13,8% bilateral). Quanto aos achados anatomopatológicos: 92,7% sem alterações, 4,9% de tumores benignos do ovário e 1 caso (2,4%) de carcinoma seroso de alto grau da trompa distal (0,4cm de maior eixo) com foco de STIC associado (estadiamento cirúrgico posterior: Ia). Da problemática de relevo pós-cirurgia destacam-se a osteoporose, a SVM e a SGUM, devidamente medicadas. Para a média de idade de rrSO de 50 anos (50,1 BRCA1-PV / 50,5 BRCA2-PV), foi apenas relatado 1 caso de neoplasia. Apesar da limitação do tamanho da amostra, atribuímos os bons resultados ao timing da cirurgia e ao estudo pré-operatório idóneo (onde se identificaram 2 casos de neoplasia invasiva, excluídos deste

estudo). Não foram relatadas complicações cirúrgicas. A rrSO em tempo útil e após completo o desejo reprodutivo permanece o método de prevenção mais eficaz, reduzindo o risco de neoplasia epitelial do ovário em até 96%. O estudo anatomopatológico das trompas neste contexto deve ser exaustivo, para minimizar o risco de se falhar o diagnóstico de STIC.

PO 20

MIOMECTOMIAS: EXPERIÊNCIA DE QUATRO ANOS DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Fernanda Cristina Alves¹; Mário Moura¹; Beatriz Ferreira¹; Ana Moreira¹; Osvaldo Moutinho¹
¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: Os leiomiomas uterinos constituem os tumores pélvicos benignos femininos mais frequentes. Quando sintomáticos, apresentam-se tipicamente por hemorragia uterina anormal (HUA) e/ou dor pélvica/pressão. São descritos habitualmente de acordo com a sua localização no útero: o sistema de classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) é um dos mais utilizados.

Objetivos: Este estudo pretende descrever a experiência de quatro anos da nossa instituição no que diz respeito a miomectomias (incluindo procedimentos histeroscópicos, por laparotomia e laparoscópicos).

Material e métodos: Neste estudo observacional retrospectivo, foram obtidos dados relativos a pacientes submetidas a miomectomia entre Janeiro de 2019 e Dezembro de 2022, incluindo o tipo de procedimento realizado, dados demográficos, paridade, estado de menopausa, classificação do mioma de acordo com o sistema FIGO, tamanho e sintomatologia associada. Foram registadas as características operatórias, bem como complicações intra e pós-operatórias. Os dados foram obtidos através do Sistema informático SClínico e para a análise estatística foi utilizado o SPSS®

- versão 27.0 para o Windows.

Resultados e conclusões: No decurso dos quatro anos avaliados, foram realizados um total de 74 procedimentos: 42 miomectomias ressetoscópicas, 26 intervenções por laparotomia e 6 miomectomias laparoscópicas. A idade média das mulheres incluídas na amostra foi de 40.46 anos (DP = 8.40), variando entre os 26 e os 65 anos. 95.9% das mulheres encontravam-se em idade fértil aquando da realização do procedimento e 58.1% apresentavam HUA.

A maioria dos miomas removidos correspondiam à classe 1 de FIGO (28.4%); apenas 7 casos corresponderam a miomectomias de miomas classe 7 de FIGO. O diâmetro médio dos miomas removidos foi de 41.80 mm (DP = 28.41), com um diâmetro máximo de 130 mm. Quando consideradas apenas as miomectomias ressetoscópicas, o diâmetro médio foi de 22.1 mm (DP = 6.82).

A sintomatologia provocada pelos leiomiomas persistiu em 13.5% dos casos. Entre as 42 miomectomias ressetoscópicas efetuadas, um segundo procedimento para completar a miomectomia na sua totalidade foi necessário em 8 casos. Em 4 casos, a opção subsequente foi a realização de histerectomia.

Apenas foi registado um caso de complicação cirúrgica intraoperatória, que correspondeu a uma situação de laceração cervical durante um procedimento de miomectomia ressetoscópica.

O tratamento dos leiomiomas uterinos tem como objetivo a redução/resolução da sintomatologia associada a estas lesões. Dado que se trata de uma patologia extremamente prevalente e que afeta sobretudo mulheres em idade reprodutiva, procedimentos dirigidos à sua remoção isolada, preservando, assim, o útero são cada vez mais frequentemente realizados e tornam-se assim de extrema relevância.

ORGANIZAÇÃO



SPG

ENDOSCOPIA
GINECOLÓGICA

MAJOR SPONSOR



GEDEON RICHTER

Health is our mission

SPONSORS

EXCELENCIA
ROBÓTICA



Exeltis
Rethinking healthcare

ETHICON
Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES



GRUPO ITALFARMACO

HR
hospitalar

life
well
PHARMACEUTICAL
& HEALTHCARE

Procare
Health
Naturally woman

tecnimed

teprel

we health you

APOIO

ageas
seguros

SECRETARIADO

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

+351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)
paula.cordeiro@admedic.pt | elsa.sousa@admedic.pt
www.admedic.pt