

201^a REUNIÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE **GINECOLOGIA**

02 e 03 de JUNHO de 2023

CENTRO DE CONFERÊNCIAS
Tróia Design Hotel

01 de JUNHO
CURSOS PRÉ-REUNIÃO

SAÚDE DA MULHER
FOCO NA INOVAÇÃO



Aceder ao programa
com resumos online

Imagem: Ad Médic

PROGRAMA
CIENTÍFICO

201^a REUNIÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA



1 de junho de 2023 | Quinta-feira

Cursos Pré-Reunião

13:00h Abertura do Secretariado

14:00-18:00h **CURSO 1 Avaliação ecográfica da patologia anexial**
SALA A Coordenadores: Ana Sofia Fernandes, Maria Geraldina Castro e Dusan Djokovic

14:00-14:15h **Introdução**

14:15-14:30h **O ovário normal ao longo da vida da mulher e suas alterações fisiológicas**
Ana Sofia Fernandes

14:30-14:50h **Sistemas de classificação das massas anexiais e predição de malignidade (IOTA simple rules, descritores benignos, ADNEX, O-RADS)**
Carla Peixoto

14:50-15:10h **Massas anexiais na fase pré-púbere**
Ângela Rodrigues

15:10-15:40h **Patologia benigna do ovário na pré e pós-menopausa**
Maria Geraldina Castro

15:40-16:10h **Casos Clínicos**
Ana Sofia Fernandes, Maria Geraldina Castro e Dusan Djokovic

16:10-16:30h Coffee-break

16:30-16:45h **Patologia maligna do ovário**
Patrícia Pinto

16:45-17:00h **Patologia da trompa**
Inês Reis

17:00-17:15h **Massas anexiais não ginecológicas**
Patrícia Pinto

17:15-17:30h **Massas anexiais na gravidez**
Dusan Djokovic

17:30-18:00h **Casos clínicos**
Ana Sofia Fernandes, Maria Geraldina Castro e Dusan Djokovic

18:00h **Encerramento**

14:00-18:00h **CURSO 2 Menopausa — Discussão de casos clínicos com peritos**
SALA B Formadores: Cláudio Rebelo, Maria João Carvalho, Ana Fatela e Fernanda Geraldes

14:00-18:00h **CURSO 3 Curso prático de histeroscopia — Hands on**
SALA C Coordenadores: Hugo Gaspar, Filipa Osório e Hélder Ferreira
Monitores: Fátima Faustino, Cristina Nogueira Silva, Fernanda Águas, José Reis, Lília Remesso, João Pedro Lopes e Vera Ramos

14:00-18:00h **CURSO 4 Cuidados de saúde primários em Ginecologia**
SALA D Coordenadoras: Irina Ramilo e Ana Luísa Matias

Uroginecologia

Patrícia Amaral e Vera Silva

Endometriose

Irina Ramilo e Ana Luísa Matias

Menopausa

Maria João Carvalho e Margarida Santos

Hemorragia uterina anómala

Carla Peixoto e Mariana Guimarães

14:00-18:00h **CURSO 5 Evolução da sexualidade feminina: Da adolescência à menopausa**
SALA E

Coordenadores: Carla Rodrigues, Marta Plancha e Tiago Meneses Alves



14:00-14:20h **Sexualidade feminina**
Eunice Capela

14:20-15:00h **Disfunções sexuais femininas**
Paula Norinho

15:00-15:20h **Sexualidade na adolescência**
Lisa Vicente

15:20-15:40h **Sexualidade na gravidez e pós-parto**
Luís Braga

15:40-16:10h Coffee-break

16:10-16:30h **Sexualidade na menopausa**
Ana Rosa Costa

16:30-16:50h **Sexualidade na infertilidade**
Sofia Costa

16:50-17:10h **Sexualidade na doente oncológica**
Susana Samico

17:10-17:30h **Identidade de género — Uma questão atual nas consultas de Ginecologia**
Carla Rodrigues

17:30-18:00h **Casos clínicos - Exercícios práticos**

201^a REUNIÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA

2 de junho de 2023 | Sexta-feira

Reunião

- 08:00h Abertura do Secretariado
- 09:00-09:15h **SESSÃO DE ABERTURA**
Fátima Faustino, José Reis e João Bernardes
- 09:15-09:45h **CONFERÊNCIA 1 Osteoporose – Importância do FRAX. Quando rastrear. Quando e como tratar**
Moderadoras: Amália Martins e Fernanda Gerales
Palestrante: Tiago Meirinhos
- 09:45-11:00h **SESSÃO 1 Novas sexualidades na menopausa**
Moderadores: Ana Fatela e Cláudio Rebelo
Solidão, depressão e novas procuras
Gustavo Jesus
O erotismo na era digital – Papel das redes sociais e das “apps” de encontros
Ana Alexandra Carvalheira
Riscos e benefícios para a saúde
Andrea Quintas
- 11:00-11:30h Coffee-break
- 11:30-12:15h **SIMPÓSIO 1 Atrofia vulvo vaginal – Ospemifeno – Senshio**

Moderadora: Maria João Carvalho
Palestrante: Cláudio Rebelo
- 12:15-12:45h **CONFERÊNCIA 2 Exposição nas redes sociais – Qual o limite do marketing médico?**
Moderadores: Fátima Faustino e Luís Vicente
Palestrante: Miguel Oliveira e Silva

12:45-14:00h Almoço

14:00-15:00h **MESA-REDONDA 1 Inteligência artificial**

Moderadoras: Fernanda Águas e Maria João Carvalho

Conceito, potenciais e atualidade

Francisco Caramelo e Bárbara Oliveiros

Impacto na prática ginecológica

Fernanda Águas, Maria João Carvalho, Bárbara Oliveiros e Francisco Caramelo

Estratificação prognóstica

Padrões de imagem

Individualização da terapêutica

15:00-15:45h **SIMPÓSIO 2 Estrogénio na contraceção, o bom, o mau ou o vilão?**



Moderadora: Fátima Palma

O papel dos estrogénios na contraceção

Guida Gomes

Drovelis® – COC além do etinilestradiol

Robert Spaczynski

15:45-16:15h **CONFERÊNCIA 3 O pudendo e as suas múltiplas implicações na saúde uroginecológica da mulher** | *The pudendal nerve and its multiple implications in women's urogynecological health*

Moderadoras: Teresa Mascarenhas e Bercina Candoso

Palestrante: Renauld Bolens 

16:15-16:45h Coffee-break

APOIO:  **GEDEON RICHTER**
Health is our mission

16:45-17:45h **SESSÃO 2 Avanços em Uroginecologia**

Moderadoras: Sofia Alegria e Maria Geraldina Castro

Inovando, revisitando o passado

Tânia Lima

Abordagem laparoscópica vs. robótica do prolapso apical – Indicações

Rafael Brás

V-notes, futuro da histerectomia vaginal

V-notes, future of vaginal hysterectomy

Jan Baekelandt 

SAÚDE DA MULHER

17:45-18:45h	COMUNICAÇÕES ORAIS 1 CO 01 – CO 07 Moderadoras: Fernanda Gerales e Irina Ramilo	SALA A
	VÍDEOS 1 V 01 – V 07 Moderadores: Margarida Martinho e José Reis	SALA B
18:45h	Fim das sessões do primeiro dia	
20:00h	Jantar da Reunião	

APOIO:  **GEDEON RICHTER**
Health is our mission

3 de junho de 2023 | Sábado

07:30h	Abertura do Secretariado	
08:00-09:00h	COMUNICAÇÕES ORAIS 2 CO 08 – CO 14 Moderadores: Luís Vicente e Pedro Vieira Baptista	SALA A
	VÍDEOS 2 V 08 – V 14 Moderadores: Ana Luísa Ribeirinho e João Cavaco Gomes	SALA B
09:00-09:30h	CONFERÊNCIA 4 Microbioma e endometriose Moderadores: João Luís Silva Carvalho e João Cavaco Gomes Palestrante: Margarida Martinho	
09:30-10:45h	SESSÃO 3 Endometriose na adolescência Moderadores: José Reis e Irina Ramilo Investigar a endometriose na adolescência – Prevenção ou pânico? Fátima Faustino Abordagem psicológica da adolescente com endometriose Ana Duarte Ferreira A perspetiva da doente Susana Fonseca	
10:45-11:15h	Coffee-break	

FOCO NA INOVAÇÃO

11:15-12:00h **SIMPÓSIO 3 Ryeqo® na prática clínica atual**



Moderador: José Reis

Miomas uterinos: Passado, presente e futuro

Marie-Madeleine Dolmans

Experiência clínica hospitalar com Ryeqo®

Sara Campos

12:00-12:30h **CONFERÊNCIA 5 Cirurgia robótica na patologia ginecológica benigna**

| *Robotic surgery in benign gynecological pathology*

Moderadores: Filipa Osório e Hélder Ferreira

Palestrante: Gaby Moawad

12:30-13:15h **SIMPÓSIO 4 SGUM e osteoporose. Qual a melhor abordagem?**



Moderador: Cláudio Rebelo

Palestrantes: Ana Rosa Costa e Fernando Pimentel-Santos

13:15-14:30h Almoço

14:30-15:00h **CONFERÊNCIA 6 Microbioma e carcinogénese cervical**

Moderadores: José Martinez de Oliveira e Amélia Pedro

Palestrante: Pedro Vieira Baptista

15:00-16:00h **SESSÃO 4 Inovação na prevenção do cancro do colo do útero e lesões pré-malignas**

Moderadores: Amália Pacheco e José Fonseca Moutinho

Evolução dos esquemas de vacinação contra o HPV

Amélia Pedro

Vacinação neutra de género – Há limite de idade?

Cecília Urzal

O papel dos biomarcadores na otimização do rastreio

Fernanda Santos

16:00-16:30h **CONFERÊNCIA 7 Centros de referência no cancro ginecológico**

– **Porquê e como?** | *Reference centers in gynecological cancer - Why and how?*

Moderadores: Cristina Frutuoso e António Alves

Palestrante: Viola Heinzelmann

SAÚDE DA MULHER

16:30-17:00h Coffee-break

17:00-18:00h **SESSÃO 5 Ginecologia oncológica**

Moderadores: Henrique Nabais e Almerinda Petiz

HIPEC no cancro do ovário – Quando? Sempre/nunca

Mónica Pires

Cirurgia nos estádios avançados do carcinoma do endométrio?

Cristina Frutuoso

Quimioterapia neoadjuvante no carcinoma do colo do útero na perspetiva da preservação da fertilidade

Filipa Silva

18:00h

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Entrega de Prémios



COMUNICAÇÕES LIVRES

2 DE JUNHO

17:45-18:45h COMUNICAÇÕES ORAIS 1

Sala A

CO 01

OUTCOMES CIRÚRGICOS EM PACIENTES SUBMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL CONVENCIONAL VS. VNOTES

Ana Rosa Araújo Andrade¹; Luís Castro¹; Rafael Brás¹;
Tânia Lima¹; Anabela Branco¹; Bercina Cadoso¹;
Rosa Macedo¹
¹CMIN

Introdução: A cirurgia endoscópica vaginal transluminal por orifício natural (também designada como vNOTES) é uma técnica minimamente invasiva que utiliza a vagina como ponto de acesso à cavidade abdominal para a realização de procedimentos cirúrgicos. Os potenciais benefícios da histerectomia por vNOTES em relação à via abdominal (quer laparoscópica, quer laparotómica) incluem a ausência de cicatrizes visíveis, menores níveis de dor e menor tempo de internamento. Relativamente à histerectomia vaginal convencional, esta técnica permite um acesso facilitado às áreas anexas, que de outra forma se encontraria dificultado.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi comparar os resultados cirúrgicos entre a histerectomia por vNOTES e a histerectomia vaginal convencional.

Material e métodos: Foi conduzido um estudo observacional retrospectivo no Centro Materno-Infantil do Norte que incluiu um total de 85 mulheres submetidas a histerectomia por vNOTES (14 pacientes) e por via vaginal convencional (71 mulheres) por indicação ginecológica benigna. As variáveis estudadas incluíram duração

da cirurgia, complicações intra e pós-operatórias, duração do internamento, *scores* de dor pré e pós-operatórios.

Resultados e conclusões: Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo vNOTES e via vaginal convencional no que respeita à paridade ($p = 0,535$), *scores* de dor pré-operatória ($p = 0,304$), cirurgias abdominais prévias ($p = 0,134$) e IMC ($26,02\text{kg/m}^2$, DP 3,18 vs. $26,85\text{kg/m}^2$, DP 4,41, respetivamente; $p = 0,294$). Os grupos eram diferentes no que respeita à idade (57,5 anos, DP 10,464 vs. 68,08 anos, DP 7,508, respetivamente; $p = 0,001$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no *score* VAS (escala visual analógica) em D0 ($p = 0,837$), D1 ($p = 0,863$), *score* máximo ($p = 0,945$) e *score* no momento da alta ($p = 0,292$). Não houve diferença estatisticamente significativa na duração do procedimento entre os grupos (82,43 min., DP 26,25 vs. 80,26 min., DP 24,27, respetivamente; $p = 0,382$), embora o grupo submetido a vNOTES tenha apresentado globalmente úteros com maior peso (84,14g, DP 57,42 vs. 49,85 min., DP 20,28, respetivamente; $p = 0,032$). Os grupos não diferiram no que respeita à duração do internamento hospitalar e complicações intra (7,1% vs. 8,5%, respetivamente; $p = 0,676$) e pós-operatórias (7,1% vs. 11,3%, respetivamente; $p = 0,543$). Neste estudo, a histerectomia por vNOTES apresentou resultados semelhantes aos obtidos com a histerecto-

mia vaginal convencional, apesar de o tamanho uterino no caso do primeiro grupo ter sido significativamente superior quando comparado com este último. A histerectomia por vNOTES não se demonstrou inferior à via vaginal convencional, apresentando como vantagem o acesso às áreas anexiais, sobretudo em pacientes que apresentem patologia anexial associada.

CO 02

MENOPAUSA, DISFUNÇÃO SEXUAL E SAÚDE MENTAL

Isabel Saavedra Rocha¹; Andreia Martins¹;
Celina Ferreira¹; Alexandra Coelho¹; Ana Fatela¹
¹MAC CHULC

Introdução: A menopausa é um processo biológico natural e com um marcado impacto na vida da mulher. Embora muitas permaneçam sexualmente ativas, cerca de metade refere sintomas de disfunção sexual, incluindo diminuição da libido, perturbações do orgasmo e dispareunia – fatores que podem condicionar diminuição da atividade sexual. Ademais, o aumento do risco de depressão e ansiedade durante este período pode igualmente influenciar a sua vida sexual.

Objetivos: Avaliar a prevalência de disfunção sexual e depressão em mulheres em pós-menopausa, procurando salientar a importância do respetivo diagnóstico e tratamento para a promoção da saúde sexual e melhoria da qualidade de vida.

Material e métodos: Estudo prospetivo que consistiu na aplicação de um questionário dirigido a mulheres na pós-menopausa e divulgado através das plataformas digitais. Para avaliação da função sexual foi aplicado o Índice de Funcionamento Sexual Feminino versão curta (FSFI-6) e como instrumento de rastreio de sintomatologia depressiva o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2). A análise estatística foi realizada no SPSS/28, e considerado um $p < 0.05$ estatisticamente significativo.

Resultados e conclusões: Das mulheres que participaram no estudo, a maioria eram casa-

das (61%) e com idades compreendidas entre os 50-60 anos (média 53.7 anos). A média de idade da menopausa foi de 52 ± 4.74 anos. Apenas 12.2% recorreu Terapêutica Hormonal pós-menopausa sistémica e 40% mencionou recurso a terapia hormonal vaginal. A frequência mensal de atividade sexual era ≤ 1 em 38,9%, verificando-se uma relação estatisticamente significativa entre essa variável e a existência de disfunção sexual. A maioria (67,1%) refere ter existido uma diminuição do desejo sexual, indicando como principais fatores contributivos o stress, fadiga, diminuição do orgasmo/excitação e dispareunia. Estabeleceu-se uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0.05$) entre utilização de terapêutica hormonal vaginal e a função sexual destas mulheres.

A percentagem total de mulheres com disfunção sexual foi de 56,3%, e 22.4% evidenciaram sintomatologia depressiva, sendo que apenas 7.2% estava medicada com antidepressivos. Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre disfunção sexual e depressão ($p < 0,05$). Resultados, que se assemelham aos publicados na literatura.

A saúde sexual na pós-menopausa é um assunto ainda subvalorizado. A consciencialização deste delicado âmbito e a potencial associação com a saúde mental é fundamental para que se garanta um tratamento adequado, devendo este basear-se cada vez mais numa abordagem holística.

CO 03

DISFUNÇÃO SEXUAL NA POPULAÇÃO FEMININA PORTUGUESA

Susana Correia Costa¹; Sara Dias Leite²; Joana Lyra¹; Joana Lima Silva¹

¹Centro Hospitalar Universitário de São João; ²Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: A disfunção sexual feminina (DSF) inclui distúrbios de etiologia multifatorial que afetam o desejo, excitação, orgasmo, satisfação e/ou dor. Globalmente, 4 em cada 10 mulheres relatam DSF pelo menos uma vez na vida. No entanto, estas mulheres dificilmente procuram ajuda.

Objetivos: Avaliar a função sexual das mulheres portuguesas.

Material e métodos: Estudo transversal com aplicação de um questionário com dados demográficos e do Female Sexual Function Index-6 (FSFI-6) a participantes do sexo feminino, adultas, divulgado nas redes sociais.

Resultados: 397 participantes, com idades entre os 18 e 74 anos (mediana de 33 anos). Relativamente ao estado civil, 70.6% eram casadas ou em união de facto. A maioria completou o ensino superior (86.8%) e tem situação laboral estável (88.8%). Das inquiridas, 48.1% já teve filhos, 58.9% está sob contraceção hormonal e 9.1% em período pós-menopausa. Relativamente à orientação sexual, 95.5% consideram-se heterossexuais, 2.5% bissexuais e 1.0% homossexuais.

Foi identificada DSF em 21.1% (n = 75) das participantes (FSFI-6 ≤ 19), sendo que apenas 23% (n = 17) procurou ajuda de um profissional de saúde. Analisando individualmente os 6 domínios da resposta sexual feminina, 21.1% das mulheres classificam como baixo e muito baixo/ausente o seu desejo sexual e 9.1% a sua excitação; relativamente à lubrificação, 8.8% referiu ter ficado lubrificada em menos de metade das vezes ou nunca; 14.4% nunca atinge orgasmo ou tal acontece em menos de metade das situações, e 13.7% está insatisfeita ou moderadamente in-

satisfeita relativamente à sua vida sexual (VS). No domínio da dor, 15.0% das mulheres reportam-na em pelo menos metade das atividades sexuais. Experiências sexuais não desejadas foram reportadas por 10.6% das participantes, não havendo diferença na frequência de DSF neste grupo, comparativamente à restante população em estudo (21.9% vs. 20.7%; p = 0.495).

A maior parte das mulheres (69.3%) sente que o(a) seu(ua) companheiro(a) gosta da sua vs na maior parte das vezes ou sempre. Salienta-se que 37.5% sente que a sua vs é excitante na maioria das vezes ou sempre, considerando o sexo maioritariamente divertido em 54.9% dos casos. Verificou-se uma relação linear estatisticamente significativa entre o aumento do número de anos da relação e a diminuição da frequência das relações sexuais (r = -0,27; p < 0,001). Concluindo, cerca de um quinto das mulheres apresenta uma potencial disfunção sexual, sendo incomum a procura de apoio médico.

CO 04

HÁ VIDA (SEXUAL) PARA ALÉM DO CANCRO

Inês Filipe Gouveia¹; Marta Xavier¹; Marta Campos¹; Andrea Alçada¹; Cristiana Marques¹; Andrea Quintas¹; Inês Nunes¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O cancro e o seu tratamento têm um impacto significativo em vários aspetos da qualidade de vida da mulher, sendo que um dos mais desvalorizados é a saúde vulvovaginal e, de forma geral, a saúde sexual. A síndrome genitourinária da menopausa(SGUM) é muito prevalente nesta população, e os tratamentos com lubrificantes e hidratantes são, na grande maioria dos casos, insuficientes. Para que o tratamento seja adequado às necessidades de cada mulher é fundamental a articulação estreita com a Oncologia.

Objetivos: Avaliar o impacto do tratamento do SGUM na saúde vulvovaginal e função sexual de doentes oncológicas orientadas para a consul-

ta de Medicina Sexual do CHVNG/E. Realizado aconselhamento geral sobre saúde sexual e prescrita terapêutica para a SGUM numa abordagem multidisciplinar.

Material e métodos: Estudo retrospectivo observacional de mulheres sobreviventes de cancro que frequentaram a consulta de Medicina Sexual, desde 2019 até 15 de Abril 2023 Foram avaliados o Female Sexual Function Index (FSFI), Vaginal Health Assessment(VHA), Vaginal Assessment scale (VAS) e Vulvar Assessment Scale(VuAS) na primeira visita(PRE) e 3 meses após a intervenção(POS). A análise estatística foi efetuada com Microsoft Excel e IBM SPSS.

Resultados: Foram analisadas as doentes com cancro encaminhadas à consulta com SGUM, com um N total de 68. A idade média na 1ª consulta foi de $51,5 \pm 7,7$ e a idade média da menopausa $48,4 \pm 4,2$ anos. Das 68 doentes, 62(91%) eram sobreviventes de cancro da mama, as restantes 6(9%) de outros cancros: 2 casos de cancro colorretal, 2 de cancro do colo do útero, 1 cancro do ovário e 1 cancro gástrico. Foi instituído tratamento com ácido hialurónico em 21 casos (30,9%), promestrieno em 31 casos (45,6%), prasterona em 10 casos (14,7%), estrogénios de dose ultraabaixa em 5 casos (7,4%) e estradiol de dose usual em 1 caso (1,4%).

Verificou-se melhoria acentuada da sintomatologia com a terapêutica instituída a nível do FSFI (PRE Md = $13,91 \pm 36,16$ vs. POS Md = $23,17 \pm 6,30$, $p < 0,05$) e a nível vulvovaginal [VHA (PRE Md = $10,4 \pm 2,7$ vs. POS Md = $8,2 \pm 2,3$, $p < 0,05$), VAS (PRE Md = $7,7 \pm 2,7$ vs. POS Md = $3,8 \pm 2,2$, $p < 0,05$) e VuAS (PRE Md = $6,7 \pm 2,2$ vs. POS Md = $3,6 \pm 2,4$, $p < 0,05$)].

Conclusões: A abordagem da saúde sexual é essencial e necessita de ser personalizada, especialmente em sobreviventes de cancro. Envolver as doentes e oncologistas na tomada de decisão é fundamental para uma melhor adesão ao tratamento com aumento da qualidade da saúde sexual e da sua qualidade de vida global.

CO 05

RYEQO®: A EXPERIÊNCIA DE 7 MESES DO HOSPITAL PEDRO HISPANO

Mariana Dória Príncipe Dos Santos¹;
Beatriz Maria Neves¹; Ana Mesquita Varejão¹;
Mafalda Laranjo¹; Pedro Tiago Silva¹
¹Hospital Pedro Hispano

Introdução: A associação entre relugolix, estradiol e acetato de noretisterona (Ryeqo®) encontra-se comercializado em Portugal desde outubro de 2021 e está aprovado para o tratamento de sintomas moderados a graves de miomas uterinos em mulheres adultas em idade reprodutiva. Este fármaco encontra-se disponível no Hospital Pedro Hispano desde agosto de 2022.

Objetivos: Caracterização da população de doentes com doença fibromiomas uterina que foram submetidas a tratamento com Ryeqo®, sintomatologia pré e pós tratamento e desfechos.

Material e métodos: Consulta retrospectiva do processo clínico das doentes tratadas com Ryeqo® no Hospital Pedro Hispano de agosto de 2022 a março de 2023.

Resultados e conclusões: Durante o período de 7 meses analisados (agosto de 2022 a março de 2023), um total de 17 doentes foram medicadas com Ryeqo® por fibromiomas uterina no Hospital Pedro Hispano, com uma média de idades de 39 anos (mínimo 31, máximo 53 anos). A sintomatologia pré-tratamento incluía hemorragia uterina anormal (n = 13), das quais 8 com anemia; dor pélvica/dismenorreia (n = 10), polaquiúria (n = 1) e retenção urinária (n = 1) em utente com mioma cervical (FIGO 8). A maioria das doentes era nulípara (n = 9). Os miomas predominantes eram do tipo 1 ou 2 segundo a classificação da FIGO (n = 9) e eram múltiplos em 6 casos.

Em 71% dos casos (n = 12), o tratamento foi iniciado no âmbito da consulta externa ou serviço de Urgência; nos restantes 5 casos, 2 foram iniciados após realização de miomectomia ressetoscópica com necessidade de revisão em

segundo tempo e 3 em regime de internamento por anemia grave. No *follow-up* de 1 mês, apenas 1 doente não apresentou redução do volume hemorrágico significativo face ao prévio. O controlo da hemorragia uterina anormal evitou a realização de cirurgia em 2 casos. À data do processamento dos dados, 8 doentes ainda se encontravam em tratamento. O tempo médio de realização de Ryeqo® nas doentes que já concluíram o tratamento foi de 65 dias (mínimo 28, máximo 140 dias).

Não foram documentados efeitos adversos.

Nesta série de casos, a terapêutica com Ryeqo® foi útil no controlo da sintomatologia da doença fibromiomas uterina, incluindo a hemorragia uterina anormal e anemia a ela associada, melhorando, desta forma, as condições pré-operatórias. A evicção de cirurgia em 2 casos é particularmente relevante numa amostra maioritariamente constituída por mulheres nulíparas.

CO 06

UTILIZAÇÃO DE TERMOGEL DE LIDOCAÍNA A 4% (LIDBREE™) EM HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO

Vanessa Vieira¹; Joana Oliveira¹; Inês Coutinho¹; Maria João Carvalho¹; Fernanda Águas¹
¹CHUC

Introdução: A histeroscopia é um procedimento minimamente invasivo realizado por vaginoscopia e que permite diagnosticar e tratar de imediato lesões da cavidade endometrial. Apesar de geralmente bem tolerado, a ansiedade e dor experienciadas pelas utentes condicionam o sucesso da técnica em consultório, pelo que a adoção de estratégias que as minimizem permite reduzir a taxa de procedimentos falhados.

Objetivos: Caracterização dos níveis de satisfação e seus fatores preditivos em mulheres submetidas a histeroscopia de consultório sob termogel de lidocaína a 4% (Lidbree™).

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional através da aplicação de um

questionário a mulheres em que foi utilizado termogel de lidocaína a 4% (Lidbree™) para realização de histeroscopia de consultório no CHUC.

A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS®v27 (significância para $p < 0,05$).

Resultados e conclusões: Um total de 20 mulheres ($n = 20$) foram incluídas na amostra, cuja mediana de idade foi 45,5 anos [24-81], 55,5% ($n = 11$) com ensino superior. O excesso de peso ou obesidade foram verificados na maioria (95,0%, $n = 19$), bem como a ausência de hábitos tabágicos (90,0%, $n = 18$). Quanto à paridade, 75,0% ($n = 15$) eram múltíparas, das quais 86,7% ($n = 13$) tinha antecedentes de parto vaginal. Nesta amostra, 60,0% ($n = 12$) mencionou sintomatologia associada com a menstruação, nomeadamente dor pélvica (45,0%, $n = 9$) e dor lombar (25,0%, $n = 5$).

Os motivos mais frequentes para realização de histeroscopia foram a hemorragia uterina anormal (30,0%, $n = 6$), suspeita de pólipos endometriais (30,0%, $n = 6$) e deteção ecográfica de espessamento endometrial (20,0%, $n = 4$). Considerando a escala visual analógica (EVA, 0-10), a mediana de dor prevista para a realização do procedimento foi de 6,5 [0-10], e 45,0% ($n = 9$) referiu sentir ansiedade intensa ou extrema relativamente à sua realização.

Após utilização do anestésico, a mediana de dor experienciada durante o procedimento foi de 2,5 [0-8], sendo que 50,0% ($n = 10$) referiu sentir um nível de dor inferior à dor prevista.

Na nossa amostra, 85,0% ($n = 17$) ficou satisfeita ou muito satisfeita com a utilização do termogel durante a intervenção. O grau de satisfação associou-se a menor dor sentida ($p = 0,001$) e a uma dor experienciada inferior à prevista ($p = 0,044$). Outros fatores como a ansiedade sentida não influenciaram a satisfação ($p = 0,165$).

Apesar de bem tolerados pela maioria das mulheres, os procedimentos intrauterinos continuam associados a dor e ansiedade. Numa

população selecionada, com maior risco de dor, a utilização de anestésico tópico poderá permitir uma maior satisfação das doentes, diminuindo os procedimentos falhados em consultório e aumentando a taxa de intervenções sem recurso a anestesia geral no bloco operatório.

CO 07

O PAPEL DA DOSE DUPLA DE METOTREXATO NO TRATAMENTO MÉDICO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA

Marina Gato¹; Sofia Martins²; Catarina Carvalho¹; Carla Nunes¹; Ana Luísa Ribeirinho¹

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

Introdução: O tratamento médico da gravidez ectópica com metotrexato é globalmente recomendado na ausência de contraindicações. Estudos têm demonstrado uma maior eficácia do tratamento com dose dupla de metotrexato, administrada em D1 e D4, para níveis de β -hCG > 3000mUI/ml e/ou massa anexial > 20mm.

Objetivos: Entender quais as doentes diagnosticadas com gravidez ectópica propostas para tratamento médico que poderão beneficiar de dose dupla de metotrexato.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, baseado na colheita de dados dos processos de doentes com o diagnóstico de gravidez ectópica que realizaram terapêutica de acordo com o esquema de dose única de metotrexato, no Hospital de Santa Maria, nos anos de 2020 a 2022. Foi realizada uma análise comparativa das características entre doentes que realizaram apenas uma administração e aquelas que necessitaram de dose adicional. Foi também comparada a necessidade de administração de mais do que uma dose de metotrexato entre doentes com níveis de β -hCG > 3000mUI/ml e/ou massa anexial > 20mm e doentes com β -hCG \leq 3000mUI/ml e massa anexial \leq 20mm.

Resultados: 79 doentes foram diagnosticadas com gravidez ectópica e realizaram terapêutica

com metotrexato de acordo com o protocolo de dose única. Em 55/79 (69,6%) casos foi realizada apenas uma administração de metotrexato, em 23/79 (29,1%) foi realizada uma segunda toma (D7) e em 1/79 (1,3%) uma terceira (D14). Foi necessário tratamento cirúrgico em 12 casos (15,2%), 7 por rotura da gravidez ectópica, 3 por falência de terapêutica médica e 2 por dor não controlada.

Nas doentes que realizaram apenas uma dose de metotrexato, a média do valor inicial de β -hCG foi 2320 ± 1822 mUI/ml e a massa anexial tinha um maior eixo em média de $19,7 \pm 12,5$ mm. Nas doentes que necessitaram de doses adicionais, a β -hCG foi em média 2427 ± 897 mUI/ml e a massa anexial tinha um maior eixo de $17,8 \pm 12,8$ mm. Estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Não se verificou uma associação significativa entre valores de β -hCG > 3000mUI/ml e/ou massa anexial > 20mm e a necessidade de pelo menos 2 doses de metotrexato.

Foram identificados 4 casos de doentes com níveis de β -hCG > 3000mUI/ml e massa anexial com maior eixo > 20mm, tendo sido necessária segunda administração de metotrexato em 2 casos (50%). Não se verificou diferença significativa comparativamente a doentes a quem foi necessário administrar dose adicional de metotrexato mas que não apresentavam estas características (29,3%).

Relativamente à necessidade de tratamento cirúrgico após metotrexato, não se verificaram diferenças entre os grupos analisados.

Conclusão: Neste estudo, não se observaram diferenças significativas no nível de β -hCG e tamanho da massa anexial entre doentes que realizaram apenas uma ou mais administrações de metotrexato.



COMUNICAÇÕES LIVRES

2 DE JUNHO

17:45-18:45h **VÍDEOS 1**

Sala B

V 01

REVISÃO DOS MARCOS ANATÓMICOS E DA TÉCNICA CIRÚRGICA DA PROMONTOFIXAÇÃO LAPAROSCÓPICA

Luis Ferreira de Castro¹; Revaz Botchorishvili²

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António; ²Centre Hospitalier Universitaire Estaing de Clermont-Ferrand

O prolapso dos órgãos pélvicos afeta cerca de 40% das mulheres acima dos 50 anos. O tratamento cirúrgico é recomendado para mulheres com prolapso sintomático após falha ou recusa da abordagem conservadora. A promontofixação laparoscópica (PL) permite a correção de prolapso do compartimento anterior, apical e/ou posterior com as vantagens da via laparoscópica, nomeadamente uma melhor visualização e acesso às diferentes áreas pélvicas. Porém, é um procedimento complexo que requer um conhecimento avançado de anatomia e elevadas competências técnicas.

O objetivo deste vídeo é explorar a anatomia pélvica e os aspetos técnicos da PL. Com efeito, o vídeo apresenta detalhadamente a técnica de disseção e exposição dos espaços pararretal, retovaginal, vesicovaginal e promontório, bem como a execução de histerectomia subtotal, a fixação da rede de polipropileno às paredes vaginais, colo uterino e promontório e o encerramento do peritoneu. Os principais marcos anatómicos são destacados ao longo do procedimento.

O conhecimento da anatomia pélvica e o treino

cirúrgico são fundamentais para realizar uma PL em segurança e obter bons resultados no pós-operatório.

V 02

TRANSPOSIÇÃO OVÁRICA VIA LAPAROSCÓPICA – 10 PASSOS

Rita Vasconcelos¹; Cláudia Andrade²; Fernanda Santos²; Cristina Frutuoso²; Fernanda Águas²

¹Hospital de Braga; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Introdução: A transposição ovárica é um método de preservação de função ovárica em mulheres na pré-menopausa e antes da radioterapia pélvica. O cancro do colo do útero é a indicação mais comum para transposição ovárica em cânceros ginecológicos, minimizando os efeitos adversos do tratamento e as consequências na qualidade de vida. O objetivo do trabalho é descrever o caso clínico e demonstrar a técnica cirúrgica via laparoscópica em 10 passos.

Caso clínico: Jovem de 30 anos com cancro do colo do útero - FIGO IB3 com indicação para quimiorradioterapia.

Descrição de procedimento: A doente foi submetida a laparoscopia com inspeção da cavidade pélvica e abdominal. Realizada salpingectomia e secção do ligamento útero-ovário com pinça bipolar e tesoura. Identificação dos ureteres com abertura do peritoneu parietal e isolamento do ligamento infundíbulo pélvico. De

seguida, procedeu-se à tunelização do peritônio e mobilização do ovário de forma cuidada para evitar torção do pedículo. O ovário foi fixado à goteira parietocólica homolateral e referenciado com clips metálicos. A mesma técnica foi realizada do lado contralateral. Terminando com a revisão da hemostase.

V 03

HISTERECTOMIA MINILAPAROSCÓPICA – CARACTERÍSTICAS E VANTAGENS DA TÉCNICA CIRÚRGICA

Angela Encarnação Sousa Silva¹; Helder Ferreira¹
¹*Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão*

A laparoscopia tem sido amplamente usada na medicina nos últimos 30 anos, sendo atualmente o *gold standard* para a maioria dos procedimentos cirúrgicos ginecológicos, tendo a sua superioridade sobre a laparotomia sido amplamente demonstrada. Nos últimos anos tem se tentado tornar a cirurgia laparoscópica ainda menos invasiva, reduzindo por exemplo o tamanho das incisões na pele, como acontece na minilaparoscopia.

As vantagens da minilaparoscopia são inúmeras, incluindo um resultado estético ótimo, com incisões mínimas, que deixam cicatrizes praticamente imperceptíveis no abdómen, menor risco de sangramento nas incisões da pele, menos dor e rápida recuperação pós-operatória, possibilitando um retorno à rotina a curto prazo. O vídeo apresentado demonstra que a histerec-tomia por minilaparoscopia é um procedimento viável e seguro, praticamente livre de cicatrizes e com perda mínima de sangue.

V 04

TRATAMENTO DO ISTMOCELO – RESSECTOSCOPIA, LAPAROSCOPIA OU AMBAS?

Carolina Smet¹; Bruno Nogueira²; Duarte Vilarinho²;
Inês Rodrigues³; José Reis²

¹*Hospital de São Francisco Xavier*; ²*Hospital da Luz Lisboa*; ³*Hospital Beatriz Ângelo*

O istmocele, defeito do miométrio no local da incisão da cesariana, tem vindo a aumentar com o crescimento da taxa de cesarianas. Na maioria dos casos a mulher é assintomática. Quando sintomático, pode causar hemorragias uterinas anormais e infertilidade. O diagnóstico é realizado por ecografia e define-se como uma indentação da cicatriz da cesariana com = 2 mm. O tratamento está recomendado em mulheres sintomáticas e a terapêutica hormonal pode ser uma opção em casos de hemorragia uterina anormal. Em casos de falha da terapêutica médica ou de infertilidade o tratamento cirúrgico deve ser ponderado. A maioria dos autores considera que em defeitos com miométrio residual = 3 mm a correção deva ser realizada por ressectoscopia e quando < 3 mm a abordagem deva ser laparoscópica. Esta prática tem, contudo, duas limitações importantes. Na ressecção histeroscópica da cúpula do istmocele há risco de lesão vesical e na abordagem laparoscópica o tecido fibrótico posterior é difícil de aceder. Neste vídeo os autores apresentam um caso de istmocele corrigido com ressecção combinada por ressectoscopia e laparoscopia, técnica que permite minimizar as limitações referidas.

V 05

ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DA NEUROLISE DO PUDENDO: PASSO-A-PASSO

Hélder Ferreira¹; Angela Silva²; Raquel Maciel³

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António; ²Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão; ³Centro Hospitalar de S. João, EPE

Demonstração técnica laparoscópica da neurólise do pudendo.

Este vídeo mostra uma abordagem laparoscópica total para uma neurólise do pudendo direito. É um vídeo didático passo a passo. Esta técnica de descompressão do nervo pudendo direito por laparoscopia por meio da dissecação da fossa isquiorretal ao longo do músculo obturador interno direito, após visualização dos vasos obturadores e identificação do nervo pudendo, permitiu a secção do ligamento sacroespinal direito e remoção completa com reposicionamento do nervo em seu trajeto. O nervo foi seguido até passar livremente pelo canal de Alcock. O procedimento transcorreu bem e sem intercorrências, com melhora clínica ao acordar. A neurólise do nervo pudendo por técnica laparoscópica é um método reprodutível e seguro para o tratamento da neuralgia do pudendo, permitindo boa visualização e dissecação de toda a pelve em direção à fossa isquiorretal.

V 06

LAPAROSCOPIA NA ENDOMETRIOSE INTESTINAL: RESSEÇÃO DISCÓIDE DUPLA COM AGRAFADOR CIRCULAR

Marta Filipa Gomes de Melo¹; Tânia Barros²;
Jaime Vilaça³; Hélder Ferreira³

¹Hospital de Vila Franca de Xira; ²Centro Materno Infantil do Norte; ³Hospital da Luz Arrabida

Introdução: As opções cirúrgicas da endometriose do cólon reto-sigmoideu são *shaving*, resseção segmentar e resseção discóide. Na técnica de resseção discóide dupla, a primei-

ra resseção discóide permite remover a maior parte da lesão, enquanto a segunda resseção discóide permite remover a doença residual.

Objetivos: Demonstrar a técnica laparoscópica da resseção discóide dupla com agrafador circular.

Material e métodos: Apresentação de caso clínico e passos cirúrgicos da técnica em vídeo.

Resultados e conclusões: Mulher de 30 anos, com endometriose, com sintomas refratários ao tratamento médico. A ecografia revelou um nódulo de endometriose retal anterior com 4 cm. Submetida a laparoscopia. Dissecação do espaço retovaginal. *Shaving* do nódulo retal, colocação de sutura-guia e aplicação de agrafador circular de 33 mm via transanal, com inclusão da mucosa retal anterior. Repetiu-se o procedimento com agrafador circular de 31mm. Verificada a integridade intestinal. Sem complicações intra/pós-operatórias imediatas. A resseção discóide dupla é uma técnica segura e eficaz a considerar no tratamento de nódulos de endometriose reto-sigmóide com 2 a 4cm.

V 07

COMO CIRURGIAS SIMPLES PODEM SER VERDADEIROS PESADELOS

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

Os procedimentos laparoscópicos sob os anexos são normalmente considerados os mais simples, sendo as primeiras cirurgias que são realizadas pelos médicos em formação.

Neste vídeo apresentamos o caso de uma mulher com 49 anos proposta para uma salpingo-ooforectomia bilateral. Nos seus antecedentes tinha uma hidrocefalia corrigida com a colocação de uma válvula de derivação ventrículo-peritoneal. Devido a múltiplas aderências e a uma cavidade pélvica com a anatomia alterada, um procedimento que se esperava simples foi

extremamente laborioso. Desde a criação do pneumoperitoneu, à colocação dos trocares acessórios e à realização da salpingo-ooforectomia existiram vários desafios que necessitaram de um conhecimento de várias técnicas cirúrgicas e de um raciocínio rápido. A histopatologia revelou um *Serous Tubal Intraepithelial Cancer* (STIC). A doente aguarda o resultado da análise genética de BRCA.

Neste trabalho pretendemos enfatizar a importância de um treino cirúrgico de alta qualidade, um conhecimento profundo da anatomia pélvica e um arsenal de várias técnicas que permitam ultrapassar desafios, mesmo nos procedimentos considerados mais simples.



COMUNICAÇÕES LIVRES

3 DE JUNHO

08:00-09:00h COMUNICAÇÕES ORAIS 2

Sala A

CO 08

CLÍNICA E IMAGIOLOGIA: PREDIÇÃO NO DIAGNÓSTICO DE TORÇÃO ANEXIAL

Barbara Laranjeiro¹; Maria João Carvalho^{1,2};
João Paulo Marques¹; Fernanda Águas¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Clinica
Universitária de Ginecologia

Introdução: A torção anexial define-se como rotação anormal do ovário e/ou da trompa sobre estruturas ligamentares, com potencial compromisso da vascularização e consequentemente da função ovárica. É um diagnóstico frequente em contexto de urgência, condicionando cerca de 3% das emergências ginecológicas. Massas anexiais, gravidez, hiperestimulação ovárica, antecedentes de cirurgia pélvica ou antecedentes de torção anexial são fatores de risco associados. No entanto, pela inespecificidade da sintomatologia, o seu diagnóstico é, por vezes, um desafio. Alguns marcadores ecográficos assumem um papel fundamental no levantamento desta suspeita, mas a confirmação apenas se obtém intraoperatoriamente.

Objetivos: Identificar a sensibilidade e a especificidade de marcadores clínicos e ecográficos associados a torção anexial.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu todos os casos de suspeita de torção anexial submetidos a cirurgia entre 2020 e 2022 no CHUC. Analisaram-se a sensibilidade (S) e a especificidade (E) das seguintes variáveis

na identificação de torção anexial: presença de fatores de risco para torção anexial, sintomatologia, exame objetivo, presença de anemia ou leucocitose e marcadores ecográficos, nomeadamente edema ovárico, massa anexial, *situs*, derrame pélvico, fluxo Doppler e sinal Whirlpool.

Resultados e conclusões: Incluíram-se 60 casos de suspeita de torção anexial. A média de idades da amostra foi 31 ± 14 anos (15-87), apenas 3 adolescentes e 5 na pós-menopausa. Em 38 casos confirmou-se torção intraoperatoriamente. Destas, a maioria das doentes foi submetida a anexectomia ($n = 21$) ou quistectomia ($n = 11$). A histologia mais frequente foi o cistadenoma ($n = 12$) e o teratoma ($n = 7$) e em 14 casos foi descrita necrose hemorrágica secundária à torção. As variáveis com maior sensibilidade na deteção de torção anexial foram a presença de dor (S = 97,4%; E = 4,5%), o exame objetivo sugestivo (S = 81,6%; E = 31,8%) e a presença de massa anexial (S = 92,1%; E = 18,2%). As variáveis com maior especificidade no estabelecimento deste diagnóstico foram marcadores ecográficos, nomeadamente o fluxo Doppler (E = 95,2%; S = 34,2%), o sinal Whirlpool (E = 95,2%; S = 2,6%), o *situs* anómalo (E = 95,2%; S = 44,7%) e o edema ovárico (E = 81%; S = 18,4%), sendo que, globalmente, a ecografia revelou uma especificidade de 89,5% e uma sensibilidade de 57,1%. Com este estudo conclui-se que a sensibilidade e a especificidade das variáveis analisadas é limitada, o que

corroborar a importância de uma avaliação integrada, que inclua a clínica e os exames complementares de diagnóstico de forma conjunta, para a obtenção de um diagnóstico atempado e assertivo. Sendo elevada a sensibilidade de um quadro de dor, com exame objetivo sugestivo e deteção ecográfica de massa anexial, a presença desta tríade deverá sempre levantar a suspeição de uma torção anexial.

CO 09

MIOMECTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA E LAPAROTÓMICA – EXPERIÊNCIA DE 7 ANOS DE UM CENTRO TERCIÁRIO

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

¹Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: Os miomas são o tumor pélvico benigno mais frequente na mulher, podendo manifestar-se como hemorragia uterina anómala (HUA), infertilidade e dor pélvica. A miomectomia é uma opção terapêutica em mulheres que desejem preservar o útero, podendo ser realizada por via laparotómica ou endoscópica, de acordo com o seu número, dimensão e localização.

Objetivos: Descrever a população de mulheres submetidas a miomectomia laparoscópica/laparotómica, analisar as complicações resultantes dos procedimentos, eficácia na resolução das queixas e diferenças entre as vias de abordagem.

Métodos: Análise retrospectiva dos dados das doentes submetidas a miomectomia laparoscópica ou laparotómica no Centro Hospitalar de São João no período de 2016-2022. Comparação de variáveis categóricas com teste χ^2 e contínuas com t-test ou Mann-Whitney. Ajuste para variáveis de confundimento através de regressão logística.

Resultados: Foram analisados os processos de 100 doentes. A idade média da população foi de $37 \pm 5,6$ anos. A principal indicação cirúrgica foi a HUA (33%).

61% das miomectomias foram realizadas por laparoscopia e destas em 26,2% foi realizada oclusão transitória das artérias uterinas e dos ligamentos infundíbulo-pélvicos. Três procedimentos laparoscópicos resultaram em conversão para laparotomia.

O peso mediano das peças cirúrgicas foi de 268g (máximo 2175 g) e a mediana do tempo de internamento pós-operatório foi de 2 dias.

Quanto às complicações, houve necessidade de transfusão de hemoderivados intra/pós-operatoriamente em 10% dos casos e registou-se um caso de TEP, duas deiscências da ferida operatória, um hematoma com necessidade de drenagem no bloco operatório e um caso de parestesias do membro sequelares ao posicionamento. Houve recorrência pós-operatória dos sintomas em 5% das doentes e duas tiveram que ser submetidas a procedimentos adicionais – uma miomectomia ressectoscópica e uma embolização das artérias uterinas.

A análise estatística mostrou uma associação significativa da via laparoscópica com tempo cirúrgico mais longo (mediana de 165 minutos na abordagem laparoscópica vs. 80 minutos na laparotómica, $p < 0,005$) mas internamentos mais curtos ($p < 0,005$). Não houve diferenças entre os grupos quanto à ocorrência de complicações intra e pós-operatórias.

A remoção de mioma dominante intra-mural mostrou uma associação estatisticamente significativa com anemia pós-operatória com necessidade de transfusão (36,4%) relativamente a miomas dominantes subserosos (7.5%), $p = 0,02$.

Das doentes em estudo, 3 tiveram um parto de nado-vivo na instituição após a miomectomia.

Conclusões: A laparoscopia tem-se tornado a via preferencial para a realização de miomectomia por abordagem abdominal, e apesar de associada a tempos operatórios mais longos, resulta em internamentos mais curtos, com desfechos peri-operatórios comparáveis à abordagem laparotómica.

CO 10

ENDOMETRIOSE DO CANAL DE NUCK

Carolina Smet¹; Filipa Osório²; José Reis²

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

Introdução: A endometriose é uma patologia ginecológica benigna que afeta cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva. A endometriose inguinal ou do canal de Nuck é uma apresentação rara. Esta entidade é frequentemente confundida com outras causas mais comuns de massas inguinais, pelo que um diagnóstico correto requer uma história clínica minuciosa. Neste trabalho apresentamos dois casos de endometriose do canal de Nuck.

Descrição dos casos: O primeiro caso refere-se a uma mulher de 26 anos, nulípara, com dismenorreia, disquesia e dor catamenial na virilha direita de intensidade 10/10. Apresentava um nódulo na virilha direita inicialmente diagnosticado como uma hérnia inguinal. Realizou-se uma ressonância magnética que demonstrou um nódulo de endometriose com cerca de 19 x 18 mm no canal inguinal. O segundo caso trata-se de uma doente com 39 anos, gesta 1 para 1, com dismenorreia, dispareunia e disquesia de intensidade 10/10. Realizou-se uma ressonância magnética onde se visualizou um nódulo de endometriose do ligamento redondo direito com extensão ao canal de Nuck com cerca de 4 cm. Ambos os casos foram tratados com uma abordagem laparoscópica realizando-se a excisão do ligamento redondo até à sua inserção na parede pélvica e posteriormente foi realizada excisão do nódulo por mínima incisão abdominal, sendo que no segundo caso foi colocada uma rede para correção do defeito da parede. Ambos os períodos pós-operatórios decorreram sem intercorrências.

Conclusão: A endometriose do canal de Nuck é uma entidade rara que pode mimetizar outras patologias inguinais mais comuns. Deve-se suspeitar desta patologia sobretudo em mulhe-

res com queixas cíclicas de dor e aumento da massa coincidentes com a menstruação.

CO 11

TAMOXIFENO NA PÓS-MENOPAUSA – QUANDO FAZ SENTIDO HISTEROSCOPIA?

Maria Vicente¹; Maria Henriques¹; Andreia Martins¹; Sofia Brás¹; Marta Plancha¹; Carolina Carvalho¹; Ana Fatela¹; Maria do Carmo Silva¹

¹Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Introdução: A terapêutica com tamoxifeno na população pós-menopausa é um fator de risco conhecido para o aparecimento de pólipos endometriais (PE), hiperplasia endometrial (HP) e carcinoma do endométrio (CE), estando recomendada a avaliação pré-terapêutica. Após início do tamoxifeno, a pesquisa de carcinoma do endométrio é apenas recomendada em caso de sintomatologia, como hemorragia uterina anormal (HUA), semelhante à população geral.

Objetivos: Comparar a indicação para histeroscopia (HSC) e resultado histológico numa população com cancro da mama tratada com tamoxifeno.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo realizado num centro terciário diferenciado entre janeiro de 2020 e dezembro de 2021. Foram selecionados os casos de utentes com antecedentes pessoais de neoplasia maligna mamária sob terapêutica atual ou passada com tamoxifeno, e que realizaram histeroscopia no período do estudo. Excluíram-se mulheres pré-menopausa ou cujos antecedentes pessoais eram desconhecidos. A amostra foi dividida em dois grupos: G1 (n = 22) 'Com HUA' e G2 (n = 22) 'Sem HUA'.

Resultados: Durante o período do estudo foram avaliadas 44 utentes que preenchem os critérios de inclusão. A idade média da população foi de 60.18 anos (SE 1.6628), com 75% multíparas (33; n = 44). Relativamente a antecedentes pessoais relevantes 25% (11; n = 44) da população tinha hipertensão arterial crónica

e 7% (3; n = 44) diabetes mellitus. Não foi avaliado o IMC da população por falta de registos. No G1, das utentes com HUA, o exame detectou uma alteração (CE/PE/HE) em 55 % (12; n = 22) das utentes, tendo sido diagnosticado um caso de adenocarcinoma do endométrio e um caso de hiperplasia sem atipia. A indicação para a realização da HSC em ambos os casos tinha sido HUA com espessamento endometrial.

As mulheres assintomáticas foram atribuídas ao G2, sendo que destas 55% (12; n = 22) realizaram o exame por suspeita de PE e as restantes 45% (10; n = 22) por espessamento endometrial. Neste grupo foram detectadas alterações benignas em 50% dos casos, não tendo sido diagnosticado nenhum CE.

Em ambos os grupos, quando a indicação foi suspeita ecográfica de PE, esta confirmou-se em 60% (13; n = 22) dos casos, sendo que nos restantes não se detetou qualquer alteração do endométrio.

Conclusões: A avaliação da população tratada com tamoxifeno, deverá ser realizada apenas de uma forma dirigida quando surge sintomatologia. Nas situações de HUA, assim como na população geral, deverá ser realizado um estudo dirigido ao CE através de HSC.

CO 12

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE UMA UNIDADE DE COLPOSCOPIA PORTUGUESA

Ana Figueiredo¹; Tânia Ascensão¹; Gonçalo Dias¹;
Rita Lermann¹; Gustavo Mendinhos¹
¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: As unidades de Colposcopia têm por objectivo reduzir a incidência e a mortalidade por cancro do colo do útero (CCU). Para tal, torna-se imprescindível a realização regular de auditorias para avaliação da qualidade da sua actividade.

Objectivo: Avaliar o desempenho da Unidade de Colposcopia do Hospital Beatriz Ângelo de acordo com os indicadores de qualidade para uma boa

prática de colposcopia definidos pela Federação Europeia de Colposcopia (EFC) em 2017.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 87 doentes submetidas a excisão da zona de transformação (EZT) entre Janeiro de 2021 e Dezembro de 2022. Foram analisados 4 dos 6 critérios de qualidade da EFC, tendo-se procedido à colheita de dados demográficos, colposcópicos e histológicos. A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* Excel®.

Resultados: A média de idades das doentes incluídas no estudo foi 41 anos (26-66 anos), 87,4% (n = 76) eram multíparas e 16% (n = 14) encontravam-se em menopausa. Quanto aos factores de risco para CCU: 36,8% (n = 32) tiveram uma coitarca precoce, 36,8% (n = 32) eram fumadoras e 6,9% (n = 6) imuno-deprimidas. Apenas 14 (16,1%) mulheres apresentavam vacinação completa contra o HPV previamente à EZT. Todas as doentes realizaram colposcopia antes da EZT e em todas foi documentado o tipo de zona de transformação, bem como descritos os achados colposcópicos. Os motivos para realização da EZT foram: HSIL (n = 53; 61%), discrepância colpo-cito-histológica (n = 14; 16,1%), persistência de LSIL (n = 11; 12,6%), LSIL em curetagem endocervical (n = 5; 5,7%) e adenocarcinoma / carcinoma pavimento-celular (n = 4; 4,6%). No que diz respeito ao diagnóstico histológico da peça de EZT: HSIL foi diagnosticado em 49 casos (46,3%), carcinoma pavimento-celular em 4 (4,6%), adenocarcinoma em 4 (4,6%), LSIL em 28 (32,2%) e em 2 peças não se constatou displasia (2,3%). Em 77% (n = 67) das doentes verificou-se a presença de uma lesão CIN 2+ na biópsia / peça de EZT. Em 82% (n = 71) dos casos as margens da peça de EZT estavam livres de displasia.

Discussão/Conclusões: O presente estudo demonstrou que a nossa Unidade de Colposcopia cumpriu 3 dos 4 critérios de qualidade propostos pela EFC, tendo-se verificado apenas

que a percentagem de diagnósticos histológicos definitivos de CIN 2+ foi inferior a 85%. Apesar destes critérios de qualidade serem difíceis alcançar, constituem uma ferramenta que poderá ser aplicada na avaliação interna e externa das unidades de Colposcopia em Portugal.

CO 13

TUMORES EPITELIAIS RAROS DO OVÁRIO – 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Ariana Barbara¹; Patrícia Pinto²; Lúcia Correia²; Ana Francisca Jorge²

¹Hospital Espírito Santo de Évora; ²IPO Lisboa

Introdução: O carcinoma do ovário é o terceiro cancro ginecológico em Portugal, com uma taxa de mortalidade de 72% (Globocan 2020). Este mau prognóstico global resulta do facto de o subtipo histológico mais comum ser o carcinoma seroso de alto grau, diagnosticado em estádios avançados em cerca de 75% dos casos, maioritariamente em mulheres pós-menopausa.

No entanto, os tumores epiteliais do ovário incluem outros subtipos histológicos mais raros com comportamento clínico distinto.

Objetivo: Caracterização clínica dos tumores epiteliais raros do ovário.

Material e métodos: Estudo retrospectivo (observacional, unicêntrico) dos casos de tumores epiteliais raros do ovário com orientação terapêutica no IPO de Lisboa entre 2017 e 2022. Foram analisados dados demográficos, apresentação clínica, estádio ao diagnóstico, primeira opção terapêutica e resultados cirúrgicos.

Resultados e conclusões: No período de tempo considerado foram diagnosticados 46 casos, com a seguinte distribuição por subtipo histológico: mucinoso – 37.7% (n = 20), endometrióide - 22.6% (n = 12), seroso de baixo grau – 20.8% (n = 11), células claras – 3.8% (n = 2) e carcinosarcoma - 1.9% (n = 1).

A idade mediana das doentes foi de 55 anos (mínimo 19 – máximo 88), e o valor mediano de

CA125 ao diagnóstico de 105.4 (mínimo 3,50 – máximo 2853). 18,2% das mulheres estavam assintomáticas.

A maioria dos casos (73.3%, n = 33) foram diagnosticados em estádios iniciais (I e II da FIGO 2014), particularmente os subtipos mucinoso (89.5%) e endometrióide (83.3%).

O tratamento primário foi cirúrgico em 95.6% dos casos com uma taxa de citorredução completa (RO) de 88% (38/43).

Conclusões: Na nossa instituição os tumores epiteliais raros representaram 13% dos carcinomas do ovário (46/369). Quando comparados com o carcinoma seroso de alto grau, estes subtipos histológicos foram diagnosticados em mulheres com uma mediana de idade inferior e mais frequentemente em estádios iniciais, do que resulta uma maior taxa de tratamento cirúrgico primário com citorredução máxima.

CO 14

ÁCIDO BÓRICO: A RESPOSTA PARA O DESAFIO DAS VULVOVAGINITES RECORRENTES?

Carlota Anjinho Carvalhos¹; Fernanda Santos¹; Teresa Rebelo¹

¹CHUC

Introdução: As vulvovaginites recorrentes representam não só um elevado problema epidemiológico e clínico, mas também uma condição com elevado impacto social e psicológico. A vaginose bacteriana e as candidíases vulvovaginais, apesar de prevalentes e de submetidas a elevado número de estudos, perante a recorrência, a terapêutica permanece desafiante. No contexto da recorrência, o ácido bórico vaginal tem demonstrado resultados promissores, quer sob a forma aguda, isolado ou em combinação com outras terapêuticas, quer sob a forma de manutenção.

O mecanismo de ação subjacente à aplicabilidade do ácido bórico, permanece desconhecido, no entanto, os efeitos benéficos terão relação com a sua ação antisséptica, capacidade de

inibir o crescimento de leveduras e a formação de biofilmes.

Objetivos: Analisar o resultado terapêutico da aplicabilidade do ácido bórico vaginal, e o contexto clínico em que foi implementado (vaginose bacteriana recorrente (VBr) ou candidíase vulvo-vaginal recorrente (CVVr)).

Material e métodos: Estudo retrospectivo transversal de mulheres referenciadas à consulta de Doenças Vulvovaginais do CHUC de março 2022 a março 2023, por vulvovaginite recorrente (três ou mais episódios num ano), submetidas a 600 mg de ácido bórico vaginal diário, de 14 a 21 dias ($n = 30$). O diagnóstico teve por base o exame microscópico do corrimento vaginal. A análise estatística realizada em SPSS®, com $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: A idade média foi de 44,6 anos ($\pm 11,9$), 17 (56,7%) com o diagnóstico de VBr, seis (20%) de CVVr e sete (23,3%) com ambas. Dezoito (60%) apresentavam comorbilidades vulvovaginais associadas, como atrofia, líquen ou lesões intraepiteliais. Nove (30%) eram imunodeprimidas, seis (20%) tinham HPV de alto risco e cinco eram fumadoras (16,7%).

O tratamento com ácido bórico isolado foi utilizado em 13 doentes (43,3%), foi aplicado o esquema triplo em 12 (40%) e utilizado o método de Sobel em cinco (16,7%).

Após o tratamento, 19 (67,9%) demonstraram resolução completa das queixas, oito (28,6%) resolução parcial, e apenas uma (3,65%) não obteve melhoria. A VBr foi a que mostrou maior grau de satisfação, com treze (76,5%) doentes assintomáticas após ácido bórico vs duas (33,3%) na CVVr e quatro (57,1%) na presença de ambas.

Nas doentes com CVVr verificámos uma associação entre a resolução completa dos sintomas e o método utilizado, tendo sido o método de Sobel o mais eficaz ($p = 0,046$).

Constatámos que doentes imunocomprometidas apresentavam maior frequência de VBr em relação às restantes ($p = 0,031$), e todas permaneceram assintomáticas nas consultas de seguimento, com diferença significativa em relação às restantes ($p = 0,012$).

Nenhuma doente reportou efeitos secundários ao tratamento.

Apesar da amostra limitada, podemos concluir que no âmbito da recorrência, o ácido bórico vaginal tem elevado potencial terapêutico, revelando-se como uma alternativa a implementar.



COMUNICAÇÕES LIVRES

3 DE JUNHO

08:00-09:00h **VÍDEOS 2**

Sala B

V 08

ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DO ISTMOCELO UTERINO: PASSO-A-PASSO

Hélder Ferreira¹; Tiago Meneses¹; Beatriz Almeida¹;
Rosa Macedo¹

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de
Santo António

Istmocele, nicho ou divertículo uterino pode ser definida como uma falha da cicatrização miometrial na região ístmica do útero, sobre a região de uma cirurgia cesariana prévia. Geralmente é identificada como um triângulo isósceles hipocóico na parede uterina anterior, local onde foi realizada a histerotomia. A istmocele pode ser abordada tanto de forma conservadora (com tratamento hormonal) como de forma invasiva. Os estudos afirmam que somente as pacientes sintomáticas devem ser submetidas ao tratamento, seja ele cirúrgico ou conservador. O tratamento cirúrgico pode ser feito por via laparoscópica, se o defeito for grave; por via histeroscópica; no caso de istmoceles leves com espessura endometrial maior que 3 mm; ou até por via vaginal.

Neste vídeo didático é apresentado o tratamento laparoscópico “passo-a-passo” com transiluminação histeroscópica para identificação do “nicho”. Apresentam-se várias dicas para aumentar a segurança do procedimento como clipagem das artérias uterinas, pneumo-distensão da bexiga, suturas múltiplas extra e intra-

-corporais. Seguindo esta técnica os *outcomes* anatómicos, clínicos e obstétricos têm sido favoráveis.

V 09

HISTERECTOMIA ROBÓTICA: ABORDAGEM DIDÁTICA EM 10 PASSOS

Hélder Ferreira¹; Angela Silva²; Patrícia Reis³

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António; ²Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão; ³Hospital da Luz Arrabida

Nos últimos anos a cirurgia robótica tem sido incorporada em inúmeros procedimentos ginecológicos, sendo a histerectomia o procedimento mais comumente realizado.

São várias as vantagens do uso da robótica na cirurgia ginecológica, nomeadamente o seu sistema ótico avançado que permite uma visão tridimensional e de alta-definição, a posição ergonómica entre o cirurgião, o campo de trabalho e os instrumentos cirúrgicos, permitindo uma cirurgia potencialmente reduzida de fadiga e os instrumentos permitem movimentos precisos e delicados.

O objetivo deste trabalho é oferecer uma descrição didática e detalhada em 10 passos para a realização da histerectomia assistida por robótica de forma eficaz e segura.

1. Coagulação e corte do ligamento redondo; 2. Abertura do folheto anterior do ligamento largo;

3. Fenestração do folheto posterior do ligamento largo; 4. Coagulação e corte do ligamento infundíbulo-pélvico/ligamento útero-sagrado; 5. Abertura do espaço vesico-vaginal; 6. Coagulação do pedículo vascular uterino; 7. Abertura vaginal; 8. Extração uterina; 9. Encerramento da cúpula vaginal; 10. Inspeção, lavagem e hemóstase.

V 10

COLPOTOMIA POSTERIOR – UMA ALTERNATIVA EM MASSAS ANEXIAIS SÓLIDAS...

Rita Vasconcelos¹; Maria João Carvalho²;
João Paulo Marques²; Francisco Falcão²;
Fernanda Águas²

¹Hospital de Braga; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Introdução: As massas ováricas são comuns em mulheres de todas as idades, sendo a laparoscopia o *gold-standard* para a abordagem das lesões benignas ováricas. Contudo, a extração de peças operatórias volumosas e sólidas pode ser um desafio, podendo a colpotomia posterior ser uma alternativa útil e segura. O objetivo do trabalho é descrever o caso clínico e demonstrar a técnica cirúrgica via laparoscópica.

Caso clínico: Mulher com 54 anos, assintomática, com uma massa anexial sólida esquerda com 6 cm e marcadores tumorais negativos.

Descrição de procedimento: A doente foi submetida a laparoscopia com inspeção da cavidade pélvica e abdominal, confirmando a massa anexial esquerda com 6 cm de consistência endurecida. Procedeu-se à anexectomia bilateral. Após colocação do manipulador vaginal e identificação dos ligamentos útero sagrados, foi realizada uma colpotomia posterior com gancho monopolar até visualização do manipulador e mucosa vaginal. De seguida, a incisão foi alargada em sentido transversal entre os ligamentos. Os anexos foram removidos via vaginal através de um endobag. Finalizando com a sutura laparoscópica da colpotomia e revisão da hemostase.

V 11

PERISTALSE – O VALOR DA ECOGRAFIA COMO EXAME DINÂMICO

Ana mesquita varejão¹; Crsytina Mota²;
Sandra Baptista²; Ana Nogueira²

¹Hospital Pedro Hispano; ²CHVNGE

Mulher de 47 anos, com antecedentes de histerectomia total com conservação anexial por adenomiose (há 6 anos), referenciada à consulta de Ginecologia por suspeita de patologia anexial. A doente foi enviada da consulta de Urologia, onde estaria a ser estudada por litíase renal e hidronefrose esquerda detetada em ecografia reno-vesical. Realizou URO-TC que comprovou os achados descritos e levantou a suspeita de lesão neoformativa adjacente ao ovário esquerdo, em provável relação com estenose do trajeto uretral nesta topografia.

Foi realizada ecografia transvaginal onde se verificou anexo direito normal e anexo esquerdo com formação quística de 35 mm, com conteúdo em vidro fosco sugestivo de endometrioma. Adjacente a este anexo foi possível observar formação nodular irregular e espiculada, heterogénea, com cerca de 30 x 21 x 18 mm, sugestivo de nódulo de endometriose. A montante desta formação constatou-se presença de estrutura tubular dilatada e com movimentos peristálticos esporádicos (“reptação”), compatível com ureter dilatado, exibindo calibre normal a juzante do nódulo endometriótico.

V 12 Trabalho retirado

V 13

AVANÇOS NA UROGINECOLOGIA – PLICATURA BILATERAL DOS LIGAMENTOS PUBOURÉTRIS – SERÁ A CIRURGIA DE PRIMEIRA LINHA NA CORREÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER EM IDADE JOVEM?

Sidonie Monteiro¹; Andreia Oliveira Fontoura¹;
Angela Silva¹; Vera Costa¹; Baptista Vilaça¹

¹Hospital de Famalicão

A principal causa de IUE é a fragilidade dos

ligamentos pubouretrais (LPU), permitindo um estiramento exagerado dos músculos pélvicos posteriores aquando do esforço. A plicatura dos LPU consiste no uso de fio de sutura de poliéster para a formação de novo colagénio, conferindo maior resistência aos LPU, processo facilitado na mulher jovem.

Esta técnica cirúrgica consiste na exposição bilateral de um espaço com cerca de 2 cm delimitado por: uretra distal (limite medial), ambos os ramos do LPU, com origem posterior á sínfise púbica (limite superior), o músculo pubococcígeo (limite lateral e não exposto) e ligamento uretral externo (limite inferior).

Sob tensão, são realizadas duas incisões paralelas em cada sulco lateral a uretra, do colo vesical ao osso púbico, realizando depois disseção para exposição dos dois ramos do LPU. É realizada um sutura com fio poliéster que passa pelo LPU posteriormente ao osso púbico e pelos dois ramos distais do LPU: primeiro pela porção proximal do músculo pubococcígeo e de seguida pelo ramo medial. O procedimento é realizado bilateralmente à uretra.

Esta cirurgia previne o alongamento dos LPU conforme já nos diz a Teoria Integral.

V 14

NINFOPLASTIA COM LASER DE CO²: UMA ALTERNATIVA EFICAZ NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS DA VULVA

Tiago Meneses Alves¹; Paulina Costa²;
Cristina Tavares¹; Maria João Carinhas¹

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António; ²Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: Demonstração da técnica de correção com recurso a laser de CO² da assimetria dos pequenos lábios da vulva.

Caso clínico: Mulher, 28 anos, saudável, com episódios de hemorragia e desconforto físico na vulva com uso de roupa íntima justa. Ao exame ginecológico constatou-se uma assimetria considerável dos pequenos lábios com hipertrofia

do direito. Optou por tratamento cirúrgico após ter sido esclarecida de se tratar de uma variante anatómica e das potenciais complicações da intervenção. Submetida a plastia vulvar com laser com administração prévia de anestésico local. Exérese de tecido excedentário executada com laser com potência de 10 W. Revisão da hemostase sem necessidade de sutura ou uso de eletrocirurgia. Sem complicações intra/pós-operatórias. Duas semanas após a cirurgia, apresentava pequenos lábios quase simétricos e com boa cicatrização, encontrando-se muito satisfeita com procedimento realizado.

Conclusão: A ninfoplastia com laser de CO² apresenta-se como uma técnica rápida e simples, que pode ser executada em contexto de ambulatório e com um resultado estético notável, devendo ser considerada no tratamento da HPL.

201^a REUNIÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA



IMAGENS

I 01

EXPULSÃO ESPONTÂNEA INDOLOR DE LEIOMIOMA – UMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA RARA

Susana Saraiva¹; Sara Sereno¹; Patricia Ferreira¹;
Ana Paula Reis¹; Isabel Monteiro¹

¹Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /
Hospital de S. Sebastião

Mulher 55 anos, referenciada por HUA pré-menopausa com 6 meses de evolução. Negava dor abdominal, alterações urinárias ou outra sintomatologia. Ao exame físico, constatada tumefação esférica, lisa, com 4cm de maior diâmetro, a exteriorizar-se pelo OCE. Na EcoTV mioma SM tipo 0, 52 x 46 x 44 mm, em exteriorização praticamente total, com vascularização pedicular exuberante (figura 1). Submetida a HT+AB, sem intercorrências (figura 2). Este caso demonstra um leiomioma pediculado em expulsão, sem dor abdominal associada, o que constitui uma apresentação clínica rara.

I 02

DISMENORREIA NA ADOLESCÊNCIA E ACHADO DE LESÃO QUÍSTICA PARA-OVÁRICA

Patrícia Gomes Ferreira¹; Sara Sereno¹;
Célia Araújo¹; Maria Luísa Sousa¹

¹Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Paciente com 15 anos com dismenorreia e oligomenorreia. Menarca aos 12 anos. Sem coitarca. Sem antecedentes pessoais de relevo. Sem medicação habitual.

Ecografia pélvica por via retal demonstra lesão unilocular para-ovárica esquerda de conteúdo heterogêneo com parede interna irregular e sem vascularização, com cerca 56 x 41 x 78 mm. RMN aponta para lesão localizada no espaço retrorectal lateralizado à esquerda com extensão à fossa isquioanal esquerda. AFP, Beta-HCG e CA-125 negativos. Diagnósticos diferenciais: tailgut cysts, quisto epidermóide, quisto dermóide, teratoma e endometrioma. Paciente submetida à excisão da lesão e o exame histopatológico revelou teratoma maduro.

I 03

DISMENORREIA MEMBRANOSA

Mariana Veiga¹; Nuno Simões Costa²;
Helena Santos e Pereira¹

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

Mulher de 25 anos, recorre ao serviço de Urgência por saída de material esponjoso pela vagina após episódio autolimitado de dor abdominal localizada ao hipogastro. Menstruação em curso. À realização de exame objetivo, é observado um tecido com forma tubular e dimensões estimadas em 5x3cm e cerca de 2mm de espessura que se envia para estudo anátomo-patológico. Sem outras alterações relevantes ao exame ginecológico. O resultado histológico foi descrito como fragmento de arquitetura polipoide constituído por endométrio com transformação decidual e áreas de hemorragia compatível com moldagem de endométrio em canal cervical e vagina em fase menstrual.

A dismenorreia membranosa, uma entidade rara de etiologia desconhecida descrita pela primeira vez no século XVIII, define-se pela saída espontânea de decídua durante a menstruação. O molde endometrial comporta-se como um corpo estranho no interior do útero sendo expulso na sua totalidade mediante a contração uterina.

I 04

LIPOMAS VULVARES SIMÉTRICOS

Rita Ladeiras¹; Joana Sousa Nunes¹;
Alexandra Meira¹; Maria José Pires¹;
Pedro Vieira de Castro¹

¹*HSO-Guimarães*

Os lipomas são neoplasias benignas, frequentemente encontrados no tronco e nas extremidades proximais. A sua localização na vulva é rara, estando descritos poucos casos na literatura. Esta imagem representa o caso de uma mulher de 51 anos, avaliada na consulta de Ginecologia Geral por tumefação vulvar, bilateral, simétrica, móvel, com textura mole, ocupando os grandes lábios na totalidade. Realizou ressonância magnética que corroborou a suspeita diagnóstica de lipomas, a qual foi confirmada histologicamente após excisão cirúrgica.

I 05

MIOMA HIDRÓPICO

Daniela Encarnação¹; Ana Patrícia Soares¹;
Pedro Guedes¹

¹*Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão*

Mulher de 42 anos, referenciada ao sector de ecografia por achado de volumosa massa pélvica em exame ginecológico de rotina. Figura 1 - Ecografia suprapúbica 2D – mioma subseroso (FIGO tipo 7) com características ecográficas atípicas; mioma hidrópico.

I 06

TUMEFACÇÃO PÉLVICA – A IMPORTÂNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Carolina Carneiro¹; Sara Sereno¹; Susana Saraiva¹;
Mariana Pimenta¹; Susana Leitão¹; Cristina Costa¹

¹*Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga*

Doente 63 anos referenciada a consulta de Ginecologia por achado de tumefacção pélvica e queixas de dispareunia. Em ecografia transvaginal, observada formação epipsóide com 50 x 19 x 22 mm na cavidade pélvica, com cone de sombra e score vascular tipo 1. No interior da formação visualizadas camadas ecogénicas em crescente (sinal de casca de cebola) sugerindo mucocelo do apêndice.

201^a REUNIÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA



POSTERS

PO 01

PREVALÊNCIA DE ADENOMIOSE EM MULHERES SUBMETIDAS A ECOGRAFIA TRANSVAGINAL NO ESTUDO DE ENDOMETRIOSE

Ana Rita Mateus¹; Margarida Mourato¹;
Fernanda Vilela¹; Diana Almeida¹; João Dias¹
¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: Existe um interesse crescente na adenomiose, que parece estar associada à endometriose. Estas entidades são patologias do foro ginecológico definidas pela presença de tecido endometrial em localização não fisiológica. A adenomiose é caracterizada pela presença de focos ectópicos de tecido glandular endometrial e/ou estroma dentro do miométrio, enquanto a endometriose se caracteriza pela presença de tecido endometrial fora do útero.

Até há pouco tempo, tanto a adenomiose como a endometriose eram considerados diagnósticos difíceis, muitas vezes estabelecidos apenas ao exame anatomo-patológico. Melhorias contínuas na resolução da ecografia transvaginal permitem uma avaliação mais detalhada da arquitetura uterina, sendo esta considerada um método preciso no diagnóstico de adenomiose e endometriose.

De acordo com a literatura, a prevalência de adenomiose em mulheres com endometriose submetidas a cirurgia é de 21,8%. No entanto, poucos estudos relatam a prevalência de adenomiose em mulheres com endometriose em estudos ecográficos.

Desta forma, o objetivo primordial deste trabalho foi determinar a prevalência de adenomiose

em mulheres com diagnóstico de endometriose e tentar perceber se existe uma correlação entre o diagnóstico de endometriose profunda e adenomiose.

Material e métodos: Estudo transversal, retrospectivo, que incluiu 38 mulheres com diagnóstico ecográfico de endometriose, entre 2020 e 2021, no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Faro. Achados ecográficos característicos de adenomiose e endometriose foram identificados com recurso a ecografia ginecológica transvaginal 2D, para determinar a sua prevalência e fatores que possam afetar sua ocorrência.

Resultados e conclusões: Foram avaliadas 38 mulheres, com uma média de idades de 37.6 ± 7.7 anos. Destas, 44.7% eram nulíparas e 55.3% eram multiparas. Dentro do grupo das nulíparas, 23.7% apresentavam adenomiose sendo que no grupo das multiparas este valor foi de 36.8%.

Nos casos de endometriose avaliados, em 60.5% foi feito o diagnóstico de endometriose profunda sendo que em 42.1% destas mulheres foi identificada adenomiose.

A prevalência de adenomiose no grupo estudado foi de 60.5%, verificando-se um ligeiro aumento da mesma quando foram considerados apenas os casos de endometriose profunda, passando a prevalência para 69.6%.

A análise multivariada mostrou que a prevalência de adenomiose está associada à presença de endometriose profunda ($P < 0,0001$). No entanto, não foi verificada correlação estatisticamente significativa entre a presença de adenomiose e a paridade ou a idade.

Para concluir, apesar da adenomiose ser uma condição clínica comum, a sua história natural e relação com a endometriose ainda é pouco compreendida.

Neste trabalho, verificou-se uma prevalência de 60.5% de adenomiose em mulheres com endometriose e sua associação com a presença de endometriose profunda.

PO 02

INFEÇÃO POR *C. TRACHOMATIS* E *N. GONORRHOEAE* NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERITÁRIO COVA DA BEIRA

José Alberto Moutinho¹; Paula Manuela Guimarães¹; Bruno Filipe Esteves¹; Sara Monteiro Nunes²

¹Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã; ²Instituto Politécnico de Castelo Branco

Introdução: A nível mundial, a *Chlamydia trachomatis* (CT) e *Neisseria gonorrhoeae* (NG) causam por ano cerca de 129 milhões e 82 milhões de novas infeções, respetivamente. A incapacidade de diagnosticar e tratar estas infeções atempadamente, pode conduzir a complicações e sequelas importantes. Atualmente, ainda não existem em Portugal dados da prevalência destas infeções a nível local.

Objetivos: Como objetivo principal deste trabalho pretendeu-se avaliar a prevalência das infeções por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* no laboratório do CHUCB no período de agosto de 2012 a dezembro de 2021, tendo como última finalidade fundamentar a eventual necessidade de elaboração de programas de rastreio e outras medidas de controlo destas infeções.

Materiais e métodos: Este é um estudo observacional, analítico e retrospectivo concretizado com recurso aos processos clínicos dos utentes testados para CT e/ou NG por PCR no laboratório do CHUCB no período de 2012 a 2021. Foram incluídos 692 utentes após aplicação de critérios de inclusão e exclusão.

Resultados e conclusões: No presente estudo

obteve-se uma prevalência de infeção por CT de 3,9% (n = 27) e por NG de 2,8% (n = 17). Foi possível evidenciar uma correlação estatisticamente significativa entre as faixas etárias mais jovens e a maior prevalência de infeção por CT ($p = 0,000$) e por NG ($p = 0,021$). Verificou-se ainda uma maior prevalência de infeção para NG no sexo masculino ($p = 0,000$), assim como uma maior prevalência de infeção para CT no grupo testado em outras consultas ($p = 0,043$), ambas com relevância estatística. Apesar de os resultados obtidos neste estudo não puderem ser transpostos para a globalidade da população portuguesa, alertam-nos para que alguns grupos (população jovem e do sexo masculino) podem ser mais vulneráveis a este tipo de infeções. Poderá, assim, haver vantagem em implementar programas de rastreio mais direcionados à população mais suscetível, para que possam ser diminuídas as comorbilidades resultantes destas infeções.

PO 03

PERCEÇÃO DOS ADOLESCENTES DA COVA DA BEIRA SOBRE A PREVENÇÃO DE INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

José Alberto Moutinho¹; André Cunha Moreira¹; Maria Rodrigues Santos¹; Sara Monteiro Nunes²

¹Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã; ²Instituto Politécnico de Castelo Branco

Introdução: As infeções sexualmente transmissíveis (IST's) têm um impacto profundo na saúde reprodutiva e sexual. Os adolescentes são responsáveis por cerca de 50% dos novos casos de IST's. A sensibilização para a prevenção destas infeções a nível escolar tem contribuído para diminuir a sua transmissão, no entanto o seu impacto continua incerto.

Objetivos: Avaliar a literacia e os comportamentos sexuais dos adolescentes quanto à prevenção de IST's, no sentido de melhorar a prática de uma sexualidade segura e saudável.

Materiais e métodos: Estudo observacional, transversal, recorrendo à aplicação de um questionário, elaborado pelos autores, a adolescentes entre os 14 e os 19 anos de idade do ensino secundário de 3 escolas da Covilhã. Na análise estatística foi utilizado o SPSS v28.

Resultados e conclusões: Foram obtidas 266 respostas válidas. A amostra compreendia 65,4% raparigas e 34,6% rapazes (idade média = $16,16 \pm 1,10$ anos). As medidas de prevenção que consideraram mais importantes foram as medidas de higiene após as relações sexuais (70%), evitar experiências sexuais com desconhecidos (74,1%) e o uso do preservativo em todas as relações (94,3%). Quando questionados diretamente, 23,5% não achou importante usar preservativo em todas as relações, se excluídas infeções em ambos ou na prática de sexo oral. Quanto às medidas preventivas adotadas, dos que já tinham iniciado atividade sexual (28,9%, idade média = $14,97 \pm 1,41$ anos), apenas 52,8% referiu usar o preservativo em todas as relações sexuais, 67,1% evitar experiências sexuais com desconhecidos, mas a maioria referiu medidas de higiene após as relações (72,6%), principalmente as raparigas ($p < 0,001$). Na 1ª relação sexual, a maioria usou método contraceutivo (83,1%), principalmente o preservativo (80,5%).

Este estudo demonstrou que em termos de prevenção, a quase totalidade dos adolescentes considera o uso do preservativo em todas as relações como uma medida útil de prevenção das IST's, mas apenas pouco mais de metade o usa em todas as relações sexuais, sugerindo assim uma discrepância entre a sua literacia e as medidas que os jovens adotam no dia-a-dia, o que sugere a necessidade de intervenções mais centradas em práticas sexuais saudáveis. No entanto, os falsos conceitos também estão presentes, visto que um grande número de adolescentes considerou as medidas de higiene após as relações sexuais como um método eficaz de

prevenção das IST's, pelo que o investimento em literacia também não deve ser menosprezado.

PO 04

RAZÕES PARA USO E NÃO USO DO PRESERVATIVO ENTRE OS JOVENS DA BEIRA INTERIOR

José Alberto Moutinho¹; Maria Rodrigues Santos¹; André Cunha Moreira¹; Sara Monteiro Nunes²

¹Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã; ²Instituto Politécnico de Castelo Branco

Introdução: Apesar da disponibilização de informação fidedigna, pela educação sexual escolar e pelo aconselhamento contraceutivo no SNS, em Portugal, a perceção dos jovens para o uso do preservativo como método contraceutivo e de prevenção das infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) ainda é pouco conhecida. O preservativo, pelo facto de proteger simultaneamente da gravidez indesejada e de ISTs, tem um papel muito importante nesta faixa etária e devem ser encontradas estratégias para incentivar o seu uso correto e consistente entre os jovens.

Objetivo: Caracterizar o uso de preservativo por parte dos jovens da Beira Interior e avaliar possíveis necessidades de intervenção para melhoria deste uso.

Materiais e métodos: Este estudo surgiu no contexto de uma investigação observacional e transversal ("Perceção de adolescentes do ensino secundário de uma região da Beira Interior sobre Contraceção"), através de um questionário, desenvolvido pelos autores, aplicado a jovens do ensino secundário da Beira Interior. Foi aprovado pela Direção Geral de Educação e pela Comissão de Ética da Universidade da Beira interior. Na análise estatística utilizou-se o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 28.

Resultados e conclusões: Obteve-se 266 respostas válidas ao questionário. A amostra era constituída por 65,4% participantes do sexo

feminino e 34,6% do sexo masculino (idade média: 16,18 ± 1,10 anos). 28,9% era sexualmente ativo (idade média de início: 14,97 ± 1,41 anos) e o preservativo masculino foi o método de eleição na 1ª relação sexual (76,6%). Apesar de 76,5% considerar que o preservativo deve ser sempre usado, apenas 46,7% dos jovens sexualmente ativos o faz, sendo o parceiro habitual o principal motivo para não o fazerem (62,5%). Adicionalmente, 28,1% não usou preservativo porque não achou necessário, 25% porque não gosta, 25% não pensou no assunto, 15,6% considera que causa impacto negativo na relação e 6,3% não tinha no momento. 40% dos jovens tem um uso inconsistente do preservativo e 13,3% nunca usa. Quanto aos motivos para terem usado preservativo, 75,0% considerou a prevenção de ISTs, 93,1% a prevenção de gravidez e 70,8% considerou os dois motivos. Este estudo demonstrou que o preservativo é usado como método contraceptivo pela maioria dos jovens na primeira relação sexual, mas a partir daí, preferem outros métodos contraceptivos, especialmente se forem raparigas e tiverem um parceiro sexual habitual. Mais de metade dos jovens que não usam preservativo como método contraceptivo não acham necessário o seu uso ou não estão sensibilizados para o assunto, sugerindo a necessidade de intervenção sobre as vantagens do preservativo, tanto na prevenção da gravidez como das IST's .

PO 05

LESÕES VULVARES: DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Raquel Rodrigues¹; Paulina Barbosa¹; Vera Trocado²; Cristina Nogueira-Silva¹

¹Hospital de Braga; ²Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: As lesões vulvares mucocutâneas são frequentemente causadas por infeções víricas, nomeadamente sexualmente transmissíveis, dermatite de contacto e, mais raramente,

por doenças auto-imunes ou reacção a fármacos. A história clínica, o tipo e características da lesão e a presença ou não de acometimento sistémico são fatores chave no diagnóstico e orientação clínica.

Descrição do caso: Mulher de 41 anos, casada, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos de relevo ou alergias medicamentosas conhecidas. 3G2P (dois partos eutócicos a termo), sob contraceção hormonal com desogestrel. Teste HPV atualizado e negativo. A fazer reabilitação do pavimento pélvico por incontinência urinária de esforço.

Recorreu à consulta de Ginecologia por aparecimento de lesões vulvares, com ligeiro ardor local associado. Quando questionada confirma febre e odinofagia com 2 dias de evolução, seguido de aparecimento de exantema com predomínio palmo-plantar. Ao exame físico apresentava orofaringe hiperemiada, com múltiplas lesões vesiculares e exantema cutâneo com predomínio de lesões papulares eritematosas nas palmas e plantas.

A nível ginecológico observavam-se múltiplas lesões vesiculares milimétricas, com halo eritematoso, algumas delas ulceradas, ao nível dos pequenos lábios, não dolorosas ao toque. Exame ao espéculo sem alterações.

Foi colocada a hipótese de doença mão-pé-boca e realizada zaragatoa das lesões vulvares para ensaios de reacção em cadeia polimerase (PCR) que foram positivos para o vírus Coxsackie, confirmando o diagnóstico. Os restantes exames laboratoriais foram negativos para herpes, sífilis, vírus da imunodeficiência humana, gonorreia, clamídia e vírus Epstein-Barr.

Os seus filhos foram, posteriormente, diagnosticados com a mesma doença.

As lesões resolveram após 3 semanas de tratamento sintomático e sem intervenção específica.

Conclusão: A doença mão-pé-boca é causada pelo vírus Coxsackie A16 e caracteriza-se por um exantema macular, maculopapular ou vesi-

cular, com atingimento das palmas e plantas, geralmente não doloroso e não pruriginoso que atinge frequentemente a mucosa oral.

Embora seja mais comum em crianças, a sua prevalência tem aumentado nos adultos. Assim, este caso destaca a infeção pelo vírus Coxsackie como uma causa incomum de lesões vulvares, mas que deve ser considerada no diagnóstico diferencial, sobretudo quando a história clínica e o contexto epidemiológico é sugestivo desta patologia.

PO 06

QUANDO A CAUSA DE MORTE É O TEMPO DE ESPERA – CASO CLÍNICO

Maria Margarida Gonzalez¹; Fernanda Boek¹; Danielle Pitanga¹; Rafael Machado¹
¹HPP Hospital de Cascais

Introdução: O cancro da mama é o tipo de cancro mais comum entre as mulheres e corresponde à segunda causa de morte por cancro no sexo feminino. Em Portugal, anualmente são detetados cerca de 7.000 novos casos de cancro da mama, e 1.800 mulheres morrem com esta doença.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que por ano sejam diagnosticados no Brasil 66.280 novos casos de cancro de mama, com um risco estimado de 61,61 casos a cada 100 mil mulheres.

Descrição do caso: Tratava-se de uma mulher com 38 anos, com IO:1001, que amamentou por um período superior a 2 anos, menarca aos 13 anos, não fumadora, nunca fez contraceção hormonal e sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Não tinha realizado nunca nenhum exame mamário. Detetou a presença de um nódulo mamário que relacionou com trauma e por isso só procurou ajuda médica passados seis meses quando já existia ulceração cutânea (em anexo a imagem do momento do diagnóstico). A biópsia revelou uma carcinoma invasivo da mama triplo negativo, com

metastização à distância para coluna vertebral e fígado (cT4cN2M1). Devido à impossibilidade de controlar a hemorragia com medidas conservadoras ficou em regime de internamento para iniciar terapêutica neoadjuvante com quimio e radioterapia. O tempo de espera em média para o início destes tratamentos no SUS (Sistema Único de Saúde do Brasil) está entre 45-60 dias. A doente descrita não conseguiu por isso iniciar a neoadjuvância com a maior brevidade necessária pelo que, 16 dias depois do internamento, acabou por falecer devido a instabilidade hemodinâmica e falência orgânica múltipla.

Conclusão: No Brasil, a taxa de mortalidade por neoplasia de mama, ajustada pela população mundial, é de 11,84 óbitos/100.000 mulheres, números até relativamente inferiores aos descritos na Europa, essencialmente devido à falta de diagnóstico em larga escala.

O conceito de acesso aos cuidados de saúde é um pilar fundamental das políticas de saúde e neste caso descrito, a falta de acesso à terapêutica necessária foi decisiva na evolução da doença. Assim, continua a ser essencial que se continue a lutar mundialmente para que todas as pessoas possam atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem a consecução desse objetivo.

PO 07

TUMOR UTERINO SEMELHANTE AO TUMOR DOS CORDÕES SEXUAIS DO OVÁRIO (UTROSCT): UMA ENTIDADE MUITO RARA

Maria Oliveira¹; Margarida Figueiredo¹; Rita Dunkell¹; Marisa Moreira¹; Isabel Ferreira¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: UTROSCT define-se como tumor uterino semelhante aos tumores dos cordões sexuais do ovário, sem estroma endometrial identificável. São neoplasias mesenquimato-

sas uterinas raras, de etiologia desconhecida. Apresentam um baixo potencial maligno, contudo podem-se associar a recorrência uterina e extrauterina. A apresentação clínica mais frequente é a hemorragia uterina anormal (HUA). O seu diagnóstico é feito com base no estudo histológico e marcação imunohistoquímica. Dada a sua raridade, a abordagem destes casos não está bem estabelecida. A histerectomia total com anexectomia bilateral parece ser o tratamento mais indicado.

Descrição do caso: Mulher de 54 anos, pós-menopáusicas, encaminhada para a consulta por HUA associada a anemia e presença de leiomioma intramural. Ecograficamente apresentava: útero aumentado de volume com 118 x 78 x 93 mm; endométrio com 10 mm; imagem sugestiva de leiomioma anterior, híbrido, FIGO tipo 3-5, com 70 x 66 x 69mm; ovários sem alterações aparentes. Foi proposta para histerectomia total laparoscópica com anexectomia bilateral. O estudo anatomopatológico revelou lesão nodular intersticial enquadrável com UTROSCT. Dado o baixo potencial maligno, a doente foi encaminhada para o IPO de Coimbra, encontrando-se em vigilância. Até à data (10 meses), sem aparente recorrência da doença.

Conclusão: O diagnóstico imagiológico destes tumores é difícil, uma vez que não apresentam características específicas e são tipicamente similares a leiomiomas, a nível ecográfico. A ressonância poderá revelar um aspeto esponjoso semelhante aos tumores ováricos das células da granulosa. No entanto, o seu diagnóstico definitivo é histológico, através da deteção de achados morfológicos típicos confirmados por imunohistoquímica. A presença de um tumor com ≥ 10 cm, um crescimento rápido e a existência de doença extrauterina ou cervical preveem um comportamento mais agressivo apesar de, na maioria dos casos, estes tumores apresentarem um comportamento benigno.

PO 08

CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS COM ORIGEM EM ENDOMETRIOSE DA PAREDE ABDOMINAL

Ana Ribeiro¹; Manuel Fernandes²; Mónica Cruz Pires²; Vanda Patrício²; Almerinda Petiz²
¹CHBV; ²IPO Porto

Introdução: A endometriose é uma doença crónica, benigna, estrogénio-dependente, definida pela presença de glândulas e estroma endometrial em localização extrauterina. Afeta predominantemente mulheres em idade reprodutiva. A prevalência estimada da endometriose na população geral é de 5-15%, sendo difícil de determinar, uma vez que muitas mulheres são assintomáticas ou apresentam sintomas inespecíficos. A maioria das lesões localiza-se ao nível pélvico, afetando, sobretudo estruturas do sistema reprodutivo (75% dos casos). Em cerca de 25% dos casos, as lesões atingem estruturas fora do sistema reprodutivo, tais como o trato gastrointestinal e os gânglios linfáticos. Estão também descritas lesões ao nível do diafragma, pleura e cicatrizes cirúrgicas abdominais (geralmente de cesariana). A parede abdominal é uma das localizações extrapélvicas mais frequentes.

Caso clínico: Mulher de 54 anos referenciada para o IPO-Porto por diagnóstico de adenocarcinoma atípico em biópsia de lesão na parede abdominal esquerda. Como antecedentes cirúrgicos apresentava 2 cesarianas. Após a última iniciou queixas de dor pélvica intensa associada à lesão abdominal, com aumento das suas dimensões nos últimos dois anos. A biópsia revelou adenocarcinoma atípico de origem ginecológica. A RM abdominopélvica descreveu uma lesão sólida subcutânea com envolvimento do músculo reto abdominal. A doente foi submetida a laparotomia exploradora onde se constatou a presença de uma lesão envolvendo o reto abdominal, gânglios linfáticos epigástricos direitos e ilíacos externos esquerdos aumentados. Proce-

deu-se à ressecção alargada da lesão, remoção parcial do músculo reto abdominal, histerectomia total com anexectomia bilateral, biópsias peritoneais, linfadenectomia pélvica esquerda e biópsias selectivas dos gânglios epigástricos direitos. A parede abdominal foi reconstruída com rede. O diagnóstico histológico revelou adenocarcinoma de células claras com origem em foco de endometriose do reto abdominal, e metastização dos gânglios pélvicos e epigástricos. As biópsias peritoneais foram positivas para células tumorais. A doente iniciou quimioterapia com carboplatina e paclitaxel semanal, sem benefício. A PET realizado 3 semanas após a cirurgia revelou captação irregular do radiofármaco nas cadeias ganglionares ilíacas e inguinais, e fígado (Iva/b) apesar de ter realizado 2 ciclos de quimioterapia. Perante esta situação a doente iniciou quimioterapia paliativa.

Conclusão: A transformação maligna de um endometrioma da parede abdominal é extremamente rara e não está completamente esclarecida. De forma a obter um diagnóstico atempado, é importante que os clínicos estejam atentos perante a história de uma paciente com cirurgia pélvica, sintomas sugestivos de endometriose e alteração do volume dos nódulos.

PO 09

PATOLOGIA NÃO GINECOLÓGICA QUE SIMULA PATOLOGIA GINECOLÓGICA

Maria Oliveira¹; Margarida Figueiredo¹; Rita Dunkel¹; Marisa Moreira¹; Isabel Ferreira¹; Filomena Ramos¹
¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: O sistema reprodutor feminino localizado ao nível da cavidade pélvica encontra-se intimamente relacionado com diversos órgãos tais como a bexiga, os ureteres e o intestino. Dada a sua proximidade, patologia envolvendo as estruturas adjacentes pode simular patologia ginecológica. Desta forma, a história clínica, o exame objetivo e os exames comple-

mentares de diagnóstico são essenciais para o correto diagnóstico diferencial das diferentes entidades.

Descrição do caso: Expõem-se 3 casos de mulheres pós-menopáusicas submetidas a cirurgia no âmbito da Ginecologia por suspeita de massa anexial, tendo-se constatado intraoperatoriamente origem gastrointestinal. A primeira apresentava ecograficamente uma massa anexial direita, quística, heterogénea, com 5 cm de maior diâmetro e CA19.9 aumentado. Foi proposta para anexectomia direita, tendo-se objetivado intraoperatoriamente ovário sem alterações e, na dependência do apêndice, uma massa mucinosa, com cerca de 6cm, com aparente rotura da cápsula. O estudo anatomopatológico (AP) descreveu adenocarcinoma mucinoso do apêndice. A segunda doente apresentava ecograficamente uma formação anexial direita heterogénea, com cerca de 3cm, e CA125 normal. Na cirurgia identificaram-se anexos sem alterações e formação tubular com 6 cm sugestiva de massa apendicular, histologicamente compatível com neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau. Como terceiro caso apresenta-se uma suspeita de complexo tubo-ovárico à direita, com cerca de 7 cm, com marcadores tumorais negativos. Intraoperatoriamente observados anexos sem alterações e apêndice aumentado de volume, com exteriorização de muco pela sua extremidade. O estudo AP descreveu uma neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau.

Conclusão: As lesões gastrointestinais, principalmente quística e apendiculares, apesar de raras, facilmente simulam massas anexiais, pelo que a demonstração da sua continuidade com o trato gastrointestinal e a individualização do ovário ipsilateral à lesão é essencial para exclusão desta etiologia. Além da ecografia, destaca-se a utilidade da TC na caracterização de patologia gastrointestinal bem como dos diferentes marcadores tumorais na orientação

etiológica da lesão. O diagnóstico pré-operatório correto da patologia permite um melhor planejamento da abordagem terapêutica e, conseqüentemente, um melhor tratamento e prognóstico.

PO 10 Trabalho retirado

PO 11

TUMOR DE BRENNER: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda Barros¹; Patrícia Pereira Amaral¹; Liliana Perpétuo¹; Inês Costa Santos¹; Vanessa Santos¹; José Silva Pereira¹; Antónia Nazaré¹
¹Hospital Prof. Dr Fernando Fonseca

Introdução: Os tumores de Brenner são um subtipo raro de tumores anexiais (1,4 - 2,5%) classificados como benignos, *borderline* ou malignos. A maioria são benignos, unilaterais e assintomáticos, identificados acidentalmente em exames imagiológicos ou como achado cirúrgico. Histologicamente, são compostos por células epiteliais de transição rodeadas por extensa matriz fibromatóide, aspeto característico em “grão de café”.

Descrição de caso: Mulher de 59 anos, caucasiana, com antecedentes pessoais relevantes de *status* pós-colocação de stent coronário por enfarte agudo do miocárdio em 2018, hipertensão arterial e hipercolesterolemia. Menopausa aos 45 anos, sem necessidade de terapêutica hormonal de substituição. Seguida em consulta de Ginecologia de 2014 a 2017 por útero miomatoso, o maior mioma descrito em ecografia como subseroso lateralizado à esquerda com 7cm e dimensões estáveis.

Em Novembro de 2022 é novamente referenciada a consulta de Ginecologia por volumosa massa anexial esquerda documentada em RMN, com 15,7 cm. Em Dezembro 2022 recorreu ao SU por dor abdominal intensa com 1 semana de evolução. À palpação abdominal com abdómen agudo. Analiticamente com leucocito-

se 27000/ μ L e PCR 13.67 mg/dL. Realizou TC abdomino-pélvica que descreveu: massa anexial esquerda heterogênea com 20,8cm sem sinais de torção e ascite moderada na cavidade pélvica, sem sinais de hemoperitôneo. Ficou internada no Serviço de Ginecologia e cumpriu 7 dias antibioterapia endovenosa com ampicilina, gentamicina e metronidazol seguido de 14 dias de piperacilina/tazobactam e doxiciclina. A D7 de internamento, feita tentativa de paracentese diagnóstica, sem sucesso. Do estudo analítico, hemoculturas e urocultura negativas, pesquisa de infeções sexualmente transmissíveis negativa e exsudado vaginal positivo para *Candida albicans*, medicada com fluconazol oral durante 7 dias. Alta a D22 de internamento. Em Fevereiro de 2023 foi novamente admitida para cirurgia eletiva. Intraoperatoriamente observou-se volumosa massa anexial esquerda com 20cm, de superfície lisa e contornos irregulares, que se enviou para exame extemporâneo e revelou ser um Tumor de Brenner, com características benignas. Procedeu-se a histerectomia total e anexectomia bilateral, sem intercorrências, com alta ao 3º dia de pós-operatório. O diagnóstico histológico definitivo confirmou o resultado do exame extemporâneo. A citologia do líquido ascítico foi negativa para células neoplásicas.

Conclusão: Ao contrário da maioria dos tumores de Brenner, que são incidentalomas, este caso pretende demonstrar que, em raras situações, estes tumores podem ser sintomáticos apesar de histologicamente benignos. Coloca-se ainda como hipótese a possível existência deste tumor desde 2014, identificado ecograficamente nessa altura como mioma subseroso, o que sublinha a dificuldade do seu diagnóstico em exames de imagem.

PO 12

PÓLIPO PLACENTAR COM MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA – ABORDAGEM CONSERVADORA COM REGULOLIX

Beatriz Maria Ferreira Neves¹; Mafalda Laranjo¹; Ana Varejão¹; Mariana Dória¹; Pedro Tiago Silva¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: Os pólipos placentares são entidades raras que podem afetar 0,25% das gestações. Resultam de remanescentes de produtos de concepção e podem estar associados a malformações vasculares (MAV). Apresentam-se de formas distintas mas potencialmente graves pelo que é importante conhecer e identificar esta patologia para que possa ser confrontada com outros diagnósticos diferenciais como a Doença Trofoblástica Gestacional.

Caso: Mulher de 36 anos, saudável, 3G 1 cesariana e 1 interrupção médica da gravidez (IMG) por trissomia 21. Um mês depois da IMG deu entrada no Serviço de Urgência por hemorragia genital moderada. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável. O estudo analítico realizado demonstrou hemoglobina de 12g/dL e beta-hCG de 169 mUI/mL. Foi realizada ecografia transvaginal que demonstrou imagem intrauterina heterogénea com sinal doppler exuberante e dimensões aproximadas de 40 x 26 mm sugestiva de pólipo placentar. Durante a avaliação, a hemorragia intensificou-se com subsequente compromisso hemodinâmico e queda de 4 g de hemoglobina. Foi realizado tamponamento vaginal para estabilização e foram pedidos angiografia e angioTC que demonstraram presença de malformação arteriovenosa associada ao pólipo placentar já visualizado. Por este motivo foi realizada embolização da artéria uterina direita para controlo do quadro hemorrágico agudo.

Após discussão clínica e revisão da escassa literatura foi iniciada terapêutica com 40 mg de relugolix, 1 mg de estradiol e 0,5 mg de acetato

de noretisterona (Ryego) 1 vez por dia durante 6 semanas. Durante esse período a lesão regrediu totalmente sem novos episódios hemorrágicos e com excelente tolerância. A utente retomou ciclos regulares e teve uma nova gestação ao fim de seis meses.

Conclusão: Os pólipos placentares associados a MAV podem manifestar-se de forma particularmente grave com quadros de hemorragia vaginal aguda abundante. O seu diagnóstico diferencial é desafiante dada a raridade da patologia e as distintas formas de apresentação clínica. Tendo em conta o desejo de manter fertilidade futura, o tratamento com antagonistas da GnRh parece ser uma excelente opção terapêutica com bom perfil de segurança e tolerância dado que potencia um ambiente hipoes-trogénico com conseqüente regressão do tipo de lesões descritas.

PO 13

DA SINTOMATOLOGIA GASTROINTESTINAL AO DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA DO OVÁRIO: CASO CLÍNICO

Andreia Filipe¹; Márcia Fonseca¹; Elvira Peres¹

¹Unidade de Saúde Familiar Santa Maria - Tomar

Introdução: A neoplasia do ovário é uma das principais causas de morte por malignidade ginecológica. Esta patologia é diagnosticada, maioritariamente, em mulheres com idade superior a 50 anos, sendo, frequentemente, assintomática na sua fase inicial. Os sintomas surgem, habitualmente, num estadio mais avançado da doença, podendo incluir queixas gastrointestinais. Perante a suspeita de neoplasia do ovário, deve ser iniciada uma adequada investigação de forma a excluir a presença de malignidade.

Descrição do caso: Mulher de 28 anos, nítida, com antecedentes familiares de neoplasia maligna da mama, tiróide e laringe, recorre a consulta por queixas de enfartamento, distensão abdominal e obstipação com dois meses

de evolução. Ao exame físico objetivou-se aumento ponderal de 6 kg, abdómen globoso com palpação de uma massa dolorosa e de consistência dura nos quadrantes superiores. Fez ecografia abdominal que demonstrou pequena quantidade de líquido ascítico e volumosa lesão multiquística ocupando a cavidade abdominal e pélvica, sugestiva de massa anexial. Realizou ecografia ginecológica que revelou formação multiquística de 20 cm, com septações grosseiras internas na região anexial esquerda e derrame peritoneal heterogéneo na escavação pélvica com espessamento irregular do peritoneu, tendo-se solicitado consulta urgente de Ginecologia. Efetuou TC toraco-abdomino-pélvica, onde se destaca massa anexial esquerda com 20 cm, ascite, carcinomatose peritoneal e omental *cake*. Analiticamente, apresentava ligeira trombocitose e elevação do CA-125. Foi submetida a laparoscopia eletiva diagnóstica, com necessidade de conversão para laparotomia com anexectomia esquerda, apendicectomia e omentectomia parcial após verificação peri-operatória de volumosa formação quística no ovário esquerdo e líquido ascítico do tipo mucinoso. O exame histológico foi compatível com cistoadenoma mucinoso do ovário, sem outras alterações.

Conclusão: O cistoadenoma mucinoso do ovário é um tumor epitelial raro, geralmente unilateral, de grandes dimensões e, frequentemente, benigno. A abordagem diagnóstica é efetuada com base na anamnese, exame físico, ecografia pélvica, determinação de marcadores tumorais e TC abdomino-pélvico com estudo torácico. O tratamento preconizado é cirúrgico com respetivo estadiamento, seguido de quimioterapia, quando indicado. Recomenda-se que a decisão terapêutica seja individualizada e discutida em equipa multidisciplinar.

PO 14

ACHADOS MAIS FREQUENTES DE ENDOMETRIOSE EM ECOGRAFIA GINECOLÓGICA – CASUÍSTICA DO HOSPITAL DE FARO

Ana Margarida Mourato¹; Dinis Mateus¹;
Ana Rita Mateus¹; Rita Lobo¹; Vera Ribeiro¹;
Fernanda Vilela¹; Rita Martins¹; Tatiana Leite¹;
Ana Casquilho¹; Maria Carmo¹; João Dias¹
¹CHA FARO

Introdução: A endometriose é uma doença caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Os exames de imagem mais utilizados para a sua confirmação diagnóstica são a ecografia transvaginal e a ressonância magnética. A ecografia é o exame de 1.ª linha, pela fácil acessibilidade, inocuidade e baixo custo. Consegue identificar lesões propriamente ditas, evidenciadas como nódulos ou espessamentos em estruturas atingidas, bem como sinais indiretos de comprometimento pélvico, através da avaliação da mobilidade dos órgãos pélvicos.

Objetivos: Analisar os achados de endometriose mais frequentemente identificados em ecografia ginecológica.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos com suspeita de endometriose, avaliados no Sector de Ecografia Ginecológica do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro, de 2020 a 2022, tendo-se obtido 38 casos.

Resultados e conclusões: Nas ecografias analisadas, foram identificados sinais diretos e indiretos de endometriose, nomeadamente: Endometrioma em 31.6% (12); *Kissing ovaries sign* em 18.4% (7); *Hematossalpinge* em 7.9% (3); *Hidrosalpinge* em 2.6% (1); Implantes peritoneais com menos de 5 mm profundidade em 18.4% (7); Nódulos com mais de 5mm profundidade em 47.4% (18); Focos de endometriose nos ligamentos útero-sagrados em 60.5% (23); Focos de endometriose nos ligamentos redondos em 2.6% (1); Focos de endometri-

se no septo retovaginal em 21.1% (8); Atingimento, com repuxamento, de ansas intestinal em 18.4% (7); Afeção da bexiga em 0, ureteres em 2.6% (1), vagina em 10.5% (4), reto em 10.5% (4); Adenomiase em 52.6% (20); *Indian headdress sign* em 31.8% (12); Nódulos no tórus em 7.9% (3). Verificou-se *sliding sign* negativo bilateralmente em 48.6% e imobilidade dos anexos em 58.3% dos casos analisados. Com este trabalho conclui-se que: os achados ecográficos sugestivos de endometriose mais frequentemente identificados são focos de endometriose nos ligamentos útero-sagrados e no septo retovaginal, nódulos com mais de 5mm profundidade e endometriomas; verificou-se *sliding sign* negativo bilateralmente em quase metade dos casos e imobilidade dos anexos em mais de metade; adenomiase está concomitantemente presente em cerca de metade dos casos; em 87% dos casos objetivaram-se mais do que um achado sugestivo de endometriose; em 8% não se identificaram sinais sugestivos de endometriose.

PO 15

COMPARAÇÃO ENTRE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA SUSPEITA CLÍNICA DE ENDOMETRIOSE

Ana Margarida Mourato¹; Dinis Mateus¹;
Rita Mateus¹; Rita Lobo¹; Vera Ribeiro¹;
Fernanda Vilela¹; Rita Martins¹; Tatiana Leite¹;
Ana Casquilho¹; Maria Carmo¹; João Dias¹
¹CHA FARO

Introdução: A endometriose é uma doença crónica, com apresentação variável, desde assintomática, com progressão insidiosa, a dor abdominopélvica intensa ou sintomatologia em órgãos à distância. Para o diagnóstico, a ecografia transvaginal é o exame de 1.ª linha, sendo a ressonância magnética pélvica (RM) frequentemente realizada como método adicional em casos de endometriose complexa ou com sintomatologia típica, sem alterações ecográficas.

Objetivos: Correlacionar achados ecográficos de endometriose, com as respetivas imagens obtidas em ressonância magnética pélvica.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos de endometriose, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro, de 2020 a 2022, que realizaram ecografia, seguida de RM, para diagnóstico ou melhor caracterização dos achados ecográficos sugestivos de endometriose, tendo-se obtido 28 casos.

Resultados e conclusões: Foram identificados, em RM, sinais de endometriose previamente descritos em ecografia e, em outros casos, foram identificados achados de novo. Foram identificados, em ecografia, os seguintes sinais indiretos de endometriose, posteriormente confirmados em RM: 6 endometriomas; 2 implantes peritoneais com < 5mm de profundidade; 5 nódulos com >5mm de profundidade; 2 nódulos no tórus; 14 focos de endometriose nos ligamentos útero-sagrados; 1 foco de endometriose nos ligamentos redondos; 1 atingimento de ansas intestinais; 2 atingimentos da vagina; 2 afeções do reto; 3 atingimento do septo retovaginal; 8 sinais de adenomiase. Verificou-se *sliding sign* negativo em 12 casos e imobilidade dos anexos em 15.

Em alguns casos, a RM acrescentou informações, com deteção de achados não identificados em ecografia, nomeadamente: 7 endometriomas (tempo médio entre exames de 5 meses); 3 *Hematossalpinges*; 6 implantes peritoneais com < 5mm de profundidade; 7 nódulos com >5mm de profundidade; 8 nódulos no tórus; 5 focos de endometriose nos ligamentos útero-sagrados; 1 focos de endometriose nos ligamentos redondos; 2 atingimentos de ansas intestinais; 1 afeção da bexiga; 2 atingimentos da vagina, 10 do reto e 2 do septo retovaginal; 5 sinais de adenomiase.

O tempo médio entre ecografia e RM foi 4,6 meses. Em 18 casos a RM foi realizada após terapêutica médica.

Conclui-se, assim, que a ecografia e a RM são exames complementares entre si, sendo que a expertise do observador é fundamental para aumentar a correlação entre exames e para aumentar as taxas de diagnóstico, sem procedimentos invasivos.

PO 16

CORRELAÇÃO ENTRE O MOTIVO DA REQUISIÇÃO E OS ACHADOS NAS HISTEROSCOPIAS DIAGNÓSTICAS

Ana Margarida Mourato¹; Dinis Mateus¹;
Rita Mateus¹; Vera Ribeiro¹; Fernanda Vilela¹;
Rita Martins¹; Tatiana Leite¹; Ana Casquilho¹;
Maria do Carmo¹; João Dias¹

¹CHA FARO

Introdução: A histeroscopia é um exame de diagnóstico, e por vezes terapêutico, minimamente invasivo. Consiste na observação direta da cavidade uterina, através de um sistema ótico fino, idealmente por vaginoscopia, ultrapassando o colo do útero e visualizando a cavidade uterina. Quando indicado, permite a realização de biópsias dirigidas e exérese de pequenos pólipos.

Objetivos: Correlacionar os motivos das requisições de histeroscopia diagnóstica (HSD), baseados na história clínica, exame objetivo e/ou ecografia ginecológica, e os achados identificados na respetiva HSD.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos submetidos a HSD no Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro, em 2022, tendo-se obtido 113 casos.

Resultados e conclusões: Dos casos submetidos a HSD, 56 tinham história de hemorragia uterina anormal (HUA), dos quais 55,4% apresentavam alterações ecográficas: 60,7% (34) espessamento endometrial (EE), 33,9% (20) suspeita de pólipo endometrial (PE) e 5,4% (3) suspeita de mioma submucoso (MS). Dos 57 casos sem HUA, o motivo de HSD foi: 54,4% (31) EE; 24,6% (14) suspeita de PE; 3,5% (2) suspeita de MS; 12,3% (7) infertilidade; 3,5%

(2)DIU retido; 1,8% (1)retenção de restos ovulares pós-parto vaginal. A HSD foi inconclusiva em 13,3% dos casos por não progressão do histeroscópio, por estenose cervical ou intolerância da utente, pelo que só foram avaliados 98 casos. Após a realização das HSD concluiu-se: 30,6% (30) não se objetivaram alterações; 25,5% (25) confirmou-se a suspeita diagnóstica (2 DIU retido; 3 suspeita de MS; 20 suspeita de PE); 39,8% foi possível identificar a causa do EE (33 PE e 6 PE+MS); 2% foi possível identificar a causa de HUA ou infertilidade, ambas sem alterações ecográficas prévias (2PE); 2% o diagnóstico foi diferente da hipótese diagnóstica inicial (2 suspeitas de PE, eram MS). Com este trabalho depreendeu-se que a histeroscopia é um meio complementar diagnóstico, maioritariamente requisitado por HUA, EE ou suspeita de PE e/ou MS, tendo permitido: excluir patologia endometrial macroscópica em 30,6% dos casos; confirmar suspeita diagnóstica em 25,5% casos; diagnosticar nos restantes 43,9%.

PO 17

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL E FUNÇÃO TIRÓIDEIA

Liliana Perpétuo¹; Inês Costa Santos¹;
Mafalda Barros¹; Patrícia Amaral¹

¹Hospital Fernando Fonseca

Introdução: São variadas as etiologias responsáveis por hemorragia uterina anormal, incluindo causas estruturais e não estruturais. As hormonas tiroideias interagem com recetores presentes nos órgãos reprodutores femininos e podem afetar o ciclo menstrual de forma direta ou através do seu efeito sobre outras hormonas. Deste modo, quadros de hipertiroidismo ou hipotiroidismo podem causar distúrbios da ovulação e alterações do padrão menstrual, incluindo hemorragia uterina anormal. Estas situações ocorrem com maior frequência nos casos de hipotiroidismo.

Descrição do caso: Uma mulher de 45 anos recorreu à Urgência por perdas hemáticas va-

ginais abundantes e lipotimia. A doente referia ciclos menstruais regulares mas com aumento do fluxo nos últimos meses.

Em relação aos antecedentes pessoais, a doente apenas hipotiroidismo, sendo que a utente não cumpria a medicação há alguns meses. Em termos de contraceção, utilizava método de barreira.

Na avaliação inicial encontrava-se hipotensa, pálida e com lentificação psicomotora. Foi observada a presença de vários coágulos na vagina. A avaliação analítica revelou um valor de hemoglobina de 3,5g/dL e de TSH de 138mUI/L, com T4 livre 0.36ng/dL e T3 livre 1.19pg/mL. O estudo posterior demonstrou tratar-se de anemia ferropénica. A ecografia ginecológica revelou um adenomioma na parede anterior com 18x13mm, não se identificando outras alterações. O endométrio apresentava 14mm de espessura.

A doente foi internada e realizou transfusão sanguínea, com um total de 5 unidades de concentrado eritrocitário. Realizou ainda suplementação com ferro endovenoso e terapêutica com ácido tranexâmico em esquema e reiniciu levotiroxina. Verificou-se controlo hemorrágico e progressiva melhoria dos parâmetros analíticos. Foi efetuada biópsia do endométrio que identificou mucosa endometrial de morfologia glandular proliferativa. Não se documentou hiperplasia ou atipia glandular.

A doente teve alta medicada com levotiroxina 100 mcg, ferro oral e desogestrel.

Conclusão: Tendo em conta os achados ecográficos, anatomo-patológicos e analíticos, com alteração da função tiroideia com um valor de TSH significativamente superior ao normal, considerou-se que o mais provável é que este padrão de hemorragia uterina anormal tenha sido agravado ou mesmo desencadeado pela descompensação da função tiroideia sendo que este caso corresponde a um extremo, pois, conduziu a uma anemia grave.

PO 18

CRIOPRESERVAÇÃO E AUTOTRANSPLANTES DE TECIDO OVÁRICO COMO FORMA DE TERAPIA HORMONAL DA MENOPAUSA

José Alberto Moutinho¹; Inês Pinto Veloso²

¹Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã; ²Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Introdução: A criopreservação e autotransplante de tecido ovárico, que tem sido usada tanto para o tratamento dos sintomas da menopausa como para a restauração da fertilidade e indução da puberdade apresenta-se, atualmente, como uma oportunidade terapêutica para os sintomas da menopausa por, possivelmente, respeitar a normal fisiologia hormonal da mulher, sendo menos suscetível a efeitos secundários, quando comparada com a terapia hormonal da menopausa (THM).

Este procedimento pode ser implementado de duas formas distintas: o transplante ortotópico, que implica a implantação de tecido ovárico no local de origem ou na cavidade pélvica; e o transplante heterotópico, ou seja, fora da cavidade pélvica, o qual permite um fácil acesso ao excerto, risco cirúrgico inferior e capacidade melhorada de recolha de tecido cortical, sendo o método com melhor aceitabilidade para terapia hormonal da menopausa.

Objectivos: O principal objetivo deste trabalho foi o de determinar a eficácia da criopreservação e posterior transplante de tecido ovárico no tratamento dos sintomas vasomotores, quando usado como THM na prática clínica atual e num futuro próximo.

Material e métodos: Foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica, com recurso à plataforma PubMed, durante outubro de 2022 a janeiro de 2023.

Resultados e conclusões: Foi possível determinar que o transplante de tecido ovárico criopreservado permite a restauração da função endócrina na maioria dos casos, de forma mais

fisiológica, e o seu efeito hormonal pode durar até 10 anos, no entanto o excerto necessita de ser substituído regularmente. Durante os processos de recolha de tecido, transplantação e revascularização, parte da reserva folicular é perdida por processos de isquemia, o que pode explicar a fraca durabilidade dos retalhos. De forma a reduzir estes danos, têm sido usados tratamentos adjuvantes com VEGF e a S1F, que permitem aumentar a densidade vascular e acelerar o processo de revascularização, com resultados promissores.

Apesar de ser uma solução mais fisiológica, esta técnica é dispendiosa e invasiva e, por isso, só está indicada em casos específicos. A população ideal para este procedimento são mulheres que tenham sido submetidas previamente a cirurgia ovárica por patologia benigna. Está em investigação a possibilidade de recolha de tecido ovárico durante as cesarianas, para futura utilização na menopausa

PO 19

SÍNDROME DE ASHERMAN E AMENORREIA SECUNDÁRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Solinho¹; Ana Filipa Maia¹;
Ana Carolina Rocha¹; Vera Santos Loureiro¹
¹Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A amenorreia secundária caracteriza-se pela ausência de menstruação por mais de 3 meses em mulheres com ciclos regulares, ou por mais de 6 meses em mulheres com ciclos irregulares. Destacam-se como principais causas de amenorreia secundária a gravidez e disfunções do eixo hipotálamo-hipófise-ovário. As causas uterinas são pouco frequentes, constituindo 7% dos casos. A síndrome de Asherman, caracterizada por sinéquias intrauterinas associadas a um quadro clínico de infertilidade ou amenorreia, é a única causa uterina responsável por amenorreia secundária. As aderências intrauterinas são uma condição pouco frequen-

te, no entanto, estão presentes em 21,5% das mulheres com história de curetagem uterina pós-parto.

Descrição do caso: Mulher de 33 anos, G1P1, história de parto distócico por ventosa há 3 anos com curetagem uterina pós-parto por retenção de restos placentares. Sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Foi referenciada à consulta de Ginecologia Geral por história de amenorreia secundária com 3 anos de evolução. Foram descartados gravidez, distúrbios alimentares, alterações de peso ou exercício físico excessivo. Ao exame físico, não foram identificadas alterações de relevo, inclusive sinais de acne ou hirsutismo. Foi requisitado estudo hormonal (FSH, E2, PRL e função tiroideia), também sem alterações. A ecografia ginecológica revelou útero em anteversão com 65 x 36 x 43 mm, endométrio heterogéneo com 7,6 mm e com imagens sugestivas de sinéquias intracavitárias, sem alterações anexiais. Posteriormente, foi realizada histeroscopia que confirmou presença de múltiplas aderências intracavitárias; foi feita adesiólise por histeroscopia mecânica sem intercorrências. No mês seguinte à realização de histeroscopia, a doente menstruou. Foi medicada com um ciclo de 30 dias de estrogénios, associado a terapêutica progestativa nos últimos 10 dias, para prevenção de recorrências.

Conclusão: Uma história clínica detalhada pode fornecer pistas essenciais para um diagnóstico preciso. Além disso, na abordagem inicial de qualquer patologia, as etiologias menos frequentes não devem ser descuradas. Com este caso clínico, os autores pretendem relembrar que, apesar de rara, a Síndrome de Asherman pode ser uma causa de amenorreia secundária.

PO 20

ABCESSO TUBO-OVÁRICO E DESEJO DE FERTILIDADE FUTURA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Martins Solinho¹; Ana Sofia Domingues¹;
Ana Filipa Maia¹; Ana Carolina Rocha¹;
Ana Rita Vicente¹

¹Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: Um abcesso tubo-ovárico (ATO), traduz uma massa inflamatória que envolve as trompas de Falópio, ovários e ocasionalmente outros órgãos pélvicos adjacentes. O ATO constitui, na maioria dos casos, uma complicação de doença inflamatória pélvica, e a sua incidência parece estar a aumentar. Está presente maioritariamente em mulheres em idade reprodutiva, sendo mais prevalente entre os 15 e os 40 anos. Tradicionalmente, as taxas de gravidez em mulheres com história de ATO são estimadas em 15% ou menos.

Descrição do caso: Puérpera de 25 anos, sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Antecedentes obstétricos: 1G1P parto eutócico há 10 dias. Recorre ao SU por febre e algias pélvicas com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo, a utente encontrava-se febril (38.4°C). À observação verificaram-se lóquios com aspeto purulento, útero doloroso à mobilização e dor à palpação profunda na fossa ilíaca direita. A ecografia ginecológica revelou útero em anteverção com 122 x 63 x 99 mm, linha endometrial fina, ovário esquerdo sem alterações e uma formação multilocular na região anexial direita com 82 x 43 x 62 mm, sugestiva de abcesso tubo-ovárico. O estudo analítico apresentou parâmetros inflamatórios aumentados. A utente foi internada e medicada com antibioterapia. Em estudo complementar com TAC foi confirmada a presença de hemato-*Hidrosalpinge* e também a presença de ileíte terminal. Durante o internamento houve melhoria do estado clínico e dos parâmetros inflamatórios; em reavaliação ecográfica mantinha formação anexial, mas de

menores dimensões. A utente teve alta medicada com antibioterapia oral. Em reavaliação ecográfica após o internamento, visualizou-se formação quística multilocular localizada a região anexial direita 90 x 53 x 64 mm. Foi proposta laparoscopia exploradora onde se constatarem ovários normais, múltiplas aderências na região anexial direita e massa para-ovárica de 7 cm, que foi excisada. Foi realizada prova de cromotubação das trompas com azul de metileno, estando ambas permeáveis. Dois meses após cirurgia, a utente mantém-se assintomática e manifesta desejo de fertilidade futura.

Conclusão: No que diz respeito à incidência de infertilidade após as diferentes abordagens terapêuticas dos abcessos tubo-ováricos, os dados existentes são limitados. Um artigo de revisão que comparou taxas de gravidez espontânea e complicações associadas a cada opção terapêutica, mostrou que o tratamento médico associado a uma abordagem laparoscópica nas primeiras 24h, estava associado a baixas complicações e taxas superiores de gravidez futura. No entanto, os algoritmos disponíveis não apresentam uma conduta específica para mulheres com desejo de gravidez futura. Assim sendo, a decisão entre abordagem conservadora e cirúrgica continua controversa, devendo ser avaliada caso a caso.

PO 21

ISTMOCELO: CORREÇÃO CIRÚRGICA POR VIA ENDOSCÓPICA

Ana Beatriz de Almeida¹; Ângela Encarnação Silva²;
Inês Alençoo¹; Susana Carvalho¹;

Rosa Zulmira Macedo¹
¹CMIN-CHUdSA; ²CHMA

O istmocele constitui um defeito da cicatriz de cesariana e define-se como uma indentação do miométrio no local da histerotomia com ≥ 2 mm de profundidade. A correção do istmocele visa restaurar a anatomia uterina normal e melhorar os sintomas associados, entre os quais se

destacam a hemorragia uterina anormal, a dor pélvica cíclica e a infertilidade secundária. Apresentamos o caso de uma paciente de 38 anos, 2G1P (1 cesariana e 1 abortamento) e história de infertilidade secundária de 6 anos, com um istmocelo de 14mm e miométrio residual (MR) de 2 mm. Esta foi submetida a correção de istmocelo por via laparoscópica com controlo por histeroscopia, o que permitiu a identificação do defeito por transluminação, para posterior excisão do tecido fibrótico e resutura laparoscópica.

O tempo cirúrgico total foi de 74 minutos. A paciente teve alta hospitalar 48 horas pós-operatório, não havendo registo de complicações perioperatórias.

Com este vídeo pretendemos demonstrar a técnica cirúrgica de correção de istmocelo, sendo que a laparoscopia constitui a abordagem preferencial nas mulheres sintomáticas e em situações de futuro desejo reprodutivo, quando o MR < 3 mm.

PO 22

GRAVIDEZ HETEROTÓPICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Margarida Pavao¹; Gisela Almeida¹;
Luísa Andrade Silva¹; Ana Paula Teixeira¹;
Alfredo Teixeira²

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo ²Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A gravidez heterotópica é um evento raro (1/30.000 gravidezes) caracterizado pela existência de gravidez ectópica e intrauterina. Ocorre raramente após a concepção espontânea e pode ser fatal. O seu diagnóstico precoce é difícil, acontecendo frequentemente após rotura da gestação extrauterina/ ectópica.

Descrição do caso: 27 anos, saudável, IO: 2022 (2 PTE e 2 IVG), sem contraceção hormonal, iniciou quadro de algias pélvicas associado a HUA intermenstrual com 2 dias de evolução, que motivou ida a SU. Recorreu a contraceção

de emergência 14 dias antes deste episódio. Ao exame objetivo: hemodinamicamente estável, abdómen com dor à palpação na fossa ilíaca esquerda e reação peritoneal. Observação ginecológica: exocolo sem lesões aparentes, com perda hemática vaginal ativa, em quantidade escassa. Útero pouco móvel e muito doloroso à mobilização. Fez ecografia transvaginal: útero em anteversão com 102 x 59 x 65 mm com textura homogénea. Na cavidade endometrial visualizava-se saco gestacional ocupado com finos debrís e placa ecogénica amorfa de 14 mm sem batimentos cardíacos, assumido como embrião em degenerescência. Ovário direito com 55 x 34 x 32 mm ocupado por formação quística pura que sugeria corpo lúteo. No anexo direito observa-se grande quantidade de coágulos e líquido livre com cerca de 200cc no espaço de Morrison. Ovário esquerdo retrouterino de difícil limitação devido a coágulos. Analiticamente: B-hCG de 2475 e hemoglobina de 11g/L. Foi decidido realização de laparotomia exploradora por quadro de abdómen agudo. Intraoperatóriamente destacavam-se os seguintes achados: útero aumentado de dimensões; trompa de Falópio esquerda edemaciada com ponto hemorrágico ativo; cavidade abdominal com 200 cc de sangue o que levantou a suspeita de gestação heterotópica com gravidez intrauterina não evolutiva. Procedeu-se a salpingectomia esquerda. Posteriormente realizou-se revisão da cavidade uterina por aspiração com saída de coágulos e produto sugestivo de gestação do primeiro trimestre. Resultado do estudo anátomo-patológico compatível com gestação ectópica e com retenção intrauterina de produtos de concepção do primeiro trimestre. Teve alta ao terceiro dia pós-operatório e após colocação de implante progestativo subcutâneo.

Conclusão: A gravidez heterotópica deve ser considerada um diagnóstico diferencial numa grávida com abdómen agudo. A ecografia é o método complementar preferencial para o seu

diagnóstico. As gestações eutópicas encontradas nas gravidezes heterotópicas têm maior risco de aborto espontâneo quando comparadas com gravidezes eutópicas isoladas.

PO 23

HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM MORCELADOR HISTEROSCÓPICO – UMA NOVA ERA?

Carolina Moura¹

¹CHUdSA

A histeroscopia cirúrgica é considerada o procedimento de eleição para remoção de patologia benigna envolvendo a cavidade endometrial, muito em parte graças a sua baixa morbilidade e elevada eficácia para curtos tempos cirúrgicos. Nos últimos anos, a energia bipolar tem vindo a sobrepor-se aos instrumentos mecânicos (pinças e tesouras) na grande maioria dos procedimentos histeroscópicos, apesar dos riscos térmicos e reduzida visibilidade inerentes à mesma. A morcelação por histeroscopia surgiu recentemente como técnica alternativa à ressetoscopia, associando-se a uma redução do tempo cirúrgico e, conseqüentemente, menor déficit de fluido, consolidando-se na atualidade como um instrumento de elevada eficácia e baixa taxa de complicações cirúrgicas. O vídeo apresentado demonstra a remoção de um pólipó endometrial séssil, com cerca de 20 mm de maior diâmetro, sem intercorrências cirúrgicas, com alta 4 horas findo procedimento.

PO 24

A INFLUÊNCIA DA AUTO-IMAGEM GENITAL NA FUNÇÃO SEXUAL DA MULHER

Sara Dias Leite¹; Susana Costa²; Joana Lyrã²;

Joana Lima²

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;

²Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A função sexual é um processo fisiológico complexo influenciado por diversos fatores.

A mulher aprende muito precocemente um conceito de “beleza genital”, com potencial impacto negativo na sua auto-estima e função sexual.

Objetivos: Avaliar a auto-imagem genital da mulher e a sua relação com a função sexual.

Material e métodos: Estudo transversal no qual foi aplicado um questionário com dados demográficos, Female Genital Self-Image Scale (FGSIS) e Female Sexual Function Index 6 (FSFI-6), a mulheres adultas, divulgado nas redes sociais.

Resultados e conclusões: Obtiveram-se 397 respostas. A idade das participantes variou entre 18 e 74 anos (mediana 33 anos), estando a maioria (88,1%; n = 347) numa relação estável. A totalidade das inquiridas considera a satisfação com a vida sexual muito importante ou importante para a relação e 95,9% para o seu bem-estar. No entanto, 72 mulheres (18,5%) não estão satisfeitas com a vida sexual em geral e 125 mulheres (32,5%) com a sua frequência sexual. Do grupo insatisfeito com a vida sexual, apenas 16 (22,2%) procuraram ajuda profissional para abordar o problema, mais frequentemente com o ginecologista.

Quanto à auto-imagem genital, 7,4% (n = 29) refere não se sentir bem em relação aos seus genitais, 13,2% (n = 52) não estão confortáveis com a visualização dos genitais pelos parceiros, 24,5% (n = 96) sente incómodo com o seu odor e 9,2% (n = 36) com o seu funcionamento.

Comparativamente às mulheres em idade fértil, as mulheres após a menopausa apresentam uma auto-imagem genital negativa (definida por pontuação FGSIS < 21,8, de acordo com a literatura) significativamente superior (63,6% vs 34,8%; p = 0,001). As mulheres com experiências sexuais indesejadas (10,6%, n = 42) apresentam mais frequentemente auto-imagem genital negativa (50% vs 35,3%; p = 0.06).

Quando comparadas mulheres com auto-imagem genital negativa com mulheres com auto-imagem genital positiva, verifica-se que o

primeiro grupo apresenta mais frequentemente disfunção sexual (diagnóstico baseado na pontuação FSFI-6 < 20, de acordo com a literatura), com significado estatístico (26,4% vs 17,5%; $p < 0,05$). As mulheres desconfortáveis com a genitalia têm 1,7 vezes maior probabilidade de ter disfunção sexual comparativamente às mulheres com auto-imagem genital positiva.

Concluindo, a maioria das participantes sente-se confortável com os seu genitais. A menopausa e as experiências sexuais indesejadas podem ser fatores de risco para uma percepção negativa da auto-imagem genital feminina. A auto-imagem genital feminina tem um impacto significativo na função sexual feminina, sendo um fator de risco para a disfunção sexual. A educação sexual, com ensino e clarificação da diversidade anatômica dos genitais femininos, são essenciais para a saúde sexual feminina.

PO 25

ESTARÁ O LÍQUEN ESCLEROSO ASSOCIADO A ALTERAÇÕES OBSTRUTIVAS DO FLUXO URINÁRIO?

Sara Dias Leite¹; Andreia Fontoura Oliveira²; Ana Lopes³; Claudia Marques⁴; Bercina Candoso⁴
¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;
²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro; ³Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António; ⁴Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: O líquen escleroso (LE) é uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida, com atingimento preferencial da região anogenital. Tem um grande impacto na vida dos doentes, havendo escassez de informação relativamente às complicações urinárias estruturais e obstrutivas nas mulheres.

Objetivos: Avaliar o fluxo urinário das mulheres com LE, identificando a taxa de obstrução urinária na população em estudo.

Material e métodos: Estudo de coorte prospectivo com análise descritiva e bivariada. Foi

avaliada uma amostra de conveniência de mulheres com seguimento atual em consulta de Patologia do Trato Genital Inferior do Centro Materno Infantil do Norte por LE. Foram submetidas a urofluxometria e a questionário baseado no *International Prostate Symptom Score* (IPSS). Definiu-se como grupo de controlo mulheres submetidas a urofluxometria com incontinência urinária de esforço sem LE.

Resultados e conclusões: Identificaram-se 102 doentes com LE; excluíram-se 33 por não cumprirem critérios de inclusão.

Analisaram-se 86 traçados de urofluxometria, 43 do grupo com LE e 43 do grupo controlo.

No grupo do LE, a idade média foi de 62,37 anos. O tempo médio decorrido desde o diagnóstico de LE foi $5,70 \pm 5,11$ anos. No grupo controlo, a idade média das doentes foi de 55,74 anos.

Na urofluxometria não se verificou diferença no número de estudos alterados (41,9% vs 39,5%; $p = 1,00$), no tipo de curva contínua (89,7% vs 81,4%) vs intermitente (10,3% vs 18,6%; $p = 0,360$). O padrão mais frequentemente encontrado foi em campânula em ambos os grupos (58,1% vs 60,4%), destacando-se que o padrão em planalto ocorreu em 20,9% no grupo com LE, podendo sugerir obstrução urinária.

Na análise quantitativa, não houve diferença significativa no valor médio da taxa de fluxo máximo (Q_{máx}) ($23,30 \pm 9,48$ vs $25,70 \pm 26,56$ mL/s; $p = 0,579$) e no volume urinado ($308,37 \pm 175,42$ vs $261,63 \pm 120,47$ mL; $p = 0,077$). No entanto, o grupo com LE apresentou um volume residual superior ao do grupo controlo, estatisticamente significativo ($20,81 \pm 26,23$ vs $7,60 \pm 19,83$ mL; $p = 0,005$).

No questionário baseado no IPSS aplicado às mulheres com LE, 23 (56,10%) pontuaram entre 0-7, indicativo de sintomas urinários ligeiros, 16 (39,10%) pontuaram entre 8-19, indicativo de sintomas moderados e 2 (4,80%) pontuaram entre 20-35, indicativo de sintomas graves.

Concluindo, o LE é principalmente debilitante pelos processos associados de cicatrização e estenose, com potenciais complicações urinárias. Um número não desprezível das mulheres estudadas apresentaram alterações urofluxométricas potencialmente sugestivas de obstrução urinária e sintomas urinários, devendo-nos alertar para a eventual necessidade de seguimento uroginecológico nesta população.

PO 26

EXPULSÃO ESPONTÂNEA DE REDE TRANSOBTURADORA

Rita Dunkel¹; Bercina Cadoso²

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; ²Hospital dos Lusíadas Porto

Introdução: A utilização de *slings* colocados sob a uretra média é a terapêutica de primeira linha no tratamento da incontinência urinária de esforço. Apesar de pouco frequentes, esta cirurgia pode estar associada a complicações minor relacionadas com a colocação de uma rede, como seja a infeção da mesma ou a sua rejeição com a necessidade de remoção, assim como o risco de erosão de órgãos adjacentes como a vagina ou a uretra.

Descrição do caso: Mulher de 48 anos, com queixas de incontinência urinária de esforço foi submetida a cirurgia corretora de incontinência, com rede transobturadora (TOT). Na consulta do pós-operatório, apresentava boa evolução cicatricial, tanto da pele como da mucosa, sem sinais de deiscência ou extrusão da rede e com resolução dos sintomas de incontinência.

Cerca de três meses após a cirurgia, na região inguinal, perto da cicatriz de saída da rede, a utente detetou abertura de pequeno orifício com drenagem serosa, que evoluiu com sinais inflamatórios locais, tendo iniciado antibioterapia. Cerca de um mês depois, o orifício encontrava-se cicatrizado, mas ainda com sinais inflamatórios discretos. Cerca de 10 dias após cicatrização, surgiu um pontilhado branco

nessa mesma zona, sugestiva de pús. Voltou a iniciar antibioterapia dupla, sendo que três dias depois expulsou, espontaneamente, pelo orifício que entretanto reabriu, um corpo estranho, correspondente a cerca de um terço da rede. Dois meses após expulsão da rede, a utente detetou abertura de novo orifício, ipsilateral, com drenagem serosa, que entretanto cicatrizou.

Durante todo este processo, encontrou-se assintomática, apirética e sem outros sintomas sistémicos de infeção. Apesar da expulsão da rede, a utente mantém-se sem queixas de incontinência urinária de esforço.

Conclusão: Infeções graves e formação de fistulas podem ocorrer após este procedimento cirúrgico, mesmo após vários anos, sendo fundamental alertar as mulheres para os sintomas associados. A evolução para abscesso da anca e fascíte necrozante do períneo apesar de muito rara, pode ser rápida e catastrófica. A expulsão intacta da rede pelo trajeto fistuloso é também um evento raro, mas possível.

PO 27

LEIOMIOMAS DO TRATO GENITAL ASSOCIADOS A SINDROMES GENÉTICAS – FUMARATO HIDRATASE DEFICIENTE

Flávia G. Vicente¹; Carolina Smet²; Filipa Osório³

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ²Hospital de São Francisco Xavier; ³Hospital da Luz Lisboa

Introdução: Os leiomiomas são tumores benignos muito frequentes, sendo a forma fusiforme clássica a identificada em 98-99% dos casos. No entanto, 1 a 2% das massas uterinas inicialmente classificadas como leiomiomas são posteriormente reclassificadas como variantes de leiomioma.

Existe um largo espectro de variantes de leiomioma – tumores de músculo liso de potencial maligno incerto; leiomiomas com crescimento disseminado, intravascular ou metastático; e leiomiomas do trato genital associados a distúrbios genéticos.

A deficiência de fumarato hidratase (FH) é uma das alterações genéticas associadas a leiomiomas atípicos, que se apresentam geralmente em mulheres mais jovens e têm um crescimento mais rápido que os leiomiomas típicos.

A deficiência de FH pode ser um evento esporádico, ou ser a manifestação de um distúrbio autossômico dominante (leiomiomatose hereditária e carcinoma de células renais [LHCCR]). Sempre que há um diagnóstico de deficiência de FH a avaliação em consulta de genética médica está indicada.

Apresentamos dois casos de leiomioma FH deficiente – um que se veio a revelar como uma alteração esporádica e outro que correspondeu a uma LHCCR.

Descrição do caso: No primeiro caso – Uma mulher com 26 anos foi referenciada por uma massa pélvica de crescimento rápido que lhe condicionava dor pélvica. A ecografia pélvica revelou um mioma 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 e não permitiu excluir atipia. 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 FH deficiente.

No segundo caso – Uma mulher de 28 anos foi referenciada por útero polimiomatoso com queixas de peso pélvico. Foi submetida a miomectomia múltipla em 2021 tendo a análise em peça revelado leiomiomas FH deficiente. Nova miomectomia em 2023 por aparecimento de novos leiomiomas. Ambas foram encaminhadas para consulta de genética médica. Tendo o primeiro caso o diagnóstico de evento esporádico,

e o segundo de LHCCR.

Conclusão: A LHCCR é uma alteração genética autossômica dominante que se manifesta com leiomiomas de características atípicas, alterações dermatológicas em quase 50% dos portadores e com carcinoma de células renais agressivo em 20-30% dos afetados. O risco de desenvolvimento de leiomiossarcoma não é claro na literatura, sendo necessários mais dados. O diagnóstico da doença é fundamental para uma adequada vigilância por genética médica, urologia, dermatologia e ginecologia.

PO 28

REDES DE PP E PVDF NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: UM ESTUDO COMPARATIVO

Maria Inês Nogueira e Sousa¹; Rafael Brás¹; Tânia Lima¹; Anabela Branco¹; Bercina Cando¹; Rosa Z. Macedo¹

¹Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: O uso de *slings* suburetrais constitui uma das abordagens cirúrgicas de primeira linha no tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE).

A biocompatibilidade e as propriedades biomecânicas dos materiais usados relacionam-se com as suas taxas de sucesso e de complicações. Na Europa, os principais materiais sintéticos utilizados são o polipropileno (PP) e o fluoreto de polivinilideno (PVDF), tendo este último sido introduzido mais recentemente.

O objetivo deste estudo consiste em comparar os resultados, nomeadamente eficácia e segurança, associados ao uso de *slings* de PP e PVDF no tratamento da IUE da mulher.

Métodos: Análise observacional retrospectiva efetuada num centro terciário, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2022, que incluiu os casos de IUE abordada com recurso a *slings* transobturadores pela técnica *outside-in* (TOT). Os casos foram divididos em 2 grupos, de acordo com o tipo de rede usada: PP (G1) e PVDF (G2).

A análise estatística foi realizada através do SPSS, considerando-se significância estatística para $p < 0,05$.

Discussão e conclusões: Este estudo incluiu 592 casos: 434 tratados com redes de PP (G1) e 158 com redes de PVDF (G2). As características das mulheres foram semelhantes nos dois grupos no que concerne à idade (G1 e G2: Md 51 anos) e *status* pós-menopausa (G1:45,9% e G2: 44,3%, $p = 0,238$), sendo que mais de 90% tinha antecedentes de pelo menos um parto em ambos os grupos. O índice de massa corporal foi inferior em G2 (G1: Md 27,9 e G2: Md 26,8Kg/m², $p = 0,017$). Quanto aos antecedentes cirúrgicos, não houve diferenças entre grupos no que respeita a cirurgia para correção de IU, prolapso genital ou histerectomia. Na maioria dos casos, tratava-se de uma IUE, com hiper mobilidade uretral e stress test positivo. Concomitantemente ao TOT, foi realizada cirurgia para correção de prolapso genital em 12,4% em G1 e 7,0% em G2 ($p = 0,059$). Não se verificaram diferenças nas taxas de sucesso (G1:91,9% e G2: 91,8%, $p = 0,952$), complicações (G1:2,3% e G2: 2,5%, $p = 0,999$) e recidiva (G1:2,1% e G2: 0,6%, $p = 0,229$). Foi reportada IU de urgência (IUU) de novo ou agravada em 4,1% em G1 e 1,9% em G2 ($p = 0,313$). O *follow-up* mediano foi de 2 meses nos dois grupos.

Neste estudo, observou-se uma taxa de eficácia e segurança semelhante entre as redes de PP e PVDF. Apesar da inexistência de significância estatística, as redes de PVDF associaram-se a menores taxas de recidiva de IUE e IUU agravada ou de novo. Contudo, estes achados devem ser confirmados por estudos prospetivos e com períodos de *follow-up* mais longos.

PO 29

ABORDAGEM DE PÓLIPO CERVICAL DURANTE A GRAVIDEZ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ines Cabral Lopes¹; Marta Gomes de Melo¹; Mariana Panaro¹; Maria Manuela Jerónimo¹; Paula Tapadinhas¹

¹Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: Os pólipos cervicais são um achado frequente nas mulheres em idade reprodutiva, com uma incidência de 2-5%. Esporadicamente, podem ser diagnosticados na gravidez. São classificados em ectocervicais ou endocervicais, devendo ainda ser distinguidos dos decíduais, com recurso a ecografia. Apesar de a sua etiologia permanecer desconhecida, o seu desenvolvimento poderá estar associado a alterações hormonais, nomeadamente ao aumento do estrogénio.

Na sua maioria, são assintomáticos. Clinicamente, associam-se a hemorragia vaginal recorrente, corrimento vaginal anómalo, corioamnionite, insuficiência cervical, aborto espontâneo e parto pré-termo. Histologicamente, são lesões maioritariamente benignas, com uma incidência de malignidade de 1,7% nas grávidas e 5% nas mulheres sintomáticas. Durante a gravidez, estão suscetíveis ao aumento dimensional da lesão e eventual protusão pelo orifício externo do colo.

A sua abordagem durante a gravidez é controversa, sendo questionável se a realização de polipectomia cervical altera os desfechos obstétricos.

Descrição do caso: Grávida de 40 anos de idade, G2P0, com história obstétrica de 1 aborto espontâneo precoce, sem antecedentes médicos relevantes. Às 17 semanas de gestação, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por perda hemática vaginal. À observação, detetou-se lesão polipóide, eritematosa, friável, com cerca de 4 cm, em exteriorização pelo colo, associada a hemorragia ligeira autolimitada. Teve alta clinicamente estável. Regressou ao SU 1 sema-

na depois com hemorragia vaginal e lipotímia. Objetivou-se hemorragia vaginal moderada associada ao pólipo. Apresentava-se hemodinamicamente estável, com hemoglobina de 8,8 g/dL. Ecograficamente, placenta não prévia e sem imagens sugestivas de hematoma/descolamento, colo com 33 mm, com aparente inserção de pólipo na parede endocervical anterior. Perante o quadro de hemorragia vaginal recorrente, anemia e dimensões do pólipo, optou-se pela realização de polipectomia. Teve alta clinicamente estável e encaminhada para vigilância hospitalar. Histologicamente, confirmou-se a presença de pólipo endocervical com focos de metaplasia pavimentosa e hiperplasia microglandular, sem atipia.

A grávida encontra-se clinicamente estável, tendo a gravidez progredido sem intercorrências até à data (20 semanas).

Conclusão: A presença de pólipos cervicais durante a gravidez é fator de risco independente para desfechos obstétricos adversos. O risco de parto pré-termo é comparável ao de história prévia de parto pré-termo. Não existem evidências suficientes que suportem a realização de polipectomia *versus* atitude expectante. Permanece consensual que a sua prática deverá ser evitada durante a gravidez, nomeadamente se suspeita de pólipo decidual. Todavia, na presença de sintomatologia significativa ou suspeita de malignidade deverá considerar-se a sua remoção cirúrgica.

PO 30

TERATOMA IMATURO DO OVÁRIO EM JOVEM DE 12 ANOS – UM CASO CLÍNICO

Inês Gil Dos Santos¹; Ana Beatriz Almeida¹;
Sandra Soares¹; Eugénia Fernandes¹;
Rosa Zulmira Macedo¹

¹CMIN

Introdução: Os tumores ováricos de células germinativas (TOCG) são derivados de células germinativas primordiais, sendo classificados

como benignos (como o teratoma maduro) ou malignos (p.ex. disgerminoma ou teratoma imaturo).

Os teratomas imaturos (também designados por teratomas malignos ou teratoblastomas) constituem menos de 1% de todos os teratomas ováricos, sendo mais frequentes nas primeiras 2 décadas de vida. Correspondem a cerca de 36% de todos os TOCG.

Histologicamente, existem quantidades variáveis de tecido imaturo, predominantemente com diferenciação neural. São classificados histologicamente de acordo com o seu grau de diferenciação (grau 1 [bem diferenciado] a 3 [pouco diferenciado]), que é um importante indicador de risco de disseminação extra-ovárica.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 12 anos, com antecedentes de refluxo ureteral na infância (*status* pós-cirurgia), com queixas de dismenorreia intensa desde a menarca (há 1 ano).

Recorreu ao SU do HSA por episódio de sensação de lipotímia iminente em contexto de dor abdominal aguda intensa, sobretudo no quadrante inferior direito. Em ecografia abdominal, descrito um ovário direito ligeiramente aumentado de tamanho com várias imagens císticas, a maior com 17 mm, de provável natureza folicular – orientada para consulta de Ginecologia. Realizou ecografia pélvica com achados de “tumefação cística multilocular à direita com 87 mm de maior diâmetro, muito vascularizada”, classificada como O-RADS 5, que motivou melhor caracterização através de ressonância magnética (RMN) pélvica. Na RMN foi descrita uma “lesão cística complexa, com várias locas líquidas, a maior com 91mm de maior eixo, apresentando áreas sólidas com componente de gordura, a favor de teratoma cístico. A referir que a examinada realizou estudo ecográfico há 3 meses, identificando-se à data uma lesão cística unilocular pericentimétrica, pelo que não se pode excluir teratoma cístico imaturo, dado

o crescimento acelerado da lesão⁹. O estudo de marcadores tumorais foi negativo.

Foi proposta para cirurgia, tendo realizado anexectomia direita. O estudo anatomopatológico foi sugestivo de teratoma maduro com áreas focais de tecido imaturo, tendo o caso sido enviado para o IPO-Porto para uma segunda opinião. O diagnóstico final foi de teratoma imaturo de baixo grau (G1) do ovário.

A utente foi referenciada à Consulta de Grupo de Tumores de Ginecologia para decisão acerca de necessidade de eventual terapêutica versus vigilância, estando o caso pendente de discussão com a Oncologia Pediátrica do IPO-Porto.

Conclusão: É descrito um caso de teratoma imaturo do ovário numa doente de 12 anos, apresentando um crescimento rápido. Os teratomas imaturos são tumores malignos raros do ovário, pelo que não está bem definida qual a conduta ótima nestes casos, salientando-se a importância da decisão médica terapêutica individualizada e de uma abordagem multidisciplinar.

PO 31

TUMOR INCIDENTAL DO OVÁRIO EM MULHER PÓS-MENOPÁUSICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ines Cabral Lopes¹; Pedro Magno Serrano²; Jowett Bocarro¹; Paula Tapadinhas¹

¹Hospital de Vila Franca de Xira; ²Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A neoplasia do ovário é uma causa significativa de mortalidade entre as mulheres com cancro ginecológico. A maioria dos tumores ováricos deriva de células epiteliais, subdividindo-se em serosos, endometrióides, mucinosos, células claras, seromucinosos e brenner. O carcinoma mucinoso é responsável por 3-4% dos tumores primários do ovário, o diagnóstico deste subtipo implica a exclusão de tumores secundários, nomeadamente do sistema digestivo.

Os tumores primários do ovário, do tipo mucinoso, apresentam manifestações clínicas em estádios iniciais, sendo na sua maioria unilaterais e de grandes dimensões. O seu padrão de crescimento divide-se em expansivo ou infiltrativo, tendo este último maior risco de recorrência.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de uma mulher caucasiana de 62 anos, com história de menopausa natural aos 54 anos de idade. Não fez terapia hormonal de substituição e o rastreio do cancro do colo do útero era negativo. Recorreu ao serviço de Urgência Geral com um quadro de dispneia, astenia e aumento do volume abdominal, com agravamento progressivo ao longo dos últimos 2 meses. Foi realizado estudo imagiológico, por tomografia computadorizada abdomino-pélvica, que revelou uma volumosa lesão quística multiloculada, medindo aproximadamente 21 x 32 x 29 cm, sugerindo neoplasia primária de origem anexial. A doente foi submetida a cirurgia para excisão da massa anexial e envio para estudo extemporâneo, que confirmou a presença de características sugestivas de tumor mucinoso *borderline* ovárico. Por este motivo, procedeu-se a histerectomia total, salpingo-ooforectomia bilateral, apendicectomia, omentectomia e biópsias peritoneais.

Durante o internamento, a doente apresentou uma evolução favorável, tendo alta ao 5º dia pós-operatório, referenciada à consulta externa. Posteriormente, o estudo anatomo-patológico confirmou um tumor mucinoso *borderline* do ovário, pT1aNx.

Conclusão: Este caso clínico demonstra uma apresentação atípica da doença neoplásica ginecológica na mulher pós-menopáusica. Salienta-se, desta forma, a importância de uma avaliação cuidada de massas anexiais incidentais, em doentes que apresentam sintomatologia inespecífica. A elevada taxa de crescimento deste tipo de lesões e a necessidade de uma abordagem cirúrgica personalizada confirmam a importância de um diagnóstico precoce com

excisão total da massa, sem rotura da parede da mesma, impedindo a disseminação de conteúdo mucinoso pela cavidade peritoneal.

PO 32

ENDOMETRIOSE PÉLVICA PROFUNDA – TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO PÓS-CIRURGIA DE REIMPLANTAÇÃO URETERAL

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

Neste vídeo é apresentado um caso de uma mulher de 45 anos com antecedentes 2 cesarianas anteriores e cirurgia de reimplantação do ureter direito via laparoscópica por endometriose extensa do paramétrio direito, condicionando estenose do ureter terminal e diminuição marcada da função renal direita – 23%.

Por dismenorria intensa e hemorragia uterina anormal foi introduzido sistema intrauterino 52ug (SIU) para controlo sintomático. Devido à manutenção das queixas, suspeita ecográfica de SIU mal posicionado e endometriose, foi realizada RM pélvica que revelou útero aumentado de volume à custa de fibromiomas uterinos e adenomiose, istmocele com 15 x 20 mm, identificando-se no seu bordo superior a extremidade inferior do SIU, encontrando-se totalmente em topografia extrauterina e insinuando-se entre a face anterior do corpo do útero e a bexiga. Revelou ainda múltiplas imagens sugestivas de endometriose pélvica profunda.

Atendendo à clínica e achados imagiológicos, foi realizada histerectomia total laparoscópica, exérese de SIU e resseção de múltiplos nódulos de endometriose, tendo-se conseguido preservar a reimplantação ureteral direita.

PO 33

STATUS VACINAL E LESÃO DE ALTO GRAU: ANÁLISE POPULACIONAL NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Inês Castro¹; Tânia Lima¹; Inês Alençoo¹; Susana Marta¹; Manuela Montalvão¹; Isabel Rodrigues¹; Concepcion Arantes¹; Cláudia Marques¹; Maria João Carinhas¹

¹Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: Segundo dados nacionais, a cobertura vacinal para o HPV na população portuguesa abrangida pelo Plano Nacional de Vacinação (PNV) é de 90-95%. Esta vacina foi introduzida em 2008 para as mulheres nascidas após 1992, sob a forma da vacina tetravalente, Gardasil® (HPV 6, 11, 16 e 18). Em 2017 foi introduzida no PNV a vacina nonavalente Gardasil-9®.

Objetivos: Analisar um grupo de mulheres submetidas a conização, comparando grupo abrangido pelo PNV com grupo não abrangido.

Material e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva de todas as mulheres submetidas a conização em 2022 em consulta de Patologia do Colo num hospital terciário. Foram analisadas várias variáveis, nomeadamente citologia prévia, HPV, estudo anátomo-patológico da biópsia e da peça de conização assim como o *status* vacinal. Foram definidos dois grupos – mulheres com < 31 anos (Grupo 1) e mulheres com ≥31 anos (Grupo 2) e realizada análise comparativa. A análise estatística foi realizada no programa SPSS, v27, sendo definida significância estatística para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Foram identificadas 215 mulheres, com idade média de 42,61±10,04 anos. Neste grupo, 7,4% eram imunossuprimidas e 54,8% fumadoras ou ex-fumadoras. A cobertura vacinal global era de 37,9% (11,2% antes da 1ª consulta hospitalar, 23,4% durante acompanhamento e 3,3% após a conização). Em 68,1% dos casos foi identificado HPV alto risco (AR) não 16-18 e em 39,2% HPV 16. O grupo 1 era constituído por 31 mulheres,

71% com vacinação completa e o grupo 2 por 183, 32,2% com vacinação completa. No primeiro grupo 73,3% tinham lesões de alto grau em anatomia patológica da peça de conização (CIN 2 ou mais) e no segundo grupo 60,2%. Existe diferença estaticamente significativa nos subtipos de HPV: no grupo 1 não foi identificado HPV 18 (vs 6,8% grupo 2) e HPV 16 apenas representa 20,7% (vs 42,4%) ($p = 0,005$), sendo a maioria dos subtipos HPV AR não 16-18 (86,2% vs 65,2%) ($p = 0,024$), subtipo sem cobertura pela vacina inicialmente inserida no PNV. Não existem diferenças estatisticamente significativas nas lesões de alto grau entre os grupos. A análise realizada permite inferir acerca da prevenção da infeção pelas estirpes mais oncogénicas de HPV nas mulheres vacinadas. Apesar de inferior à cobertura vacinal nacional, 71% das mulheres mais jovens eram vacinadas e o mesmo reflete-se na menor prevalência de HPV 16 e 18. São necessários mais estudos para confirmar estas associações.

PO 34 Trabalho retirado

PO 35

HUA PÓS-MENOPAUSA RECORRENTE – O SINAL PARA DIAGNÓSTICO DE UM TUMOR DAS CÉLULAS DA GRANULOSA

Marta Xavier¹; Sofia Pereira²; Luís Sá²

¹CHVNGE; ²IPO Coimbra

Introdução: A hemorragia de origem uterina que ocorre na pós-menopausa deve ser sempre considerada um sinal de alarme já que traduz com probabilidade patologia orgânica.

O tumor das células da granulosa é um tumor de células dos cordões sexuais e do estroma (TCSE) e representa 1,2% dos tumores malignos do ovário, sendo o subtipo de TCSE mais frequente. Tem um pico de incidência aos 50 anos e apresenta-se habitualmente como uma massa anexial volumosa, unilateral, e associa-se em 70% dos casos a uma Síndrome de

Hiperestrogenismo, com hemorragia vaginal no contexto de hiperplasia endometrial ou mesmo adenocarcinoma do endométrio.

Os tumores de células da granulosa do adulto são habitualmente tumores indolentes com recidivas tardias.

Caso clínico: Mulher, 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2, medicadas. Orientada para consulta externa por hemorragia uterina e espessamento endometrial pós-menopausa (15 mm). Ecografia endovaginal confirma espessamento endometrial (9.8 mm), com áreas quísticas e sem outras alterações. Submetida a Histeroscopia com polipectomias (2 formações polipoides). Resultado histológico de pólipos endometriais, sem atipia.

Após 3 meses orientada novamente para consulta por HUA e achado em TC AP de espessamento endometrial de 11mm e de formação anexial esquerda heterogénea com 9 x 9.1 x 6.8 cm. Ecograficamente visualizava-se um útero em AV, com endométrio heterogéneo avascular de 14 mm, ovário direito sem alterações e ovário esquerdo transformado em massa com 8.1 x 7.5 x 6.6 cm, com área sólida com 5 x 2.3 cm e com vascularização *score* 2. Marcadores tumorais negativos. FSH 1.71 e estradiol (E2) de 102. Submetida a laparotomia exploradora com exame extemporâneo do ovário esquerdo. Observada tumefação quística e de superfície lisa. Resultado extemporâneo diferido, tendo-se procedido a colheita de lavado peritoneal, histerectomia total e anexectomia bilateral. Citologia sem células malignas. Resultado histológico definitivo de tumor de células da granulosa do adulto. Útero com hiperplasia endometrial, sem atipia. Doseamento hormonal pós-operatório: FSH 78.9 e E2 12.

Doente encontra-se sob vigilância clínica.

Conclusão: Este caso alerta para a HUA como manifestação do Síndrome de Hiperestrogenismo frequentemente associado ao Tumor das Células da Granulosa do Adulto. Apesar das causas mais

frequentes de HUA pós-menopausa serem a atrofia endometrial ou os pólipos, a recorrência da queixa num curto intervalo temporal deve motivar estudo adicional, nomeadamente com doseamentos hormonais e reavaliação ecográfica.

PO 36

COMPLICAÇÃO NEUROLÓGICA TARDIA PÓS-TRANSFUSIONAL EM DOENTE COM HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

Emily González Guerreiro da Silva¹;
Margarida Ferro²; Alexandra Coelho¹;
Filomena Sousa¹; Carla Leitão¹

¹Maternidade Alfredo da Costa; ²Hospital de São José

Introdução: O Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) é uma condição neurológica caracterizada por cefaleias, encefalopatia, alterações visuais e crises epiléticas. Frequentemente associado a Hipertensão Arterial, estão descritos casos raros após transfusões sanguíneas.

Caso clínico: Doente de 42 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao SU de ginecologia e obstetria de um hospital terciário por quadro de Hemorragia Uterina Anormal (HUA) com 2 meses de evolução e agravamento recente. Durante a observação constatou-se perda hemática abundante com lesão a exteriorizar-se pelo orifício externo do colo e na avaliação analítica destacou-se uma anemia grave com hemoglobina de 2.0 g/dl e necessidade de transfundir um total de 5 UCE. Ecograficamente observou-se uma formação piriforme ecogénica de origem intracavitária, a exteriorizar-se pelo canal endocervical à vagina. Após estabilidade clínica teve alta ao 5º dia com 8,1g/dl de Hb tendo sido submetida eletivamente a histerectomia total abdominal com salpingectomia bilateral sem intercorrências. No terceiro dia pós-operatório objetivaram-se crises convulsivas tónico-clónicas bilaterais com desvio oculo-cefálico e hemiparesia direita, refratárias a tratamento com fármacos anticrise convulsiva, pelo que a doen-

te foi transferida para cuidados intensivos. Pela clínica e imagiologia foi assumido o diagnóstico de PRES pós-transfusão sanguínea, após exclusão de outras etiologias.

Conclusão: O PRES pós-transfusional pensa-se estar associado a disfunção endotelial e edema vasogénico, sendo uma causa extremamente rara. Este caso destaca-se por ser uma HUA abundante que condicionou uma anemia aguda grave com necessidade de atuação rápida em termos médicos e cirúrgicos e alerta-nos para possíveis complicações muito pouco frequentes numa enfermaria de ginecologia.

PO 37

SACROCERVICOPEXIA LAPAROSCÓPICA PARA CORREÇÃO DE PROLAPSO UTEROVAGINAL

Hélder Ferreira¹; Ana Andrade¹; Sandra Soares¹;
Susana Carvalho¹; Rosa Macedo¹

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

O prolapso uterovaginal representa um desafio para o cirurgião ginecológico. Os procedimentos cirúrgicos podem ser realizados por via vaginal, abdominal e, por via laparoscópica.

Neste vídeo, apresenta-se a sacrocervicopexia laparoscópica numa mulher com prolapso uterovaginal estágio IV. Trata-se de uma demonstração didática (passo-a-passo) com identificação das diferentes estruturas e espaços anatómicos envolvidos no procedimento. São observados os diferentes instrumentos, fios e tipos de energias usados (monopolizar e bipolar). Após a cirurgia laparoscópica de sacrocervicopexia, a doente evoluiu com correção do prolapso com bons resultados anatómicos e funcionais.

Assim, a sacrocervicopexia laparoscópica permite boa visualização da anatomia (nervos, vasos, fâscias, ligamentos, espaços retroperitoneais), das paredes vaginais e pode ser realizada em doentes em estágio IV de prolapso uterovaginal após histerectomia parcial de forma eficaz, segura e reprodutível.

PO 38

PERIODONTITE NA INFLAMAÇÃO SISTÊMICA E DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO: ESTUDO EM RATOS

Vanessa Machado¹

¹Egas Moniz, Cooperativa de Ensino Superior

Introdução: A periodontite afeta cerca de 62% da população adulta mundial e contribui para a carga global de doenças crônicas não-transmissíveis. Caracteriza-se por uma infeção de causa microbiana e resulta na perda de osso alveolar ao redor dos dentes. As bactérias e subprodutos penetram pelo tecido periodontal ulcerado e desencadeiam uma resposta inflamatória, inicialmente local com progressão sistêmica. Como consequência, esta infeção pode afetar diversos órgãos, entre os quais o sistema reprodutor. Porém, a plausibilidade biológica desta associação, os níveis sanguíneos e inflamação dos órgãos reprodutores femininos permanece por estudar.

Objetivos: Investigar a associação entre a periodontite e alterações sanguíneas e histopatológicas dos órgãos reprodutores femininos através de estudo pré-clínico.

Material e métodos: Catorze ratos Wistar fêmea foram divididos em grupo: controlo (n = 4) e de periodontite (grupo dos 21 dias com n = 5 e grupo dos 28 dias com n = 5) induzida por ligaduras 5-0 seda no 2ºs molares superior, sendo sacrificados aos 21 e 28 dias. A perda óssea alveolar foi avaliada por histomorfologia. O processo inflamatório no periodonto e órgãos reprodutores femininos foram avaliados através de análise histológica. Os níveis séricos de hemograma, hormonas sexuais e parâmetros inflamatórios foram medidos.

Resultados e conclusão: O modelo de indução de periodontite resultou numa significativa redução de osso alveolar aos 21 e 28 dias comparando aos respetivos controlos (0,57 ± 0,15 vs 0,25 ± 0,06; 0,49 ± 0,19 vs 0,25 ± 0,09). Ao nível sanguíneo, o grupo de periodontite teve uma maior percentagem de neutrófilos (15,76 ±

4,68 vs 8,05 ± 0,49; 13,1 ± 8,62 vs 6,95 ± 2,19), basófilos (aos 21 dias 0,14 ± 0,31 vs 0,00 ± 0,00), proteína C reativa (aos 28 dias 0,005 ± 0,01 vs 0,000 ± 0,00), fosfatase alcalina (aos 21 dias 108,2 ± 25,33 vs 68,5 ± 13,44), antitreptolisina O (2,63 ± 3,36 vs 1,2 ± 1,41; 5,78 ± 9,32 vs 2,55 ± 0,64), IgA (aos 21 dias 1,46 ± 0,30 vs 0,90 ± 0,00) e IgG (aos 28 dias 73,38 ± 8,45 vs 59,5 ± 0,71). Contrariamente, apresentaram menores níveis de linfócitos (82,62 ± 4,39 vs 90,1 ± 0,42; 84,94 ± 9,88 vs 91,5 ± 2,55), estradiol (14,58 ± 13,29 vs 24,4 ± 24,89; 14,94 ± 12,71 vs 25,3 ± 22,34), progesterona (aos 21 dias 9,84 ± 3,01 vs 14,15 ± 9,69), ferro (aos 21 dias 419 ± 45,74 vs 478,5 ± 54,45) e ureia (42,34 ± 2,38 vs 46 ± 1,41; 42,6 ± 4,34 vs 45,5 ± 0,71). Histologicamente, os ratos com periodontite apresentaram maiores níveis de eosinófilos endométricos do que os do grupo controlo. Os parâmetros inflamatórios aumentados no sangue e no endométrio apresentaram correlação clínica com os níveis clínicos de periodontite. Estes resultados parecem demonstrar uma consequência da periodontite no endométrio, podendo abrir novas linhas de investigação para perceber a sua tradução clínica.

PO 39

ENDOMETRIOSE DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN – UMA ENTIDADE RARA

Mariana Dória Príncipe Dos Santos¹; Beatriz Maria Neves¹; Ana Mesquita Varejão¹; Mafalda Laranjo¹; Inês Sarmiento Gonçalves¹; João Fortuna¹

¹Hospital Pedro Hispano

Introdução: A endometriose da glândula de Bartholin é uma forma rara de apresentação de endometriose extraperitoneal, sobretudo quando não há cirurgias perineais prévias. Poderá ser ou não um achado isolado. A ecografia é útil no diagnóstico diferencial, uma vez que osquistos de endometriose apresentam contornos regulares e conteúdo heterogéneo “em vidro fosco”, por oposição aos abscessos que se apre-

sentam como lesões anecóicas ou hipoecóicas de contornos irregulares e vascularização perilesional ou aos quistos de retenção que são lesões de contornos regulares e conteúdo homogêneo.

Descrição do caso: 25 anos, nuligesta, sem antecedentes pessoais médicos ou cirúrgicos de relevo. Portadora de DLIU de 19,5 mg para contraceção.

Observada no contexto de tumefação vulvar dolorosa com 2 semanas de evolução, com especial agravamento das queixas algícas nos últimos 3 dias. Previamente a esta observação, referia já ter tido outros episódios semelhantes que resolviam com drenagem espontânea, sempre síncronos com o cataménio. Negava queixas de dismenorreia, dispareunia ou disquêzia.

À observação, era visível tumefação da glândula de Bartholin à esquerda. Útero móvel, não se individualizando estruturas nodulares ao nível do fundo-de-saco vaginal posterior. Ecograficamente visualizada estrutura de contornos regulares à esquerda com 49 x 31 x 20 mm com conteúdo heterogêneo “em vidro fosco”. Útero em anteversão, com 71 x 29 x 45 mm, com DLIU bem posicionado, ovários móveis não aderentes, *sliding sign* positivo anterior e posteriormente.

Foi efetuada drenagem e marsupialização da glândula de Bartholin à esquerda sob anestesia local, com saída de “conteúdo em chocolate”, sugestivo de endometriose. Este conteúdo foi enviado para exame anatomopatológico que demonstrou a presença de células endometriais e pigmentos de hemossiderina, confirmando o diagnóstico de endometriose da glândula de Bartholin.

Conclusão: Este caso clínico descreve uma entidade rara de endometriose extraperitoneal para a qual existem menos de uma dezena de casos descritos na literatura. Além disso ressalva que, mesmo na ausência de cirurgias perineais prévias, a endometriose da glândula de

Bartholin deverá ser um diagnóstico diferencial a considerar perante tumefações vulvares cíclicas e síncronas com o cataménio.

PO 40

OTIMIZAÇÃO DA TRIAGEM DE MULHERES HPV + COM DUPLA MARCAÇÃO P16 KI67 NO RASTREIO DA REGIÃO CENTRO

Teresa Rebelo¹; Barbara Sepodes¹; Fernanda Santos¹; Duarte Oliveira¹; Carlos Catalão¹; Graça Fernandes¹; Fernanda Águas¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O rastreio organizado do cancro do colo do útero (CCU) é o método de prevenção secundária mais eficaz para diminuir a incidência e a mortalidade do CCU. O modelo carcinogénico do CCU envolve uma infeção persistente pelo papiloma vírus humano (HPV), sendo a pesquisa da infeção por 14 genótipos de HPV de alto risco o teste de rastreio primário. Uma vez que apenas um grupo limitado de mulheres HPV positivas possui uma lesão de alto grau, a sua triagem é fundamental para uma melhor estratificação de risco e gestão apropriada dos recursos em colposcopia. A citologia de dupla marcação (DM) com p16/Ki67 tem sido proposta como uma alternativa à citologia de Papanicolaou (PAP) na triagem de mulheres HPV positivas, com potencial melhoria da sensibilidade e especificidade, e otimização da referenciação para colposcopia e re-testagem HPV.

Objetivos: Comparar a triagem com citologia PAP vs DM em termos de (i) otimização de número de colposcopias e (ii) estratificação de risco para a definição do intervalo de seguimento.

Material e métodos: Este estudo baseia-se na análise retrospectiva entre Julho de 2019 e Março de 2023 da base de dados do rastreio do CCU da região Centro, centralizado no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC). O algoritmo de triagem segue as normas para o rastreio organizado do CCU publicadas em

2017, sendo que, além da citologia PAP, todas as mulheres HPV positivas são também avaliadas por citologia DM.

Resultados e conclusões: Na *baseline* (974 mulheres HPV positivas), 702 mulheres foram classificadas como DM negativas [66% com citologia PAP normal (NILM) e 28% com citologia PAP alterada (ASC-US+)] e 268 foram classificadas como DM positivas (1% NILM e 94% ASC-US+). A positividade da DM como critério de referenciação para colposcopia em substituição da morfologia ASC-US+ teria reduzido o número de colposcopias em 44% (383 vs 214) ao mesmo tempo que melhorava o número de colposcopias por HSIL detectado (5,2 colpos/HSIL com DM+ vs. 10,9 colpos/HSIL com ASC-US+). O seguimento durante 3 anos das mulheres positivas para HPV “outros 12” e DM negativas (n = 636), revelou 12 casos de lesões HSIL / CIN2+ (1,9%), em linha com outros trabalhos publicados e o nível de risco para a repetição do teste de HPV. De facto, se nesta coorte o intervalo de seguimento das mulheres positivas para HPV “outros 12” e DM negativas fosse alargado para 3 anos, ter-se iam evitado cerca de 1200 consultas de seguimento, 1200 testes HPV, e 180 colposcopias.

Em conclusão, a utilização da DM como método de triagem no rastreio do CCU permite otimizar a referenciação para colposcopia e, eventualmente, estender o intervalo de seguimento de 1 para 3 anos para as mulheres HPV “outros 12” com DM negativa, eliminando a re-testagem anual num número significativo de mulheres.

PO 41

PREVALÊNCIA DE COLONIZAÇÃO E INFEÇÃO VULVOVAGINAL POR CANDIDA SPP NO CHUCB – COVILHÃ

José Alberto Moutinho¹; Maria Inês Rocha Pereira²; Bruno Filipe Esteves¹; Sara Monteiro Nunes³

¹Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã; ²Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; ³Instituto Politécnico de Castelo Branco

Introdução: A candidíase vulvovaginal é a segunda vaginite mais prevalente a nível mundial. A maioria, se não todas as mulheres, são colonizadas por *Candida* spp no trato vaginal em algum momento das suas vidas. E embora a candidíase represente um problema de importância global na saúde pública, a sua caracterização epidemiológica é difícil de determinar, talvez pela falta de vigilância regular e pela não obrigatoriedade de notificação. Em Portugal, as informações epidemiológicas sobre a colonização e infeção vulvovaginal por *Candida* spp são escassas.

Objetivos: O objetivo principal deste trabalho foi avaliar a prevalência de colonização e de infeção vulvovaginal por *Candida* spp, e conhecer a distribuição das espécies, no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB) durante o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2021.

Material e métodos: Trata-se de um estudo observacional, analítico e retrospectivo, baseado no diagnóstico laboratorial por meio de cultura e com recurso aos registos dos processos clínicos das utentes avaliadas.

Resultados e conclusão: No total, após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, foram analisados 764 pedidos de cultura. Observou-se uma prevalência global de *Candida* spp de 19,4% (n = 148), com uma prevalência de candidíase vulvovaginal de 20,5% (n = 116) e de colonização assintomática de 16,1% (n = 32). Registrou-se uma maior prevalência de *Candida*

spp nas mulheres com idades entre os 15 e 50 anos (20,9%), relativamente a mulheres com < 15 anos (6,3%) e em mulheres com > 50 anos (11%), sendo esta diferença estatisticamente significativa (p value = 0,034). A espécie mais frequentemente isolada foi *C. albicans* tanto no grupo das mulheres sintomáticas como das mulheres sem sintomas, apresentando uma prevalência de 90,5% e 68,8%, respetivamente. Das espécies Não *Candida albicans*, *C. glabrata* foi a segunda espécie mais isolada em cultura, seguida de *C. parapsilosis* apresentando uma prevalência de 8,1% ($n = 12$) e de 3,4% ($n = 5$), respetivamente. Neste estudo, ao longo dos 11 anos, observou-se uma estabilidade no número de diagnósticos de colonização e infeção por *Candida* spp, no CHUCB.

Em relação ao referido na literatura, a baixa taxa de colonização e infeção vulvovaginal por *Candida* spp que foi encontrada por nós, pode-se dever ao facto de a maioria das culturas terem sido solicitadas para estudo de qualquer tipo de vaginite, de forma inespecífica, não seletiva e por rotina. No entanto, não podemos excluir as características particulares de uma população do interior do país, que poderá em parte explicar os resultados obtidos.

PO 42

MIGRAÇÃO TRANSMURAL DE SISTEMA INTRA-UTERINO DE LEVONOGESTREL 52 MG

Luísa Andrade Silva¹; Margarida Pavão¹; Gisela Almeida¹; Rosário Botelho²; Margarida Cunha¹; José Pinto de Almeida¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal; ²Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O sistema intra-uterino (SIU) de levonogestrel 52 mg é indicado para o tratamento de hemorragia uterina anormal (HUA) no contexto de adenomiose uterina. Algumas das complicações associadas à sua inserção incluem dor e reacção vasovagal no momento da inserção, irregularidades menstruais, mal posi-

cionamento, expulsão e perfuração uterina. Esta última é uma complicação rara e geralmente ocorre no momento da colocação, no entanto, casos de migração transmural do SIU e perfuração podem ocorrer posteriormente, com dispositivos mal posicionados ou mesmo colocados corretamente. Desconhece-se a verdadeira incidência de mal posicionamento de dispositivos intra-uterinos, contudo uma revisão com mais de 17.000 avaliações ecográficas identificou uma incidência de 10%.

Descrição do caso: Doente de 45 anos, IO 4004 (partos eutócicos), diabética e hipertensa, com antecedentes cirúrgicos de laqueação tubária bilateral, admitida no internamento no contexto de HUA com 1 mês de evolução, com repercussão hemodinâmica, no contexto de adenomiose difusa, após suspensão por iniciativa própria de desogestrel oral. Analiticamente à admissão apresentava uma Hb 6.3 g/L. Houve necessidade de transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário e instituição de terapêutica com ácido tranexâmico endovenoso 1g a cada 8 horas, com eficácia na suspensão da hemorragia.

Teve alta medicada com desogestrel oral e orientada para a consulta de Ginecologia, onde foram discutidas as opções terapêuticas e optou-se pela colocação de um SIU de levonogestrel 52 mg. A colocação do SIU decorreu sem intercorrências, tendo-se realizado confirmação ecográfica imediata do posicionamento adequado do SIU, com endométrio livre mensurável de 2 mm.

Por recorrência da hemorragia uterina anormal nos meses subsequentes, realizou-se ecografia endovaginal que evidenciou SIU com localização intramural-subserosa a nível fúndico posterior direito. A doente não apresentou outras queixas, nomeadamente dor abdominal. Após discussão das opções terapêuticas, e dada a localização subserosa do SIU, optou-se pela realização de histerectomia e salpingectomia bilateral por via laparoscópica, como meio de

resolução concomitante da má posição do SIU e adenomiose com HUA. A cirurgia decorreu sem intercorrências.

Conclusão: Apesar da incorreta colocação inicial ser o principal mecanismo mal posicionamento do SIU, a migração transmural tardia é outro mecanismo que também pode ocorrer, principalmente em úteros com adenomiose.

PO 43

GRAVIDEZ APÓS O CANCRO DA MAMA. QUE PERSPECTIVAS?

José Alberto Moutinho¹; Bárbara Teixeira de Sousa²
¹Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã; ²Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Introdução: O cancro da mama (CM) é a neoplasia maligna feminina mais comum em idade reprodutiva. No entanto, terapêuticas mais eficazes têm conduzido a um aumento da sobrevivência dessas mulheres, embora possam vir a afetar negativamente a sua fertilidade. Dada a presente tendência em adiar a maternidade, muitas mulheres são diagnosticadas com CM antes de engravidar, tendo-se tornado mais comum a intenção de o fazer após completarem o tratamento da doença.

Objetivo: Avaliar a atual evidência científica sobre a influência dos antecedentes de CM sobre uma gravidez subsequente, no sentido do melhor aconselhamentos destas mulheres.

Metodologia: Pesquisa de artigos através do PubMed e do Google Scholar. As palavras-chave utilizadas foram: "*pregnancy after breast cancer*", "*breast neoplasms*", "*pregnancy*", "*pregnancy complications*" e "*recurrence*". Foram consultadas referências bibliográficas consideradas de interesse, dos artigos anteriormente selecionados.

Resultados e conclusões: Tem-se demonstrado que a fertilidade das sobreviventes do CM é significativamente menor do que a da população em geral, o que tem motivado o uso de técnicas

de preservação da fertilidade. Quando a mulher pretende engravidar, a literatura é consensual na recomendação de um período mínimo de 2 anos entre o diagnóstico do CM e a concepção. O risco obstétrico não parece ser agravado ap, sem que esta esteja contraindicada pela do aconselhamentos destas mulheres. O tratamento do CM, em relação à população em geral dentro do mesmo grupo etário, incluindo mesmo o risco de doenças médicas associadas à gravidez. Também o risco de perda gestacional e de anomalias congénitas tem sido semelhante ao da população em geral. No entanto tem-se descrito um aumento do risco de parto pré-termo, de parto por cesariana, de restrição de crescimento intrauterino e de recém-nascido de baixo peso ao nascimento, sem, contudo, estar documentado aumento significativo de morbilidade ou mortalidade perinatal. As mulheres submetidas a tratamentos do CM, especialmente cirúrgicos e de radioterapia, podem enfrentar dificuldades acrescidas na amamentação, sem que, no entanto, esta esteja contraindicada. Podemos concluir que no aconselhamento de uma mulher tratada de cancro da mama, que deseja ficar grávida, a gravidez e a amamentação não devem ser desaconselhadas, no entanto será prudente considerar essa gravidez como de risco obstétrico acrescido e ser referenciada para um centro obstétrico especializado.

PO 44

REMANESCENTE MESONÉFRICO NO LIGAMENTO LARGO

Patrícia Gomes Ferreira¹; Carolina Carneiro¹; Susana Leitão¹; Soledade Ferreira¹

¹Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Paciente com 43 anos com dismenorria e dor na fossa ilíaca esquerda.

2 Gesta 2 Para (2 cesarianas anteriores).

Antecedentes pessoais de litíase renal e laqueação tubar bilateral. Sem medicação habitual.

Ecografia pélvica revelou lesão unilocular com

paredes regulares com conteúdo tipo “vidro fosco” com 77 mm de maior diâmetro, que foi corroborada pela RMN. Iniciou a toma de dienogest 2 mg.

Proposta para quistectomia/anexectomia esquerda por via laparoscópica. Durante a intervenção cirúrgica, constatado além da lesão quística no ovário esquerdo, a presença de uma massa no ligamento largo esquerdo. No exame histopatológico, foi confirmada a presença de um endometrioma no ovário e de um remanescente mesonéfrico no ligamento largo.

PO 45

REMISSÃO DA INFEÇÃO POR HPV APÓS EXCISÃO DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO – QUE RELAÇÃO COM A MENOPAUSA?

Patrícia Gomes Ferreira¹; Susana Saraiva¹; Ana Paula Reis¹; Vânia Ferreira¹; Margarida Brandão¹; Susana Leitão¹; Soledade Ferreira¹
¹Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: A infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais comum, cuja exposição prolongada predispõe à lesão intraepitelial escamosa do colo do útero. A prevalência de infecção pelo HPV apresenta um pico antes dos 25 anos, e parece ter um novo pico, mas menor, na menopausa. A excisão da zona de transformação é um tratamento estabelecido na lesão cervical de alto grau, e pode culminar em HPV não detetável durante o *follow-up*.

Objetivos: Avaliar a taxa de remissão do HPV após excisão da zona de transformação, de acordo com o *status* da menopausa.

Material e métodos: Estudo retrospectivo em que foram analisados 78 casos de excisões de zona de transformação por lesão intraepitelial escamosa de alto grau (CIN2/3) realizadas entre janeiro e dezembro de 2021. Casos com marcos positivos foram excluídos.

O *qui-quadrado* e o teste exato de Fischer foram usados para comparar as características entre

os grupos: pré-menopausa e pós-menopausa. A regressão logística foi aplicada para determinar os fatores associados à remissão do HPV.

Resultados e conclusões: A idade mediana é de 36,0 anos no grupo de mulheres na pré-menopausa e de 52,5 anos no grupo na pós-menopausa. A paridade, a atividade sexual, os antecedentes médicos e os hábitos tabágicos foram semelhantes entre os grupos. A citologia cervical e a pesquisa do HPV prévios ao procedimento, bem como o exame histopatológico resultante da excisão da zona de transformação foram idênticos os grupos.

Cerca de 20,51 % dos casos de excisão da zona de transformação corresponderam a mulheres na pós-menopausa com uma taxa de remissão de HPV de 68,75% versus 76,67% nas mulheres na pré-menopausa ($p = 0,662$).

O *status* da menopausa, a idade, a paridade, os hábitos tabágicos e os tipos de HPV prévios não demonstraram influenciar a remissão do HPV após excisão da zona de transformação.

Apesar das mulheres na pós-menopausa apresentarem uma menor taxa de remissão do HPV após excisão de zona de transformação face ao grupo na pré-menopausa, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

PO 46

CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA. O CONTEXTO DA ATUALIDADE

José Alberto Moutinho¹; Liliana Silva Mendes²
¹Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã; ²Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Introdução: A contraceção de emergência ou contraceção pós-coital é um método utilizado após a relação sexual com o intuito de diminuir o risco de ocorrência de uma gravidez. Está indicada em casos de relações sexuais não protegidas, que inclui relações sexuais sem utilização de contraceção, relações sexuais com falha na utilização do método contraceção e em situa-

ções de crime contra a vontade e autodeterminação sexual de mulher.

Objetivo: Avaliar a evidência científica atual sobre a eficácia dos diferentes métodos utilizados como contraceção de emergência, considerando situações particulares como: obesidade, risco de tromboembolismo, em mulheres a efetuar outras medicações (antiácidos, anti-convulsivantes), com antecedentes de cancro da mama e em vítimas de abuso sexual.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão descritiva da literatura, com base numa pesquisa bibliográfica sobre Contraceção de Emergência, nas bases de dados: PubMed, ScienceDirect (Elsevier) e RCAAP. Foram considerados preferencialmente os artigos científicos publicados nos últimos anos, redigidos nas línguas portuguesa e inglesa.

Resultados e conclusões: Para o uso da contraceção de emergência não existem contraindicações absolutas, devendo-se optar pelo método que se ajusta melhor à mulher em causa. Em Portugal existem três métodos contraceptivos de emergência disponíveis: contraceptivo oral com levonorgestrel, contraceptivo oral com acetato de ulipristal e o dispositivo intrauterino de cobre. Considerando os diferentes graus de eficácia, o dispositivo intrauterino de cobre é ainda considerado o método mais eficaz, independentemente da idade, da paridade e da altura do ciclo menstrual em que é utilizado. O acetato de ulipristal, introduzido mais recentemente como método de contraceção de emergência, apresenta uma maior taxa de eficácia comparativamente ao levonorgestrel especialmente em mulheres com peso > 70 Kg ou IMC > 25 kg/m². Nas situações de obesidade a eficácia dos métodos hormonais vai diminuindo conforme o aumento do IMC, pelo que continua a ser aconselhável optar pelo dispositivo intrauterino uma vez que a sua eficácia se mantém constante de forma independente do peso ao índice de massa corporal das utilizadoras.

Em situações de risco aumentado de tromboembolismo, cancro da mama ou abuso sexual, os métodos hormonais continuam a não ser considerados contraindicação absoluta. Em situações de utilização concomitante de medicamentos indutores enzimáticos, a eficácia dos métodos hormonais diminui, sendo aconselhável o recurso ao dispositivo intrauterino. A contraceção de emergência deve ser oferecida a todas as mulheres que tenham indicação para tal, procurando-se valorizar os antecedentes pessoais da mulher, não sendo necessária a realização de exame ginecológico (exceto para a introdução do DIU) nem de exames complementares.

PO 47

UM CASO PECULIAR DE ABORDAGEM CIRÚRGICA NA SUSPEITA DE ENDOMETRIOSE

Marina Gato¹; Sofia Martins²; Catarina Carvalho¹; Carla Nunes¹; Ana Luísa Ribeirinho¹; Filipa Osório³

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ²Centro Hospitalar de Setúbal; ³Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A dor pélvica crónica tem uma prevalência estimada entre 5 e 25%. Trata-se de uma condição multifatorial, que se pode associar a endometriose, aderências na cavidade pélvica, adenomiose, varizes pélvicas, entre outros. Devido à sua possível associação com múltiplos fatores e etiologias, a investigação e tratamento podem ser desafiantes. Estão descritos casos de doentes com dor pélvica crónica associada a retroversão uterina cujos sintomas resolveram após suspensão uterina com ligamentopexia dos ligamentos redondos.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, gesta 2 para 2, sem antecedentes cirúrgicos, vigiada em consulta de ginecologia cirúrgica por suspeita de endometriose desde 2015. Sob contraceção com sistema de libertação intra-uterino com levonorgestrel desde 2019 e em amenorreia desde então. Apresenta queixas mantidas de

dor pélvica crónica (7/10), dispareunia (8/10) e disquêzia (6/10). Na investigação etiológica do quadro clínico, realizou ecografia ginecológica que referia útero em levoposição com mobilidade mantida dos órgãos pélvicos, não se observando imagens sugestivas de endometriose pélvica. No entanto, a ressonância magnética demonstrava ingurgitamento significativo do plexo venoso peri-uterino na região corpórea e istmica, espessamento do ligamento útero-sagrado esquerdo e aderências entre o útero e intestino, com alterações sugestivas de infiltração endometriósica do compartimento posterior, sem espessamentos da parede rectal.

Tendo em conta o agravamento das queixas algícas da doente e os achados imagiológicos, foi proposta a realização de laparoscopia diagnóstica e lise de aderências. Durante a cirurgia não se observaram quaisquer lesões sugestivas de endometriose, tendo-se constatado a presença de varizes pélvicas exuberantes e útero em retroversão, pelo que se procedeu a ligamentopexia dos ligamentos redondos. Na consulta de vigilância pós-operatória, 2 meses após a cirurgia, a doente referia remissão completa dos sintomas.

Conclusão: Este caso demonstra a dificuldade na abordagem da dor pélvica crónica, devido à sua possível associação com várias condições e à discrepância que por vezes ocorre nos exames imagiológicos. A endometriose pode mascarar e mascarar-se em outras patologias, o que reforça a importância da histologia para o seu diagnóstico definitivo. Neste caso, a suspeita de uma patologia complexa não se confirmou na laparoscopia diagnóstica e foi possível resolver os sintomas disruptivos da vida diária da doente com um procedimento simples.

PO 48

ABORDAGEM MÉDICA DA GRAVIDEZ ECTÓPICA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO ENTRE 2020 E 2022

Marina Gato¹; Sofia Martins²; Catarina Carvalho¹; Carla Nunes¹; Ana Luísa Ribeirinho¹

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

Introdução: A gravidez ectópica ocorre em cerca de 2% de todas as gravidezes e sua incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos. O tratamento médico com metotrexato é globalmente recomendado na ausência de contraindicações, sendo o esquema de dose única o mais utilizado. Os estudos estimam uma taxa de sucesso que varia entre 75 e 90%, dependendo de vários fatores, nomeadamente do valor inicial de β -hCG, dimensões da massa anexial e presença de estruturas embrionárias.

Objetivos: Descrever as características e desfechos dos casos de gravidezes ectópicas submetidas a terapêutica com metotrexato, num hospital terciário.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, baseado na colheita de dados dos processos de doentes com o diagnóstico de gravidez ectópica que realizaram terapêutica médica com metotrexato, no Hospital de Santa Maria, entre 2020 e 2022. Foi realizada análise estatística descritiva com recurso ao programa SPSS® versão 27.

Resultados: Durante o período estudado, 79 doentes diagnosticadas com gravidez ectópica realizaram terapêutica com metotrexato, de acordo com o protocolo de dose única.

A idade média foi $30,3 \pm 6,3$ anos e o tempo de amenorria foi em média $6,6 \pm 1,7$ semanas. 16/79 (20,3%) das doentes já tinham tido pelo menos uma gravidez ectópica anterior na trompa contralateral. Em 7/79 casos (8,9%) a gravidez ocorreu após técnica de procriação medicamente assistida.

A média do nível de β -hCG em D1 de adminis-

tração de metotrexato foi 2352 ± 1593 mUI/ml. Em 18/79 (22,8%) doentes o nível de β -hCG era < 1500 mUI/ml e apenas em 2/79 (2,5%) casos foi >5000 mUI/ml.

As massas anexiais visualizadas tiveram em média $19,9 \pm 12,1$ mm de maior diâmetro. Foram identificadas estruturas embrionárias em 11/79 (13,9%) casos, não tendo sido visualizados batimentos cardíacos do embrião em nenhum dos casos.

Em 55/79 (69,6%) casos, a descida de β -hCG entre D4 e D7 foi $>15\%$, tendo sido realizada apenas uma administração de metotrexato. Foram necessárias duas administrações em 23/79 (29,1%) doentes e três administrações em 1/79 (1,3%).

Na amostra das 79 doentes, foi necessário tratamento cirúrgico em 12 casos (15,2%), 7 deles por rotura da gravidez ectópica, 3 por falência de terapêutica médica e 2 por dor não controlada. Destes casos, 7 doentes tinham realizado apenas uma administração de metotrexato.

Conclusão: Nesta análise da população com diagnóstico de gravidez ectópica submetida a tratamento médico num hospital terciário, a eficácia do tratamento com dose única de metotrexato (definida como necessidade de apenas uma administração do fármaco e ausência de tratamento cirúrgico posterior) ocorreu em 48/79 (60,8%) doentes. Esta percentagem é inferior à descrita na literatura, o que poderá ser parcialmente explicado pelo tamanho reduzido da amostra.

PO 49

DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE ABCESSO VULVAR

Marta Campos¹; Joana Galvão¹; Bárbara Neto Castro¹; Marta Xavier¹; Ana Mações¹; Maria Elisa Paredes¹; Inês Nunes¹

¹CH Vila Nova de Gaia

Introdução: O abcesso vulvar é um problema ginecológico comum. Existem diversos fatores de risco associados como obesidade, cuidados

de higiene deficitários, trauma vulvar, gravidez e imunossupressão. O diagnóstico geralmente é baseado no exame físico. No entanto, na suspeita de disseminação da infeção além da vulva, pode ser necessário recorrer a métodos de imagem.

Descrição do caso: Mulher de 55 anos, G1P1, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada e dislipidemia. Admitida no SU por queixas sugestivas de infeção do trato urinário, medicada com furadantina e flavoxato. No dia seguinte, inicia quadro de dor e ardor vulvar, apresentando eritema e edema vulvar, sugestivo de candidíase, tendo sido medicada com fluconazol. Passados 4 dias, recorre novamente ao SU por dor vulvovaginal intensa, com dificuldade na mobilização. Ao exame objetivo apresentava edema vulvar exuberante, com endurecimento simétrico dos grandes lábios. Foi solicitada TAC pélvica que revelou coleção líquida com $38 \times 13 \times 18$ mm, envolvendo o grande lábio direito e outra coleção semelhante com $18 \times 7 \times 12$ mm, no grande lábio contra-lateral, sugestivas de abscessos vulvares. Analiticamente, apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi decidido internamento para antibioterapia e analgesia endovenosa. Durante o internamento, a doente apresentava mau controlo glicémico, pelo que foi pedida colaboração de Endocrinologia. Ao 6º dia de internamento constatado agravamento clínico e analítico, pelo que se optou pela drenagem cirúrgica dos abscessos, sob sedação. O exame bacteriológico do pus revelou infeção por *Staphylococcus aureus*. Por apresentar uma boa evolução clínica e analítica, teve alta clínica ao 11º dia, orientada para a consulta externa de Ginecologia e Endocrinologia.

Conclusão: Apesar de se tratar de uma entidade comum, o diagnóstico de abcesso vulvar pode ser um desafio. Na presença de fatores de risco e na ausência de resposta à terapêutica instituída, os métodos de imagem devem ser equacionados, como retratado neste caso clínico.

PO 50

GRAVIDEZ ECTÓPICA CRÓNICA – UM CASO CLÍNICO RARO

André Luís Borges¹; Catarina Marçal Silva²;
Margarida Meira de Carvalho³; Helena Pereira¹;
Fernando Cirurgião¹

¹Hospital de São Francisco Xavier - CHLO; ²Hospital Garcia de Orta, EPE; ³Hospital Prof. Dr Fernando Fonseca

Introdução: A gravidez ectópica crónica é uma forma de gravidez extra-uterina na qual ocorrem micro-rupturas da zona de implantação, em vez de um episódio único hemorrágico. Estas desencadeiam, uma resposta inflamatória gradual, com consequente formação de uma massa pélvica.

Descrição do caso: Mulher de 38 anos, com antecedentes obstétricos de uma cesariana a termo. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor pélvica com agravamento progressivo e hemorragia anormal prolongada. Referia uma história de aborto espontâneo completo às 5-6 semanas há cerca de 1 mês atrás, após o qual se iniciaram as queixas descritas. O exame ginecológico revelou dor à palpação bimanual e presença de uma massa retrouterina. A ecografia ginecológica identificou uma massa pélvica heterogénea com 116 x 47 x 65 mm que se localizava a nível retrouterino com extensão desde a área anexial esquerda até ao fundo de saco de Douglas, e uma avaliação seriada da beta-hCG revelou um plateau a oscilar entre 340-377 UI/ml. Os achados clínicos, analíticos e ecográficos favoreceram o quadro clínico de gravidez ectópica crónica, que não terá sido reconhecido na primeira avaliação, pelo que foi proposta para salpingectomia esquerda por via laparoscópica. A cirurgia foi dificultada pela presença de extensas aderências entre o 1/3 distal da trompa de Falópio e o colón sigmóide, com necessidade de desperitonização do mesmo, gerando um grau moderado de hemorragia. O exame anatomo-patológico realizado posteriormente confirmou a suspeita diagnóstica.

Conclusão: Um elevado nível de suspeição é necessário para o diagnóstico de gravidez ectópica crónica. É necessária a integração da história clínica, análises laboratoriais e achados ecográficos. A literatura sublinha que a abordagem cirúrgica desta patologia deve ter em consideração o elevado risco de complicações, predominantemente associado a aderências extensas entre a trompa inflamada e o sistema gastrointestinal.

PO 51

GROWING TERATOMA SYNDROME: UMA ENTIDADE CLÍNICA RARA

Catarina Costa Neves¹; Isabel Fragoso²;
Mariana Vide Tavares³; Almerinda Petiz³

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real; ³IPO Porto

Mulher, 20 anos, saudável, referenciada ao IPO-Porto por teratoma imaturo do ovário direito estágio FIGO IIIB, após anexectomia direita e omentectomia. Realizou quimioterapia (QT) adjuvante com 3 ciclos de BEP e 1 ciclo de EC. Durante *follow-up*, 2 meses após QT, a TC mostrou uma imagem nodular heterogénea retro-uterina com 55 mm. Efetuou RMN e PET que mostraram provável recidiva na forma de carcinomatose peritoneal. Os marcadores tumorais (AFP e hCG) eram negativos. Foi submetida a laparoscopia diagnóstica, tendo-se observado um nódulo peritoneal pré-vesical, uma formação quística complexa no fundo de saco de Douglas com 10cm e múltiplas lesões no peritонеu, epíplon, hemicúpula diafragmática direita e ligamento falciforme. Foi realizada laparoconversão com exérese das lesões descritas. A histologia revelou tecidos teratomatosos maduros, enquadrando-se no diagnóstico de *growing teratoma syndrome* e gliomatose peritoneal. A doente encontra-se em vigilância. O *growing teratoma syndrome* é raro e está as-

sociado a tumores de células germinativas tratados com QT. O seu diagnóstico é fundamental para reduzir a morbidade associada a cirurgias radicais.

PO 52

TUMOR CARCINÓIDE NUM TERATOMA MADURO DO OVÁRIO COM GLIOMATOSE PERITONEAL: UM CASO RARO

Silvia Serrano¹; Berta Lopez²; Joana Ferreira²; Margarida Bernardino²; Ana Francisca Jorge²

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

Introdução: Os tumores carcinóides são tumores primários raros no ovário, representam menos 0,1% de todos os cancros dos ovários. A maioria dos carcinóides primitivos do ovário associam-se a um teratoma maduro e são sempre unilaterais. Especula-se que possam derivar das células neuroendócrinas dos epitélios respiratório e gastrointestinal presentes no teratoma. A idade de início é variável, mas a maioria aparece em mulheres na pós-menopausa.

Descrição do caso: Mulher de 66 anos, assintomática, enviada à consulta de Ginecologia por aumento de dimensões de quisto complexo do ovário direito numa ecografia pélvica de rotina. O exame ginecológico revelou um anexo direito aumentado de volume, móvel e indolor, com restante exame adequado à faixa etária. Na ressonância magnética (RM) pélvica destacava-se na dependência do ovário direito dois tumores associados, um de 62 mm de maior eixo, com gordura à periferia e com três locas de conteúdo simples; e outro quístico com 48 mm, multiloculado, com uma loca de provável conteúdo mucinoso, com nódulo sólido mural com 12 mm, com restrição à difusão sugestivo de malignidade. Os marcadores tumorais eram negativos. No intraoperatório os achados eram sugestivos de carcinomatose difusa em todo o peritoneu pélvico, epíploon infra-cólico, ansas do delgado e cólon e mesos de delgado, colon

e apêndice ileocecal. A doente foi submetida a uma histerectomia total com anexectomia bilateral. O exame extemporâneo do ovário sugeriu tumor com arquitectura cordonal. Procedeu-se a omentectomia infracólica e biópsias peritoneais. Macroscopicamente, observa-se um tumor de 9 x 7 x 6 cm, variegado, constituído por gordura e áreas quísticas; no exame histológico observou-se um teratoma maduro do ovário, com coexistência de carcinóide do ovário com 5 mm. Epíploon e biópsias peritoneais com achados de gliomatose peritoneal.

Conclusão: Os tumores carcinóides são geralmente detetados no pós-operatório e confirmados por um exame histopatológico completo que deteta a transformação maligna dentro das componentes sólidas do tumor. Estes tumores tem um bom prognóstico, com baixa taxa de recidiva. A gliomatose peritoneal tem um prognóstico favorável. A ressecção total é difícil. A doença residual pode ser totalmente quiescente por um longo período sendo necessário um acompanhamento a longo prazo.

PO 53

TORÇÃO ISOLADA DA TROMPA: UMA CAUSA RARA DE ABDÓMEN AGUDO GINECOLÓGICO

Sara Cristina Silva Passos¹; Maria Rui Torres¹; Andreia Miranda¹; Joana Araújo Pereira¹; João Pedro Prata¹; Rosália Coutada¹; Agostinho Carvalho¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: O diagnóstico diferencial de dor pélvica aguda na mulher não grávida envolve várias entidades ginecológicas. A torção isolada da Trompa de Falópio é um diagnóstico extremamente raro, tardio e difícil, onde o tratamento conservador com preservação das estruturas anexiais nem sempre é possível. Prevalência de cerca de 1 em 1.5 milhões. Fatores de risco intrínsecos incluem doença inflamatória pélvica, hidrossalpinge, laqueação tubaria ou neoplasias da trompa. Não existem sinais ou sintomas pa-

tognomónicos sendo que, na maior parte das vezes, apenas a laparoscopia faz o diagnóstico.

Descrição do caso: Mulher, 40 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, nuligesta e com história de infertilidade primária não estudada com 2 anos. Recorre ao serviço de urgência por dor na fossa ilíaca esquerda muito intensa com algumas horas de evolução. Nega febre ou corrimentos anormais. Ao exame ginecológico apresentava corrimento fisiológico, dor à mobilização uterina e abaulamento do fundo de saco posterior. Ecograficamente útero em anteversão, endométrio com 5mm e imagens alongadas com septos e projeções internas sugestivas de hidrossalpinge bilateral no fundo saco Douglas. Ambos os ovários visualizados e com doppler positivo. Analiticamente sem alterações compatíveis com infeção e beta-HCG negativa. Foi internada para vigilância e controlo da dor. No dia seguinte mantinha dor pélvica intensa pelo que foi realizada nova ecografia: mantinha imagem de hidrossalpinge bilateral mas com líquido livre no fundo de saco. Optou-se por uma laparoscopia diagnóstica que revelou torção isolada da trompa de Falópio esquerda ainda sem necrose. Hidrossalpinge direita. Pela história de infertilidade optou-se por realizar salpingectomia bilateral com consentimento prévio da doente. Pós operatório sem intercorrências e encaminhada para consulta de Infertilidade.

Conclusão : O diagnóstico ecográfico de torção isolada da trompa é difícil e muitas vezes o único sinal é uma interrupção da vascularização no local exato da torção. Portanto, é importante a suspeita clínica no caso de uma mulher com dor pélvica aguda e hidrossalpinge com um ovário ecograficamente normal. Um atraso no diagnóstico e tratamento pode comprometer a viabilidade da trompa e a fertilidade futura. A laparoscopia é um instrumento que deve ser usado em caso de dúvida diagnóstica. No nosso caso clínico, apesar de um diagnóstico atempado, optou-se pela salpingectomia pela história

de infertilidade muito provavelmente relacionada com as trompas não funcionantes.

PO 54

COMPLICAÇÃO RARA EM MULHERES NÃO-GRÁVIDAS: RELATO DE DOIS CASOS DE ÚTERO ENCARCERADO

Sofia Jovina Domingues¹; Marina Gato²; Laura Cruz²; Catarina Reis de Carvalho²; Carla Nunes²; Ana Luísa Ribeiro²

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

Introdução: O encarceramento uterino é uma complicação rara, no qual o útero fica aprisionado numa posição anormal entre o promontório sagrado e a sínfise púbica, geralmente pela existência de massas pélvicas ou aderências que limitam a mobilidade uterina. O encarceramento uterino pode ocorrer em mulheres grávidas, sendo mais raro em mulheres não grávidas e está associado a tumores pélvicos, endometriose, infeções pélvicas ou cirurgias prévias. A sintomatologia é inespecífica e o tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, dependendo da causa subjacente e do desejo reprodutivo.

Descrição do caso: O primeiro caso trata-se de uma mulher de 48 anos, sem antecedentes relevantes com um quadro de retenção urinária aguda e parési do membro inferior direito. Ao exame neurológico foi identificada diminuição da força no membro inferior direito pelo que foi internada no Serviço de Neurologia para investigação etiológica. Submetida a punção lombar, que não revelou alterações, e a eletromiografia foi sugestiva de lesão radicular de L5, subaguda, à direita. Foi realizada TC pélvica com identificação de útero aumentado de dimensões a condicionar uretero-hidronefrose à direita. A RM confirmou um útero globoso, com características sugestivas de adenomiose, um colo uterino alongado e anteriorizado, com compressão uretral e do colo da bexiga. No exame ginecológico, o colo uterino não foi visualizado, e na palpação

bimanual o colo apresentava-se anteriorizado com o fundo de saco posterior obliterado por uma massa pélvica móvel, dolorosa. Realizada histerectomia por via laparotômica sem intercorrências, com exame anatomopatológico a identificar um adenomioma de 10 cm na parede posterior do útero. A doente recuperou a função miccional e do membro inferior.

Segundo caso clínico refere-se a uma doente perimenopausa, com antecedentes de útero miomatoso. Admitida no Serviço de Urgência por dor pélvica associada a retenção urinária aguda, com 24 horas de evolução, em provável contexto de obstrução infravesical. A ecografia ginecológica identificou um útero com diâmetro transversal aumentado, pela existência de mioma posterior de 9,5 cm. Manteve-se sob cateterização vesical intermitente durante 10 dias, até à realização do procedimento cirúrgico (histerectomia com anexectomia bilateral por laparotomia) com útero de 12,5 x 9,5 x 7,5 cm, com vários leiomiomas uterinos. Cirurgia e pós-operatório decorreram sem intercorrências.

Conclusão: O encarceramento uterino é uma condição rara em mulheres não grávidas e o seu diagnóstico é difícil, uma vez que os sintomas são inespecíficos. A avaliação física com a palpação bimanual do útero é muito útil na suspeita diagnóstica e a ressonância magnética pélvica é o método de escolha para a confirmação. Desta forma, é importante os clínicos de várias especialidades estarem alerta para um diagnóstico atempado, para evitar complicações graves a longo prazo.

PO 55

POLIPECTOMIAS POR HISTEROSCOPIA – EXPERIÊNCIA DE UM ANO

Maria Henriques¹; Andreia Martins¹; Maria Vicente¹; Sofia Brás¹; Marta Plancha¹; Maria do Carmo Silva¹; Ana Fatela¹

¹Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Introdução: Os polipos endometriais são uma patologia ginecológica comum, que ocorre em 8 e 13% das mulheres pré e pós-menopausa, respetivamente. A maioria são benignos (96,5%), sendo o risco de malignidade superior em mulheres com hemorragia uterina anormal associada, na pós-menopausa, sob tamoxifeno ou com síndromes neoplásicas hereditárias. A histeroscopia é o *gold-standard* na sua abordagem, permitindo o diagnóstico histológico e tratamento.

Objetivo: Avaliar a prevalência de lesões pré-malignas e malignas em mulheres pré e pós-menopausa submetidas a polipectomia por histeroscopia e análise descritiva da população

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo que incluiu todas as mulheres submetidas a polipectomia por histeroscopia na Maternidade Dr. Alfredo da Costa entre janeiro e dezembro de 2021.

Resultados: Foram incluídas no total 215 mulheres. A idade média foi de $54,9 \pm 13$ anos, e 57,7% (n = 124) encontravam-se na pós-menopausa. Relativamente a comorbilidades associadas, 26% (n = 56) tinham hipertensão arterial crónica, 15,3% (n = 23) diabetes mellitus, 9,8% (n = 21) hábitos tabágicos atuais ou prévios e 11,6% (n = 25) cancro da mama, em 18 dos casos sob tamoxifeno. Em 27% (n = 59) dos casos não havia antecedentes relevantes. Previamente ao procedimento, em 76,3% (n = 161) dos casos existia a suspeita ecográfica de pólipo, e em 40,9% (n = 88) hemorragia uterina anormal, 49 dos casos em mulheres pós-menopausa. Em relação a outras indicações para histeroscopia, em 3,2% dos casos (n = 7) o

exame foi realizado para estudo de infertilidade, e em 4,7% (n = 10) dos casos por espessamento endometrial detetado em ecografia.

No exame histológico, em 98,1% (n = 211) dos casos foram diagnosticadas lesões benignas – 209 pólipos endometriais e dois casos assintomáticos com hiperplasia sem atipia. Foi detetado um caso com hiperplasia com atipia (0,5%). Em 1,4% dos casos, foram diagnosticadas lesões malignas, incluindo um adenocarcinoma do endométrio e dois sarcomas.

Das lesões malignas e do caso com hiperplasia com atipia, todos ocorreram na pós-menopausa e em mulheres com hemorragia uterina anormal. Em relação a patologias associadas, uma das doentes com sarcoma tinha cancro da mama e a outra hipertensão arterial crónica.

Conclusões: A prevalência de malignidade foi de 1,4%, e todas as mulheres com lesões pré-malignas e malignas eram sintomáticas e encontravam-se na pós-menopausa, o que reforça a importância e segurança de tratar apenas as situações sintomáticas ou com fatores de risco para malignidade, sendo os achados concordantes com a literatura.

PO 56

QUÃO DIFERENTE É PORTUGAL DE OUTROS PAÍSES EUROPEUS NO TRATAMENTO DE DOENTES COM CANCRO DO OVÁRIO

Ângela Dias¹; Maria Batarida²; Miguel Abreu³; Mariana Malheiro⁴; Catarina Portela⁵; Carolina Camacho⁶; Cristiana Marques⁷; Conceição Pinto⁸; Noémia Afonso⁹; Manuel Magalhães⁹; Joana Rodrigues¹⁰; Ana Simas¹¹; Isabel Sousa¹²; Sofia Braga¹³; Teresa Carvalho¹⁵; Filipa Bernardo¹

¹Astrazeneca Portugal; ²Fundação Champalimaud;

³IPO Porto; ⁴Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental,

EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; ⁵Hospital de

Braga; ⁶SESARAM - Funchal; ⁷Centro Hospitalar

de Vila Nova de Gaia / Espinho; ⁸Centro Hospitalar

de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria;

⁹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de

Santo António; ¹⁰Centro Hospitalar e Universitário de

Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra;

¹¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

/ Hospital de Santa Luzia; ¹²Centro Hospitalar

Universitário de São João ¹³Hospital Professor Doutor

Fernando Fonseca, EPE, ¹⁴IPO Coimbra

Introdução: A maioria das doentes com cancro do ovário (CO) é diagnosticada em estágio avançado e recidiva nos primeiros 3 anos, sendo a sobrevivência aos 5 anos de 45%. A terapêutica principal consiste em cirurgia e quimioterapia. Objetivos Comparar a abordagem das doentes com CO em Portugal relativamente aos restantes países europeus incluídos no estudo RESPONSE.

Material e métodos: RESPONSE é um estudo observacional, multicêntrico, retrospectivo que caracterizou o padrão de tratamento e *outcomes* de doentes com CO, trompa ou peritoneu, serosos de alto grau ou endometrióides, em estádios avançados (FIGO III/IV). Foram incluídos oito países europeus com uma amostra global de 1119 doentes, com 16,9% (n = 190) de doentes portuguesas. Como critério de elegibilidade considerou-se a data de diagnóstico até 01 abril 2018 com *follow-up* mínimo de 20 meses.

Resultados e conclusões: Em Portugal,

73,7% das doentes foram submetidas a cirurgia em comparação com 80,1% observadas no RESPONSE. As proporções de cirurgia de citorredução primária (PDS) e de intervalo (IDS) foram 50,7% e 49,3%, respetivamente similar ao RESPONSE. O tempo médio desde o diagnóstico até à cirurgia foi superior em Portugal, 2,5 e 5 meses *versus* 0,5 e 3,5 meses no RESPONSE para PDS e IDS respetivamente, com citorredução completa em 36,6% (PDS) e 59,4%(IDS), abaixo dos resultados globais. Aos 24 meses 75,7% das doentes permanece viva, uma proporção ligeiramente menor que a observada no RESPONSE (79,3%). Esta sub-análise apresenta os padrões de tratamento de vida real em Portugal salientando oportunidades de melhoria nos procedimentos cirúrgicos do CO em comparação com os dados dos outros países europeus. Análises adicionais deverão ser realizadas para avaliar o impacto destas observações.

PO 57

EXÉRESE DE LESÕES VAGINAIS E VULVARES BENIGNAS UTILIZANDO LASER DE CO²

Paulina Costa¹; Tiago Alves²; Cristina Tavares²; Maria João Carinhas²

¹Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão; ²Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: A cirurgia com Laser CO² é utilizada com sucesso em vários procedimentos. Em comparação com a cirurgia tradicional, este procedimento minimamente invasivo permite uma execução cirúrgica com maior precisão, menor dano dos tecidos circundantes e menor perda hemática. Permite ainda uma cicatrização mais rápida, com menor distorção anatómica. No contexto da patologia do trato genital inferior, o acoplamento do Laser CO² ao colposcópico permite uma variedade de atos técnicos, sendo mais frequentemente utilizado no tratamento de displasia do colo, vagina e vulva. No entanto, atendendo às suas vantagens, a cirur-

gia com Laser CO² tem sido alargada a outros tipos de procedimentos, nomeadamente, tratamento cirúrgico de patologia benigna do trato genital inferior.

Descrição do caso: Descrição de dois casos clínicos submetidos a tratamento cirúrgico com Laser de CO².

Caso 1: Mulher de 53 anos, 2G2P, pós-menopausa, enviada à consulta por tumefação vaginal associada a incómodo. Ao exame objetivo era evidente uma lesão polipoide sésil, com base de 2 cm, inserida no 1/3 superior da parede vaginal direita com 4 x 3 cm. Apresentava teste de HPV AR negativo. Foi proposta exérese da lesão vaginal com Laser CO². A intervenção cirúrgica decorreu sem intercorrências, tendo o exame anatomopatológico revelado um pólipio fibroepitelial. Na consulta pós-operatória, 1 mês após, a doente apresentava-se sem queixas ginecológicas e com boa cicatrização.

Caso 2: Mulher de 46 anos, 3G2P, com crescimento progressivo de lesão polipoide vulvar após o último parto. Apresentava teste de HPV AR negativo. Ao exame objetivo apresentava uma lesão polipoide pediculada com cerca de 6 cm de maior diâmetro localizada no 1/3 inferior do grande lábio esquerdo. Foi proposta exérese com Laser CO², que decorreu sem intercorrências. O exame anatomopatológico revelou um pólipio fibroepitelial. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e com bom resultado estético.

Ambas as cirurgias foram realizadas sob anestesia local, em regime de ambulatório e com alta após o procedimento.

Conclusão: Com os casos clínicos apresentados pretende-se evidenciar a versatilidade do tratamento cirúrgico com Laser CO² e destacar as suas vantagens, permitindo um tratamento simples e rápido, em ambulatório, com baixa morbidade e boa satisfação por parte da doente.

PO 58

ESTENOSE VAGINAL IDIOPÁTICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Martins¹; Isabel Saavedra¹;
Patrícia Isidro Amaral¹

¹Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Introdução: A estenose vaginal é uma condição na qual ocorre estreitamento ou encurtamento do canal vaginal. Pode ser congénita ou adquirida. A estenose vaginal adquirida é rara e ocorre mais frequentemente como efeito da radioterapia externa e braquiterapia que leva ao desenvolvimento de aderências e fibrose no canal vaginal. Menos frequentemente estão descritos alguns casos de estenose vaginal pós-parto ou como consequência de mutilação genital feminina tipo III. Esta condição pode ter um grande impacto negativo na qualidade de vida por causar dispareunia ou mesmo impedimento da atividade sexual.

Descrição do caso: Mulher, 59 anos, pós-menopausa, com antecedentes de dois partos vaginais, sem antecedentes pessoais ou cirúrgicos relevantes. Encaminhada à consulta de Uroginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) por dispareunia e incapacidade de ter relações sexuais há dois anos. Ao exame objetivo constatou-se encurtamento acentuado do canal vaginal (cerca de dois cm), por estenose e obliteração completa no terço externo da vagina. Fez ecografia ginecológica com sonda transretal devido à impossibilidade de inserção da sonda vaginal. A ecografia não detetou outras alterações relevantes. Na consulta de Uroginecologia foi realizada lise e libertação quase total da sinéquia com escovilhão e digitalmente. A doente foi medicada com ácido hialurónico em óvulos e estrogénios tópicos. Voltou à consulta após quatro semanas, onde referiu estar bastante satisfeita e já conseguir ter relações sexuais com penetração. Está a aguardar nova reavaliação.

Conclusão: Em suma, este caso retrata uma situação incomum de estenose vaginal por de-

envolvimento de sinéquias sem fator causal evidente. Apesar do *follow-up* ainda curto, o tratamento foi eficaz e melhorou a qualidade de vida da doente.

PO 59

DRILLING OVÁRICO – UMA OPÇÃO NA INFERTILIDADE POR SÍNDROME DE OVÁRIO POLIQUÍSTICO?

Andreia Mota de Sousa¹; Fabiana Castro²;
Maria Liz Coelho²; Ana Morgado²; Diana Melo Castro²
¹CHTS; ²Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE /
Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A síndrome de ovário poliquístico (SOP) afeta cerca de 5-10% das mulheres em idade reprodutiva e caracteriza-se por anovulação, hiperandrogenismo e ovários ecograficamente micropoliquísticos. Representa a causa de infertilidade anovulatória em cerca de 80% dos casos. O *drilling* ovárico constitui a segunda linha de tratamento, em alternativa às gonadotrofinas, após o insucesso da indução médica da ovulação.

Objetivo: Determinação da taxa de gestação e de parto após *drilling* ovárico por via laparoscópica no tratamento da infertilidade.

Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo com recurso a registos clínicos em papel e informáticos, correspondente ao período compreendido entre janeiro de 2012 e dezembro de 2020.

Resultados: Durante o período em estudo, 34 mulheres, em seguimento na consulta de infertilidade, foram submetidas a *drilling* ovárico por via laparoscópica. A média de idade foi de 29,08 anos [21-38] e, o índice de massa corporal médio de 28,96kg/m². Das mulheres incluídas no estudo, 79,41% correspondiam a casos de infertilidade primária e 20,59% a infertilidade secundária, tendo sido realizado em 88,24% o estudo da permeabilidade tubária no mesmo tempo cirúrgico. Em 44,12% (n = 15) dos casos ocorreu gravidez espontânea com um intervalo de tempo médio entre a

realização do *drilling* ovárico e a data da última menstruação de 186 dias (6,2 meses). Das 15 gestações, 14 culminaram em parto a termo, uma teve como desfecho um abortamento espontâneo do 1º trimestre e uma das gestações culminou numa gravidez gemelar bicoriônica/biamniótica (6,7%).

Conclusões: Neste estudo, a taxa de gravidez após *drilling* ovárico é sobreponível à descrita na literatura, mostrando ser uma opção de tratamento nos casos de infertilidade de causa anovulatória por SOP.

PO 60

VAGINITE ENFISEMATOSA – UMA ENTIDADE RARA E SINGULAR

BARBARA LARANJEIRO¹; Fernanda Santos¹;
Teresa Rebelo¹; Fernanda Águas¹
¹CHUC

Introdução: A vaginite enfisematosa é uma patologia rara que se caracteriza pela presença de lesões quísticas preenchidas por conteúdo gasoso, localizadas a nível da vagina e exocolo uterino. A sua etiologia não se encontra bem esclarecida, mas, habitualmente, tem uma evolução benigna e autolimitada, podendo estar associada a patologias inflamatórias agudas ou crónicas. Os sintomas mais comuns são o surgimento de corrimento vaginal, metrorragia ou prurido, mas é, frequentemente, assintomática.

Descrição do caso: Doente de 51 anos, hipertensa e fumadora (30 UMA), encaminhada à consulta de Patologia Cervico-Vulvar por HPV 16. A doente referia corrimento com odor desagradável, com três meses de evolução.

Tratava-se de uma doente com coitarca aos 20 anos, perimenopausica, sem método contraceutivo e com um parto eutócico e duas interrupções voluntárias da gravidez. Referia ter tido cinco parceiros sexuais, mas atualmente negava companheiro. O exame ginecológico revelou, leucorreia arejada, amarelada, identificando-se múltiplas vesículas dispersas por toda

a vagina. Foram excluídas infeções sexualmente transmissíveis (*C. trachomatis*, *N. gonorrhoea*, *M. genitalium* e *Trichomonas vaginalis*) por PCR (DST multiplex), avaliado o conteúdo vaginal por exame a fresco, que revelou lactobacilos grau III, múltiplas *clue cells*, sem inflamação (vaginose bacteriana). Foram efetuadas biópsias orientadas por colposcopia. A nível da vagina foi identificada vaginite enfisematosa e, a nível do colo, lesão intraepitelial de baixo grau. Foi medicada com metronidazol oral 500 mg 12/12h, sete dias.

Ao fim de dois meses, mantinha queixas de leucorreia com odor. Ao exame ginecológico, já não eram identificadas as lesões vesiculares e os achados ao exame a fresco eram sobreponíveis, tendo sido medicada com clindamicina vaginal. Mantém seguimento.

Conclusão: Apesar de uma entidade rara, é importante o conhecimento clínico, uma vez que as manifestações são inespecíficas e sobreponíveis a múltiplas patologias. Deste modo, um diagnóstico adequado irá prevenir intervenções e tratamentos desnecessários.

PO 61

MASSAS ANEXIAIS NA GRAVIDEZ

Catarina Marçal Silva¹; André Luís Borges²;
Margarida Meira de Carvalho³; Cristina Vilhena¹;
Rui Gomes²; Helena Pereira²; Alcides Pereira¹;
Fernando Cirurgião²

¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; ³Hospital Fernando Fonseca

Introdução: As massas anexiais ocorrem em cerca de 2% de todas as gestações, sendo na sua maioria benignas. Na presença de complicações (torsão, hemorragia, rotura de quisto), a cirurgia de emergência pode ser necessária, apresentando riscos obstétricos acrescidos em relação à cirurgia programada. O tratamento destas lesões é por vezes difícil e controverso: expectante *versus* cirurgia eletiva comparando

o risco de complicações associadas à massa anexial *versus* riscos obstétricos decorrentes da cirurgia.

Descrição do caso: Descrevem-se três casos de massas anexiais detetadas no segundo trimestre, das quais, duas foram submetidas a laparoscopia durante a gravidez e um caso com excisão de massa anexial durante a cesariana.

Caso 1 – 29 anos, nulípara, saudável, sem cirurgias prévias, gravidez unifetal com suspeita de teratoma maduro com maior dimensão de 82 mm, assintomático às 15 semanas – submetida às 17 semanas a quistectomia por laparoscopia por risco de torção anexial, sem intercorrências cirúrgicas ou obstétricas. Diagnóstico histológico: teratoma maduro.

Caso 2 – 28 anos, nulípara, saudável, sem cirurgias prévias, gravidez unifetal com suspeita de teratoma maduro com maior dimensão de 63mm, assintomático às 17 semanas – submetida às 18 semanas a quistectomia por laparoscopia por risco de torção anexial, sem intercorrências cirúrgicas ou obstétricas. Diagnóstico histológico: teratoma maduro.

Em ambas as cirurgias optou-se por uma entrada na cavidade abdominal por técnica aberta, com trocar de Hasson, na região epigástrica a 5 cm acima da cicatriz umbilical dada altura de fundo do útero.

Caso 3 – 35 anos, primípara, saudável, sem cirurgias prévias, gravidez bicoriônica com suspeita de cistadenoma mucinoso com maior dimensão de 84 mm, assintomático às 21 semanas – optou-se por atitude expectante com crescimento da massa até 104mm às 34 semanas. Submetida a anexectomia unilateral durante cesariana realizada às 37 semanas por motivos obstétricos (primeiro feto pélvico). Gravidez sem intercorrências relacionadas com massa anexial. Diagnóstico histológico: cistadenoma mucinoso.

Conclusão: Na presença de uma massa anexial durante a gravidez o plano terapêutico deve ser

sempre discutido em equipa multidisciplinar, considerando a probabilidade de complicações e a decisão da própria grávida. No caso de se optar por uma abordagem cirúrgica durante a gestação, a laparoscopia no segundo trimestre parece ser a via e o *timing* preferencial por apresentar um menor risco de complicações.

PO 62

MIOMA HIDRÓPICO – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Daniela Encarnação¹; Ana Patrícia Soares¹; Carla Bahia¹; Marcela Bragança¹; Pedro Guedes¹; Virgílio Flôr¹; Duarte Teodoro¹; Ema Virga¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão

Introdução: O mioma uterino é o tumor pélvico benigno mais frequente na mulher em idade reprodutiva com uma prevalência de 20 a 50%. Cerca de 10% dos miomas apresentam características imagiológicas e histológicas atípicas que podem mimetizar neoplasias malignas do sistema reprodutor feminino. O mioma hidrópico é um subtipo extremamente raro, caracterizado histologicamente por edema do estroma e compartimentalização das células musculares lisas. A definição do diagnóstico por imagiologia constitui um verdadeiro desafio, no entanto é fundamental para o estabelecimento do tratamento adequado.

Descrição do caso: Descreve-se o caso de uma mulher de 42 anos, obesa, nulípara, referenciada à consulta externa de Ginecologia do CHUA-Portimão por achado de volumosa massa pélvica em exame ginecológico de rotina; sem outros antecedentes pessoais relevantes. Clinicamente, referia sensação de distensão abdominal e frequência miccional diurna aumentada com tempo indeterminado de evolução. O exame objetivo mostrou um tumor pélvico móvel, de limites mal definidos, que se estendia até 2 cm da cicatriz umbilical. Analiticamente, os marcadores tumorais mostraram-se dentro dos limi-

tes da normalidade. A ecografia e a tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica mostraram uma formação quística, com componentes sólidas, sugestiva de neoplasia maligna do ovário. O estudo imagiológico complementar com ressonância magnética (RM) pélvica revelou uma massa de 25 x 10 x 16 cm com conteúdo heterogêneo e contornos lobulados sugestivo de mioma pediculado hidrópico a condicionar compressão e lateralização esquerda do útero e a presença de outros miomas, o maior com 13 cm. Após discussão em reunião multidisciplinar, a doente foi submetida a laparotomia exploradora, adesiólise, excisão completa da lesão, histerectomia total e salpingectomia bilateral. Sem complicações pós-operatórias. O estudo histopatológico confirmou o diagnóstico de mioma hidrópico.

Conclusão: O mioma hidrópico é um tumor benigno raro, recentemente classificado como um subtipo específico de mioma pela Organização Mundial de Saúde (OMS). As características atípicas que apresenta nos exames complementares de diagnóstico podem mimetizar uma neoplasia maligna, o que constitui um desafio diagnóstico. Este caso revela a importância de uma equipa multidisciplinar na definição de um correto diagnóstico, a fim de se estabelecer um plano de tratamento adequado, ainda que o diagnóstico definitivo seja, contudo, histológico.

PO 63

RELUGOLIX COM TERAPÊUTICA ADD-BACK NA ABORDAGEM DE MIOMAS SINTOMÁTICOS – QUE PAPEL?

Bárbara Silva Gomes¹; Ângela Rodrigues¹;
Maria João Carvalho¹; Fernanda Águas¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /
Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Os leiomiomas uterinos são uma das principais causas de hemorragia uterina anormal (HUA). O Relugolix com terapêutica *Add-back* é uma das mais recentes armas ter-

rapêuticas. O Relugolix é um antagonista dos recetores de GnRH que possibilita a diminuição dos níveis de estradiol. A adição da terapêutica de *Add-back* com estradiol e acetato de noretisterona permite evitar a perda de massa óssea e sintomas vasomotores. Está indicado no tratamento de miomas com sintomas moderados a graves, com o objetivo de reduzir o volume da HUA e corrigir a anemia.

Objetivos: Avaliar os resultados do tratamento com Relugolix/Estradiol/Acetato noretisterona no tratamento dos miomas uterinos.

Metodologia: Análise retrospectiva das doentes submetidas a tratamento médico com Relugolix combinado com Estradiol/Acetato noretisterona (Ryeqo[®]) no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra no período compreendido entre janeiro de 2022 e março de 2023.

Resultados: Foram incluídas no estudo 18 mulheres, com idade média 44,0 ± 6,1 [34-54] anos. Cinco (27,8%) eram nulíparas, uma (5,6%) referia história de infertilidade e três (16,7%) manifestava desejo de engravidar.

Todas foram referenciadas por HUA que condicionou anemia em 12 (66,7%). O valor médio de hemoglobina foi de 10,5 ± 1,9 [6,8-13,3] g/dL, 16 (88,9%) teve necessidade de suplementação de ferro, 15 (83,3%) oral e um (5,6%) endovenoso, três (16,7%) apresentaram necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário. No estudo imagiológico, oito (44,4%) apresentavam um único mioma e 10 (55,6%) pelo menos dois miomas. O maior diâmetro médio foi 58,1 ± 24,4 [31-93] mm. Foram classificados, segundo a FIGO, como tipo 4 em 27,8%, tipo 2 e 3 em 16,7% cada, tipo 5 e 6 em 5,6% cada e tipo 2-5 em 16,7%.

Realizaram em média 2,8 ± 2,6 [1-11] meses de tratamento. No decurso do tratamento, 12 (66,7%) referiam controlo da HUA e cinco (27,8%) atingiu amenorreia no decurso do tratamento. Houve redução do volume de HUA para pelo menos metade durante a primeira semana

de tratamento na maioria. Após a conclusão da terapêutica, a hemoglobina média foi de $11,8 \pm 1,7$ [8,7-14,4] g/dL e o maior diâmetro médio dos miomas era de $56,7 \pm 20,7$ [30-90] mm. A taxa de aumento dos níveis de hemoglobina foi de 20% e de redução do tamanho dos miomas foi de 3,4%. Não foram descritos efeitos secundários.

Posteriormente foram submetidas a cirurgia 11 (61,1%) mulheres: quatro (22,2%) miomectomias e sete (38,9%) hysterectomias totais. Cinco encontram-se sob tratamento médico, sem perspectiva de intervenção cirúrgica a curto prazo.

Conclusões: O tratamento médico com Relugolix com terapêutica *Add-back* apresenta altas taxas de controlo da HUA, possibilitando a melhoria nos níveis de hemoglobina. Apesar de não estar associado a diminuição das dimensões dos miomas, permitiu o controlo sintomático e a otimização das condições cirúrgicas.

PO 64

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DA VAGINA – CLÍNICA E COLPOSCOPIA: HAVERÁ CORRELAÇÃO?

Bárbara Silva Gomes¹; Bárbara Sepodes¹; Fernanda Santos¹; Olga Caramelo¹; Rosa Lourenço¹; Teresa Rebelo¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A neoplasia intraepitelial da vagina (VaIn) é uma lesão pré-maligna rara. A sua prevalência tem vindo a aumentar, devido à melhoria do diagnóstico. A heterogeneidade dos achados colposcópicos e a presença de atrofia vaginal nas idades em que a prevalência é maior, dificultam o seu diagnóstico.

Objetivos: Avaliar a correlação entre os achados clínicos e colposcópicos e o diagnóstico de VaIn e sua progressão.

Material e método: Foi efetuado um estudo transversal de 36 casos de VaIn diagnosticada-

dos no CHUC, entre janeiro de 2018 e junho de 2022. Os dados foram analisados com SPSS v27 ($p < 0.05$).

Resultados: Foram diagnosticados 36 casos, 27 (75%) com VaIn1, três (8,3%) com VaIn2 e seis (16,7%) com VaIn3. A idade média ao diagnóstico foi $52,5 \pm 11,7$ anos, sem diferenças entre grupos. A maioria das mulheres era assintomática e três (8,3%) apresentavam coitorragias ($p > 0,05$).

Seis (16,7%) eram fumadoras, 17 (47,2%) pós-menopáusicas, quatro (5,6%) imunodeprimidas e 14 (46,7%) referiam uso de estroprogestativo oral, durante uma média de $12,5 \pm 9,3$ anos. Não foram encontradas diferenças entre grupos.

O diagnóstico de VaIn foi identificado em quatro mulheres hysterectomizadas, dois VaIn1 em mulher com antecedentes de CIN1 e HPV persistente, um VaIn2 perante antecedentes de CIN2 e um VaIn1 em mulher com antecedentes de cancro do colo do útero (CCU), estadio FIGO IIA1. Em contexto de doença invasiva, foram diagnosticados adicionalmente dois casos de VaIn3, em doentes com CCU estadio FIGO IIA2 e IIIB.

A genotipagem foi positiva para HPV16 e/ou 18 em 14 (42,4%), HPV outros em 13 (39,4%) e negativa em seis (16,7%). A maioria das mulheres com VaIn 2/3 era positiva para HPV 16 e/ou 18 (66%, $n = 2$; 75%, $n = 4$, respetivamente).

À colposcopia o diagnóstico de cinco (83,3%) casos de VaIn3 foi realizado perante achados suspeitos de invasão. Achados grau 2, foram descritos de forma idêntica entre VaIn2 ($n = 1$) e VaIn3 ($n = 2$). A multifocalidade ocorreu sobretudo na VaIn3 (83,3%, $n = 5$). Tanto VaIn1 como VaIn2 apresentavam sobretudo lesão única (70,4% e 100%, respetivamente). O terço superior da vagina foi a localização mais frequente para todos os tipos de VaIn (VaIn1 42,3%, VaIn2 66,7%, VaIn3 50%). Na comparação entre VaIn1 e VaIn2/3, foi encontrada

diferença relativamente à descrição de lesões multifocais ($p = 0,02$) e suspeita de invasão na colposcopia ($p < 0,001$).

Na maioria dos casos foi assumida uma atitude expectante (63,9%, $n = 23$), nos restantes, nove (25%) foram submetidos a vaporização LASER CO₂ e quatro (11.1%) excisão parcial ou total.

A taxa de doença residual foi de 27,3%, predominantemente em ValN3. Em um dos casos, a recidiva de ValN3, levou à implementação de terapêutica médica com Imiquimod 5%.

Conclusões: Sendo a ValN uma entidade rara e assintomática, a colposcopia é essencial para o diagnóstico e orientação. Os achados colposcópicos com lesões multifocais ou suspeita de invasão e foram identificados em maior associação com ValN de alto grau

PO 65

ENDOMETRIOSE NA MENOPAUSA – RELATO DE UM CASO ATÍPICO

Márcia Coimbra¹; Joana Aidos¹; Carlos Montenegro²; Sónia Gonçalves¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE; ²CEDAP Coimbra

Introdução: A endometriose é uma doença crónica, benigna, caracterizada pela presença de glândulas e estroma endometrial em localização extrauterina. Afeta predominantemente mulheres em idade reprodutiva, com uma prevalência estimada de 10%. Na menopausa é uma doença menos frequente, com uma incidência de cerca de 2-5%. A endometriose pode evoluir de forma insidiosa e assintomática ou manifestar-se de forma recidivante com sintomas como dor pélvica, dismenorreia ou dispareunia, que afetam significativamente a qualidade de vida da mulher. Alguns estudos relatam a existência de uma associação entre endometriose e a transformação maligna destes mesmos focos endometrióticos. Na menopausa são poucos os estudos a relatar esta associação.

Descrição do caso: Trata-se de uma mulher de 77 anos referenciada à consulta hospitalar de ginecologia por uma massa anexial direita detetada ecograficamente. Com menarca aos 14 anos e menopausa aos 45 anos, durante a vida reprodutiva referia ciclos regulares, com dismenorreia intensa; esteve grávida duas vezes, com um aborto espontâneo do primeiro trimestre e um parto vaginal de termo, sem intercorrências. A doente encontrava-se assintomática, sem queixas ginecológicas no momento da referenciação. Repetiu ecografia transvaginal, que evidenciou uma formação anexial septada com 68mm de maior diâmetro, com pequeno componente sólido, sem vascularização. O risco de malignidade ovárica (ROMA) foi baixo, 10,4%, com um doseamento de CA-125 normal. Foi proposta e realizada anexectomia bilateral por laparoscopia, sem registo de intercorrências. O estudo anátomo-patológico demonstrou focos de endometriose em ambos os ovários e um foco (6mm) de carcinoma intraepitelial seroso na trompa direita.

Conclusão: O presente trabalho descreve um caso raro de endometriose diagnosticado na menopausa. Concomitantemente e sem que os exames laboratoriais e imagiológicos pré-operatórios o fizessem antever foi também diagnosticado um foco de carcinoma intraepitelial seroso da trompa homolateral à formação anexial identificada. Assim, este caso clínico pretende realçar a importância do adequado acompanhamento de mulheres menopáusicas, que mesmo sem o diagnóstico prévio de endometriose em idade reprodutiva, podem sofrer desta patologia, e por conseguinte, desenvolver as suas inerentes complicações, nomeadamente a transformação maligna destes focos.

PO 66

MASSA PÉLVICA NÃO GINECOLÓGICA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Joana da Cunha Simões¹; Ana Beatriz Teixeira²;
Ana Sofia Fernandes²; Jorge Beires²

¹CHUA - Faro; ²Centro Hospitalar Universitário de São João

Mulher de 32 anos, referenciada à consulta externa de Ginecologia, por achado ecográfico de lesão anexial, realizada em contexto de dor hipogástrica.

Na ecografia ginecológica, observava-se uma lesão anexial direita, na aparente dependência do ovário, multilocular sólida, com 87 x 48 x 60 mm, constituída por 4 locas com conteúdos diferentes: 2 anecogénicas, 1 com padrão reticulado e outra com conteúdo de baixa ecogenicidade com lesão sólida intracística, hiperecogénica, com contornos irregulares e fluxo moderado, com 37 x 16 x 44 mm. O ovário esquerdo, de normal ecoestrutura e dimensão, encontrava-se aderente à parede uterina. Apresentava ligeira quantidade de líquido livre no fundo de saco de Douglas. Pela suspeita imagiológica de malignidade, foi proposta para cirurgia de estadiamento de carcinoma do ovário.

Intra-operatoriamente constatou-se um conglomerado do anexo direito, ileon e cólon ascendente. Foi realizada ileocelectomia alargada ao anexo direito. O exame histológico mostrou adenocarcinoma invasor do cego, anexo direito sem invasão.

PO 67

MIOFIBROBLASTOMA SUPERFICIAL DA VAGINA

Margarida Teixeira de Figueiredo¹; Maria Oliveira¹;
Rita Dunkel¹; Isabel Ferreira¹; Anabel Ferreira¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: O miofibroblastoma superficial é um tumor mesenquimatoso benigno raro que ocorre predominantemente no trato genital in-

ferior feminino. Existem apenas alguns casos descritos na literatura.

Neste caso clínico apresenta-se um caso de miofibroblastoma superficial da vagina, bem como os seus achados radiológicos e histológicos.

Descrição do caso: Mulher de 38 anos, enviada do Centro de Saúde à consulta de Ginecologia do CHBV por achado em observação ginecológica de uma formação polipóide pediculada de consistência elástica com cerca de 4-5 cm com base na parede vaginal/colo do útero.

À observação ginecológica na consulta constatou-se “uma formação arredondada móvel pediculada com cerca de 4 cm na dependência do fundo de saco posterior e lábio posterior do colo do útero à direita”.

À ecografia endovaginal “útero com 63 x 36 x 42 mm, miométrio heterogéneo, endométrio com 5,7 mm com imagem sugestiva de pólipos endometrial com 10 x 4 mm. Na vagina visualiza-se formação de conteúdo homogénio, não vascularizado, com 39 x 34 x 23 mm. Ovários sem alterações”.

A doente foi proposta para excisão cirúrgica da massa.

Como achados operatórios contactou-se uma massa vaginal de consistência intermédia (sólida/quística) com cerca de 5 cm, bilobulada, com pedículo inserido na parede posterior da vagina a nível médio. Procedeu-se a enucleação e remoção da massa. Enviou-se para estudo anatomo-patológico.

Ao exame anatomo-patológico: características de neoplasia mesenquimatosabenigna, compatível com miofibroblastoma superficial.

Conclusão: Apesar da natureza desafiadora do diagnóstico pré-operatório de tumores vaginais mesenquimatosos, as características radiológicas podem ajudar a diferenciá-los de outras entidades mais agressivas ou tumores malignos. Embora este tipo de tumor não tenha nenhum potencial maligno, pode recorrer localmente sen-

do por isso recomendado *follow up* a longo prazo.

PO 68

A VAGINA COMO PORTA DE ENTRADA PARA O *STREPTOCOCCUS PYOGENES*

Rita Queiros¹; Ana Beatriz Almeida²;
Inês Alencão²; Gonçalo Inocêncio²; Helena Veloso²;
Rosa Zulmira²

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; ²Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: O Síndrome do Choque Tóxico Estreptocócico caracteriza-se por uma doença invasiva, mediada por toxinas bacterianas causada, na maior parte dos casos, por *Streptococcus* do grupo A. As toxinas produzidas pelas bactérias atuam como superantígenos, produzindo uma resposta imune exagerada. Apesar de ser uma entidade rara, apresenta uma mortalidade muito elevada.

Descrição do caso: Mulher 47 anos, saudável, recorreu ao SU geral por dor abdominal e febre com 3 dias de evolução, sem outros sintomas associados. Apresentava dor difusa à palpação abdominal profunda. O estudo analítico realizado não demonstrava alterações e assim pela discrepância com a clínica da utente, foi realizada TAC AP que revelou imagem suspeita de hidrossalpinge. Na avaliação pela ginecologia, apresentava dor à mobilização do colo uterino e ecografia ginecologia a revelar líquido livre em quantidade moderada no Fundo Saco Douglas. Inicialmente, a clínica não se enquadrava num quadro de doença inflamatória pélvica. No decorrer da avaliação, iniciou quadro de alteração do estado de consciência, com hipotensão e taquicardia mantida, sinais de hipoperfusão e evolução para quadro de abdómen agudo franco. Assumiu-se assim, choque séptico com ponto de partida pélvica tendo a utente sido submetida a laparotomia exploradora – constatada peritonite purulenta de predomínio pélvico. Durante a cirurgia, na avaliação anexial não se encontraram sinais inequívocos de piosalpinge.

No pós-operatório, teve necessidade de suporte vasopressor e admissão nos cuidados intensivos. As hemoculturas e as culturas do pús revelaram *Streptococcus Pyogenes*, tendo-se admitido como diagnóstico um Síndrome do choque tóxico estreptocócico.

Conclusão: Devido à gravidade desta entidade, o diagnóstico precoce é essencial. Este pode ser difícil pela falta de sintomas clínicos evidentes requerendo assim, um índice de suspeição elevado. A instituição terapêutica atempada mostra-se, portanto, fundamental para uma evolução favorável do curso desta síndrome.

PO 69

LEIOMIOMAS PRIMÁRIOS DO OVÁRIO BILATERAIS – CASO CLÍNICO DE UMA PATOLOGIA RARA

Rita Ladeiras¹; Hugo Barros¹; Joana Sousa Nunes¹;
Alexandra Meira¹; Maria José Pires¹;
Pedro Vieira de Castro¹

¹HSO-Guimarães

Introdução: Os leiomiomas são dos tumores sólidos do ovário mais raros, estando descritos menos de 100 casos na literatura. Geralmente são unilaterais, ocorrendo na sua maioria em mulheres entre os 20 e os 65 anos. O diagnóstico é frequentemente acidental, sendo que geralmente não causam sintomas.

Descrição do caso: Mulher de 33 anos, saudável, sem coitarca, orientada para a consulta de Ginecologia após achado, em RMN realizada no contexto de suspeita clínica de sacro-ileíte, de várias massas de contornos lobulados com hipossinal em T1 e T2, ocupando praticamente toda a cavidade pélvica, aparentemente sem relação com o útero ou os anexos. Realizou TC abdominopélvica que confirmou a presença de massas pélvicas, as maiores com 10 e 8 cm, sugerindo a hipótese de leiomiomatose peritoneal. Submetida a biópsias guiadas por imagem, cujo resultado histológico e imunohistoquímico foi compatível com leiomiomas. Me-

dicada com agonistas GnRH e proposta para tratamento cirúrgico.

Deu entrada no serviço de Urgência com quadro de dor aguda muito intensa, localizada na fossa ilíaca direita, e vômitos. Realizou TC abdominopélvica onde foram objetivadas massas de realce heterogêneo ocupando a escavação pélvica, com efeito de massa nas ansas intestinais e bexiga, tendo-se excluído patologia primária intestinal. O estudo analítico realizado não evidenciou alterações relevantes. Foi decidida laparotomia exploradora por agravamento do quadro clínico, durante a qual se objetivou útero de aspeto macroscópico normal e transformação ovárica em aglomerados de múltiplos nódulos de consistência elástica, sugestivos de leiomiomas, ocupando toda a cavidade pélvica, à esquerda com 12 x 10 cm e à direita com cerca de 15 x 8 cm. O anexo direito apresentava áreas de aspeto necrosado, com aparente torção do pedículo utero-ovárico e da trompa. A trompa esquerda encontrava-se aumentada de tamanho, edemaciada e aderente ao ovário esquerdo. Realizada excisão das massas anexiais bilaterais, com remoção de ambas as trompas e ovário direito na totalidade, tendo sido possível apenas preservação de uma pequena porção de tecido ovárico esquerdo. O estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de leiomiomas primários do ovário. A doente teve boa evolução pós-operatória, com resolução das queixas álgicas.

Conclusão: Os leiomiomas primários do ovário devem ser considerados nos diagnósticos diferenciais dos tumores sólidos do ovário. O diagnóstico pré-operatório pode ser difícil, sendo que deverá incluir um estudo imunohistoquímico. Este caso torna-se único pela sua apresentação clínica e pelo atingimento de ambos os ovários.

PO 70

QUANDO O ALERTA SURGE NO LIMITE: UM CASO DE TERATOMAS BILATERAIS COM TORÇÃO ANEXIAL UNILATERAL

Sara Sereno¹; Carolina Carneiro¹; Susana Saraiva¹; Mariana Pimenta¹; Inês Falcão Reis¹; José Carlos Silva¹; Isabel Monteiro¹

¹Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A torção ovárica é uma das emergências ginecológicas mais frequentes. Constitui fator de risco para esta ocorrência a presença de massas anexiais. O risco de torção é maior em massas benignas, aumentando com o seu tamanho. O teratoma quístico maduro é o tumor ovárico mais frequente em mulheres na 2ª e 3ª décadas de vida. É habitualmente unilateral, apresentando-se bilateralmente em cerca de 15% dos casos.

Descrição do caso: Mulher, 33 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, nuligesta, sob anticoncetivo oral combinado. Referindo sensação de peso pélvico com 3 meses de evolução, recorreu ao serviço de urgência por dor tipo cólica, na fossa ilíaca esquerda, com 2 dias de evolução e agravamento progressivo.

Realizou TC abdomino-pélvica que revelou 2 imagens quísticas: uma retrouterina com 6 cm e outra anterior no escavado pélvico com 9 cm, ambas com conteúdo heterogêneo, áreas de densidade lipídica, calcificações e projeções sugestivas de nódulos de Rokitansky, compatíveis com teratomas quísticos maduros. Pedida a colaboração de Ginecologia neste contexto.

À observação, a destacar apenas tumefação perceptível na palpação bimanual do fundo de saco anterior.

A ecografia transvaginal reforçou a suspeita de teratomas, destacando-se ainda o folicular *ring sign*, sugestivo de torção ovárica.

Realizou-se laparoscopia diagnóstica urgente. Constatou-se, à esquerda, a presença de volumosa massa na dependência do ovário, com torção anexial e, à direita, um ovário de tama-

nho aumentado, sem outras alterações. Dado edema tecidual, que dificultou a diferenciação entre as estruturas anexiais e o teratoma procedeu-se a anexectomia esquerda. Realizou-se ainda quistectomia à direita, preservando-se o tecido ovárico possível. Ambos os quistos apresentavam conteúdo heterogéneo, lipídico, com pêlos e, no quisto maior, dentes.

O exame anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de teratomas quísticos maduros, com sinais de torção anexial esquerda.

Conclusão: Os anexos após torção, mesmo com aparência isquémica/hemorragica, deverão ser preservados sempre que possível. O presente caso ilustra o desafio que pode existir na distinção do tecido potencialmente viável, tanto pela distorção anatómica, como pela aparência consequente à hipóxia tecidual. O diagnóstico precoce desta entidade é dificultado pela pouca especificidade dos sintomas que se lhe associam, sendo a intervenção tardia um dos principais fatores que condiciona a impossibilidade de preservação do tecido anexial.

PO 71

IMPACTO DO PESO UTERINO NOS DESFECHOS DE HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA – SERÁ QUE INFLUENCIA?

Susana Saraiva¹; Carolina Carneiro¹; Patricia Ferreira¹; Ana Paula Reis¹; Margarida Brandão¹; Susana Leitão¹; José Carlos Silva¹; Soledade Ferreira¹; Cristina Costa¹
¹Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A histerectomia é a cirurgia ginecológica mais comum e pode ser realizada por via vaginal, laparoscópica ou abdominal. Úteros volumosos, não sendo o *cutoff* de peso consensual na literatura, podem condicionar as primeiras duas abordagens e aumentar a taxa de complicações associadas.

Objetivos: Avaliar a influência do peso uterino nos desfechos de histerectomia total laparoscópica.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo de mulheres submetidas a HTL entre 2020 e 2022 na nossa instituição. A amostra foi dividida em 2 grupos consoante o peso uterino: grupo 1 (peso uterino < 250 g) e grupo 2 (peso uterino ≥ 250 g). Procedeu-se a avaliação das características de base das mulheres, desfechos intra e pós-operatórios.

Resultados: Entre os anos 2020 e 2022, 145 mulheres realizaram histerectomia total via laparoscópica na nossa instituição. Em 94% (n = 136) das mulheres, o exame anátomo-patológico revelou patologia não maligna. Cerca de 4,1% das mulheres tiveram complicações intraoperatoriamente, com hemorragia > 1000 ml, conversão para laparotomia, lesão iatrogénica vesical e laceração intestinal. A partir do 10º dia pós-cirurgia, houve cerca de 11,7% de complicações pós-operatórias, sendo que 10,3% dos casos ocorreram em cirurgia por patologia não maligna.

O grupo 1 envolveu 114 mulheres e o grupo 2 31 mulheres. Em ambos os grupos, o IMC tem a sua mediana (M) na categoria de sobrepeso e não apresenta diferenças entre os grupos. A mediana do peso dos úteros foi de 144g (intervalo interquartil 124). O grupo 1 apresentou mediana de idade superior (M = 50; intervalo interquartil 7) à do grupo 2 (M = 48; intervalo interquartil 7). O peso uterino na pré-menopausa foi estatisticamente superior ao peso uterino na pós-menopausa ($X^2 = 4,671$; $p = 0,031$). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à duração do internamento, às complicações intra-operatórias ou pós-operatórias.

Conclusões: Este estudo apresentou uma taxa de complicações para patologia não maligna concordante com a literatura. Demonstrou ainda que o peso uterino não influenciou os desfechos associados a HTL, não aumentando as complicações intra e pós-operatórias nem a duração de internamento. Não obstante o número

reduzido de casos, estudos de maior dimensão são necessários por forma a validar os resultados apresentados.

PO 72

PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR – TUMORES INCOMUNS

Mariana Veiga¹; Ana Rita Silva¹;
Margarida Gonzalez¹; Joana Cominho¹;
Susana Oliveira¹; Helena Santos e Pereira¹
¹HPP Hospital de Cascais

Nas últimas décadas, a patologia do trato genital inferior (TGI) tem motivado um aumento da procura de cuidados médicos nas consultas de Ginecologia.

Os tumores benignos do TGI, apesar de muitas vezes assintomáticos e achados ocasionais detetados pela própria doente, devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de queixas referidas à vulva e vagina. Estes tumores são classificados de acordo com critérios clínicos e divididos em dois grupos distintos: quísticos e sólidos. Os tumores sólidos, por sua vez, podem ser classificados como epiteliais, mesenquimatosos ou pigmentados. Ainda que incomuns, é importante distingui-los de patologia neoplásica a carecer de tratamento específico. Embora na sua maioria não impliquem tratamento, habitualmente a excisão cirúrgica possibilita um diagnóstico definitivo.

A familiarização com estes tumores é imperativa para um diagnóstico e plano terapêutico adequados. Apresenta-se uma descrição de algumas lesões do TGI diagnosticadas na consulta externa de patologia do TGI do Hospital de Cascais: adenomioma endocervical prolapso; mioma cervical; mioma de localização vaginal; fibrolipoma da vulva.

PO 73

SEXUALIDADE NA MENOPAUSA – HÁ LUGAR PARA O DATING ONLINE?

Sofia Albuquerque Brás¹; Andreia Martins¹;
Ana Isabel Machado¹; Ana Maria Fatela¹
¹Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Introdução: A menopausa marca o fim da idade reprodutiva da mulher e abre portas a uma nova etapa. Com o aumento da esperança de vida, o tempo vivido na pós-menopausa é cada vez maior, e a experiência pode ser vivida de formas diferentes, nomeadamente no que toca à sexualidade. O mundo de hoje é cada mais digital, e a área da sexualidade não é exceção. As *dating apps* (aplicações de encontros) têm crescido e oferecem novas experiências e formas de socialização. Entre os estudos existentes sobre a sexualidade na pós-menopausa existe pouca investigação sobre esta nova era digital.

Objetivos: Avaliar a perceção das mulheres na pós-menopausa sobre a sua sexualidade e utilização de *dating apps*.

Material e métodos: Estudo observacional transversal. Questionário online, anónimo, dirigido a mulheres na pós-menopausa, durante o período de duas semanas em abril/2023. Os dados foram analisados em SPSS V24.

Resultados: Obtiveram-se 104 respostas. A idade média foi 58,5 anos (min.: 50; máx.: 73), 98,1% considera-se heterossexual; 61,5% (n = 64) são casadas ou vivem em união de facto; 26% (n = 27) divorciadas; 6,7% (n = 7) solteiras; e 2,9% (n = 3) viúvas. A maioria (80,8%, n = 84) afirmou manter uma vida sexual ativa e 58,7% referem estar satisfeitas ou muito satisfeitas (61/104). A queixa mais frequente foi a diminuição do desejo (45,2%, n = 47) seguida de dispareunia (30,8%, n = 32); 27,9% das mulheres (n = 29) não sente diferença na vida sexual e 11,5% (n = 12) sente-se melhor que nunca. Quando questionadas acerca da perceção do/a seu/sua parceiro/a quanto à sexualidade do casal: 35,6% (n = 37) refere que

se mantém igual; 19,2% (n = 20) que piorou e 4,8% (n = 5) que melhorou.

Apenas 10,6% das inquiridas (n = 11) utiliza ou já utilizou aplicações de encontros online, a maioria há menos de um ano (7/11). A idade média das utilizadoras foi 58,3 anos; a maioria é divorciada (81,8%, n = 9), e 72,7% refere estar satisfeita ou muito satisfeita com a sua vida sexual. As aplicações mais referidas foram o Tinder, Bumble e Badoo. A principal motivação foi a procura de uma relação séria (73%). Novas experiências (45%), curiosidade (27%) e desejo de se “sentir elogiada” (27%) foram outros incentivos. A maioria das mulheres não liga a câmara durante a utilização (63,6%) e 45,5% não utiliza o nome verdadeiro. Quando questionadas as mulheres que negaram utilizar estas aplicações sobre a razão pela qual não o faziam: 87,1% (81/93) referiu não ter interesse; 8,6% não conhecia (8/93) e 4,3% (4/93) tem interesse, mas vergonha de utilizar.

Conclusões: Este estudo demonstra que a maioria das mulheres mantém vida sexual ativa na pós-menopausa e se encontra satisfeita. Apesar de já haver alguma utilização das *dating apps* nesta população, permanece inferior à de grupos etários mais jovens, por vezes por vergonha. Assim, é necessário desmistificar esta nova forma de socialização e sexualidade. Como limitação do estudo destacamos o reduzido tamanho da amostra.

PO 74

IMPACTO DA VACINAÇÃO NA ELIMINAÇÃO DA INFECÇÃO POR HPV E NA RECORRÊNCIA APÓS EZT

Ana Aparício¹; Olga Caramelo¹; Fernanda Santos¹; Teresa Rebelo¹; Fernanda Águas¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A vacinação contra o HPV é uma medida de prevenção primária eficaz que tem impacto na redução de citologias anormais, le-

sões intraepiteliais de baixo grau (LSIL) e de alto grau (HSIL) do colo, além de outras infeções/lesões associadas ao HPV. Apesar de não terem eficácia terapêutica, existem dados que sustentam um potencial benefício da vacinação em mulheres com lesões cervicais, na prevenção de infeção/reinfeção pelos tipos vacinais e diminuição da recorrência de lesões. As técnicas excisionais visam tratar as neoplasias intraepiteliais cervicais, partindo do pressuposto que a excisão de lesões precursoras previne progressão para carcinoma.

A vacinação pré e pós-tratamento não é consensual, mas estudos atuais mostram uma redução do risco de novas lesões em mulheres vacinadas.

Objetivos: Descrever o efeito da vacinação do HPV na recorrência após Excisão da Zona de Transformação (EZT).

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes com seguimento em consulta de patologia cervico-vulvar de um hospital terciário submetidas a EZT de janeiro de 2019 a dezembro de 2021. Realizaram-se um total de 162 EZT, excluindo-se 6 doentes (falta de seguimento, ausência de HPV positivo antes do tratamento), totalizando 156 doentes elegíveis. Foram divididas em 3 grupos de acordo com o estado de vacinação para HPV: sem vacinação 62,2% (n = 97), vacinação prévia à EZT 9% (n = 14) e vacinação após EZT 27,6% (n = 43).

Resultados e conclusões: A mediana de idades à admissão na consulta das doentes submetidas a EZT foi 40 anos (23-64). 12,8% das mulheres eram pós-menopáusicas e 37,8% (n = 59) eram fumadoras.

A tipagem de HPV prévia à EZT consistia em: HPV16+ 34% (n = 53); HPV18+ 8,3% (n = 13); HPV outros tipos de alto risco (AR) 35,3% (n = 55). Em 22,4% (n = 35) constataram-se co-infeções por vários tipos de HPV.

No exame histológico, 35,9% (n = 56) tinham lesões de baixo grau, 54,5% (n = 85) lesões de

alto grau e 2,6% (n = 4) alterações compatíveis com carcinoma.

Obtiveram-se EZT com margens livres em 75,0% (n = 117) dos casos, com margens invadidas em 18,6% (n = 29) e com margens inconclusivas em 3,8% (n = 6). Não houve diferença estatisticamente significativa na eliminação do HPV entre doentes com EZT com margens livres e invadidas.

Das doentes submetidas a EZT 62,8% (n = 98) eliminaram o HPV, com uma mediana de tempo de eliminação de 6 meses. Houve eliminação do HPV em 55,8% das vacinadas após EZT e em 71,4% das vacinadas previamente ao tratamento. No grupo das não vacinadas essa percentagem foi 64,6%. Quanto ao tempo de eliminação do HPV, não houve diferença estatisticamente significativa entre vacinadas pré e pós-EZT (p = 0,679), nem entre vacinadas e não vacinadas (p = 0,850).

A diferença na eliminação do HPV entre doentes vacinadas e não vacinadas não foi estatisticamente significativa (p = 0,692).

PO 75

ECOGRAFIA GINECOLÓGICA: E QUANDO AS APARÊNCIAS ILUDEM?

Emily González Guerreiro da Silva¹;
Alexandra Coelho¹; Carla Leitão¹; Paula Ambrósio¹;
Maria do Carmo Silva¹

¹Maternidade Alfredo da Costa

Introdução: A ecografia pélvica endovaginal é o exame de primeira linha na avaliação da cavidade endometrial. Pólipos endometriais, leiomiomas submucosos, hiperplasia ou atípia endometrial, sinéquias ou septos uterinos são exemplos de patologias encontradas na sequência de esclarecimento de espessamento endometrial.

Caso clínico: Relata-se o caso de uma doente de 57 anos, assintomática, com achado ecográfico de espessamento endometrial sugestivo de pólipos com 3 cm e presença de dispositivo in-

tra-uterino (DIU). Exame ginecológico com estenose do orifício externo (OE) do colo sem visualização dos fios do DIU. Realizada histeroscopia com dilatação do OE e visualização da haste do DIU no canal cervical permitindo a sua remoção com pinça histeroscópica. Entrada na cavidade uterina que se encontrava preenchida de líquido muco-purulento. Amostra enviada para estudo microbiológico e histológico, que foi enviado para estudo pela microbiologia e anatomia patológica cujos resultados foram negativos. Após esvaziamento do conteúdo e lavagem com soro fisiológico constatou-se um endométrio atrófico e ausência de formações polipóides.

Conclusão: A ecografia endovaginal é o exame de primeira linha para estudo endometrial. Normalmente a presença de hidrometra na sequência de estenose do orifício interno do colo permite uma melhor definição do endométrio e de formações polipóides, contudo, a densidade do conteúdo encontrado nesta doente serviu como factor de confundimento. Este caso demonstra como os achados ecográficos nem sempre têm relação com as lesões endometriais. Apesar de elevada acuidade diagnóstica da ecografia endovaginal do estudo endometrial, os achados da ecografia deverão ser correlacionados com a história da doente e se necessário recorrer a outros métodos tal como a histeroscopia para diagnóstico da situação clínica, permitindo ainda o tratamento da maioria das lesões encontradas.

PO 76

HISTEROSCOPIA OFFICE NO TRATAMENTO DE MIOMAS SUBMUCOSOS – CASUÍSTICA DE 1 ANO

Andreia Martins¹; Maria Vicente¹; Maria Henriques¹;
Isabel Saavedra¹; Sofia Brás¹; Ana Maria Fatela¹;
Maria do Carmo Silva¹

¹Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Introdução: O mioma uterino é o tumor pélvico benigno mais frequente na mulher em idade reprodutiva. Os miomas submucosos são o

subtipo menos frequente, sendo a hemorragia uterina anormal o sintoma mais comum. A miomectomia histeroscópica é o tratamento de primeira linha e está descrita uma elevada taxa de sucesso. A histeroscopia *office* permite a avaliação da cavidade uterina e tratamento sem necessidade de realização do procedimento em bloco operatório e sob anestesia geral. Em miomas com dimensões superiores a três centímetros, está descrito que poderá ser necessário um segundo procedimento histeroscópico.

Objetivos: Analisar a população submetida a histeroscopia *office* para tratamento de miomas submucosos num centro terciário. Descrever o tipo de miomas de acordo com a classificação FIGO, a taxa de excisão e a necessidade de reintervenção.

Metodologia: Análise retrospectiva das mulheres submetidas a histeroscopia *office* por suspeita de mioma submucoso em ecografia ginecológica entre Janeiro e Dezembro de 2021.

Resultados: No período analisado, 45 mulheres foram submetidas a histeroscopia *office* por suspeita de mioma(s) submucoso(s). A idade média foi 40,3 anos. Relativamente à paridade, 24 (53,3%) eram nulíparas e 21 (46,7%) eram múltiparas, destas 18 (85%) tinham partos por via vaginal. Relativamente às comorbilidades, 5 (11,1%) tinham hipertensão crónica, 9 (20%) tinham hábitos tabágicos atuais ou prévios e 27 (60%) não tinham antecedentes pessoais relevantes. Das mulheres propostas, 32 (71,1%) apresentavam hemorragia uterina anormal, 12 (26,7%) realizaram histeroscopia no contexto de infertilidade e 1 (2,2%) não apresentava sintomatologia. Relativamente à classificação FIGO, seis apresentavam miomas FIGO 0, nove FIGO 1, treze FIGO 2, três FIGO 2-5 e em dezasseis mulheres não havia informação acerca da classificação dos mesmos. O tamanho médio dos miomas foi 27,2 mm. Em 9 casos (20%) não se confirmou presença de mioma. Das 36 mulheres que apresentavam mioma(s) submu-

coso(s) na histeroscopia, foi realizada excisão completa em 10 (27,8%), excisão parcial em 14 (38,9%) e em 12 (33,3%) não se realizou tentativa de excisão por mioma de grandes dimensões ou intolerância da doente ao procedimento. Foram propostas para um procedimento subsequente 26 (72,2%) mulheres (7 para nova histeroscopia e 19 para ressetoscopia)

Conclusão: A miomectomia por via histeroscópica é o tratamento de primeira linha para miomas submucosos. Na nossa análise houve necessidade de reintervenção em 72% dos casos que pode dever-se ao tamanho, número, localização e grau de penetração dos miomas no miométrio. Como limitações do estudo, seleccionamos o facto de ser uma análise retrospectiva e a falta de informação acerca de algumas variáveis no processo clínico.

ORGANIZAÇÃO



COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente Fátima Faustino

Amélia Pedro
Bercina Candoso
Cláudio Rebelo
Fernanda Geraldès
Henrique Nabais

Hugo Gaspar
Irina Ramilo
João Cavaco Gomes
José Reis
Liana Negrão

Luís Ferreira Vicente
Margarida Martinho
Pedro Vieira Baptista

MAJOR SPONSOR



SPONSORS

SECRETARIADO



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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