

203ª Reunião da Sociedade
Portuguesa de Ginecologia

Novos desafios com

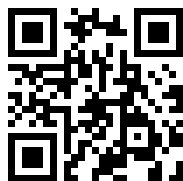
Menopausa

... *Walking com
a menopausa*

Hotel Eurostars Oasis Plaza, Figueira da Foz
08 e 09 de março de 2024



Programa



Aceder ao programa



Programa

Sexta-Feira | 08 de março de 2024

13:00h | Abertura do Secretariado

14:00-14:15h | SESSÃO DE ABERTURA

14:15-15:30h | MESA-REDONDA 1

Terapêutica da menopausa e síndrome metabólico

Moderadoras: Ana Casquilho e Ana Fatela

Obesidade

Adriana Lages

Diabetes

Mariana Lavrador

Dislipidemia

Rita Teixeira

15:30-16:00h | CONFERÊNCIA 1

2024: As novidades em terapêutica da menopausa

Moderadora: Fátima Faustino

Palestrante: Cláudio Rebelo

16:00-16:45h | SIMPÓSIO

SGUM – Otimização do tratamento

Moderadora: Ana Fatela

***Update* – Síndrome geniturinária da menopausa**

Fernanda Gerales

SGUM na prática clínica

Mariana Robalo Cordeiro

16:45-17:15h | Coffee-break

 GEDeon RiCHTER
Health is our mission

Walking com a menopausa

17:15-18:30h | MESA-REDONDA 2

Tratamento integrado da disfunção sexual na menopausa

Moderadora: Susana Samico

Evidência da terapêutica sistémica e local

Carla Rodrigues

Reabilitação do pavimento pélvico

Inês Táboas

Visão holística do sexólogo

Susana Renca

18:30h

| ASSEMBLEIA GERAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA

Sábado | 09 de março de 2024

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-10:00h | SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

10:00-10:30h | CONFERÊNCIA 2

Momentos da psicossomática

Moderadora: Fernanda Águas

Como passos de dança... autocuidados de postura no envelhecimento

José Martinez Oliveira

10:30-12:15h | DEBATE

Menopausa dos 50 aos >90 anos

Moderadora: Sandra Pimenta

Dieta na prática clínica

Conceição Calhau

Exercício físico: Orientações práticas

Alexandre Rebelo Marques

As terapêuticas da menopausa

Vera Ramos

Menopausa na primeira pessoa

Testemunho

11:15-11:45h Coffee-break

12:15-13:00h | SIMPÓSIO

Menopausa 3.0 – Simplificar a abordagem terapêutica

Palestrante: Cláudio Rebelo

13:00-14:30h | Almoço

14:30-16:00h | MESA-REDONDA 3

E depois dos 70 anos

Moderadores: Cláudio Rebelo e Fátima Romão

Geriatría

Hélder Esperto

Sarcopenia

Pedro Pinto

Saúde vulvar

Joana Lyra

16:00-16:30h | CONFERÊNCIA 3

Atualizações terapêuticas em osteoporose

Moderadora: Ana Fatela

Palestrante: Sofia Baptista

16:30-17:30h | DEBATE

Hormonas, suplementação e envelhecimento – Prós e contras?

Moderadora: Fernanda Geraídes

Maria João Carvalho e Adriana Lages

17:30-18:00h | SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Entrega de prémios



203ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Novos desafios com Menopausa ...

Walking com a menopausa

RESUMOS | COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

APLICAÇÃO DE LIDBREE® EM PROCEDIMENTOS HISTEROSCÓPICOS – COMO VENCER ALGUNS DESAFIOS

Ana Mesquita Varejão¹; António de Pinho²; Claudia Oliveira²; Andreia Sousa²; Cristina Oliveira²
¹Hospital Pedro Hispano; ²Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A histeroscopia de consultório, atualmente considerado o exame de eleição para estudo da cavidade uterina, apresenta vantagens evidentes em relação à abordagem clássica, entre elas a evicção de uma anestesia geral, o menor tempo de recuperação, a maior satisfação da doente e a melhor relação custo-efetividade. Apesar de bem tolerada pela maioria das doentes, a dor pode limitar o sucesso da técnica, representado, juntamente com a estenose cervical, os dois motivos mais frequentes para interrupção do procedimento. Vários esforços têm sido desenvolvidos no sentido de reduzir o desconforto das doentes. A inovação tecnológica com diminuição progressiva do diâmetro dos histeroscópios, bem como a experiência técnica do operador (nomeadamente pela utilização universalizada da vaginoscopia) providenciam significativa redução da dor e desconforto da doente.

O surgimento de um anestésico tópico em termogel, com elevada concentração de lidocaína (4%) – Lidbree® – veio revolucionar o paradigma do controlo da dor durante diversos procedimentos de consultório, nomeadamente na introdução de dispositivos intrauterinos e procedimentos histeroscópicos. Contudo, a sua forma de apresentação

e modo de aplicação padrão pressupõem a utilização de espéculo e passagem de uma cânula através do colo uterino.

Casos clínicos: Neste trabalho apresentamos, como exemplo, e ilustradas em vídeo, duas situações da prática clínica corrente da ULSTS em que a aplicação de Lidbree® através do canal de trabalho do histeroscópio representou uma mais valia no controlo de dor, ultrapassando, no primeiro caso, o obstáculo da estenose cervical em doente pós-menopáusia e, no segundo caso, o obstáculo de um hímen íntegro, dispensando desta forma a utilização de espéculo e a introdução da cânula de aplicação do produto.

Conclusão: Esperamos com este trabalho dar lugar à partilha de experiências da prática clínica real, contribuindo para uma melhor e mais vantajosa utilização deste produto, melhorando e evoluindo na técnica de histeroscopia de consultório, com foco na qualidade dos cuidados prestados às doentes.

CO 02

IMPACTO DOS SINTOMAS VULVOVAGINAIS DA MENOPAUSA NA SEXUALIDADE DAS DOENTES ONCOLÓGICAS

Dinis Correia Mateus¹; Mariana Gamito²; Margarida Figueiredo³; Sofia Raposo⁴; Rita Sousa⁴; Elizabeth Castelo-Branco⁴; Luís Sá⁴

¹Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro; ²Hospital Beatriz Ângelo; ³Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro; ⁴IPO Coimbra

Introdução: A consulta de Ginecologia-Onco-Sexologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra - Francisco Gentil (IPOC-FG) tem

uma abordagem multidisciplinar com as sobreviventes de cancro, afetadas nas múltiplas dimensões da sua vida pelos tratamentos oncológicos, com objetivo de melhoria sintomática e da sua qualidade de vida. Os sintomas vulvovaginais que a menopausa acarreta acrescidos à doença oncológica carecem de especial atenção e de uma abordagem integrada numa consulta especializada.

Objetivos: Avaliar o impacto dos sintomas vulvovaginais da menopausa na sexualidade das doentes oncológicas seguidas na consulta de Ginecologia-OncoSexologia do IPOC-FG.

Material e métodos: Do universo de doentes que frequentaram a consulta de OncoSexologia do IPOC-FG entre 2021 e 2023, foram contactadas telefonicamente 72 utentes, em menopausa, com antecedentes de cancro ginecológico ou mama, que aceitaram receber o inquérito em formato eletrónico através de um link disponibilizado via sms ou email. O Inquérito foi elaborado com base no questionário DIVA (*Day-to-Day Impact of Vaginal Aging*), que explora o impacto dos sintomas vulvovaginais na menopausa.

Resultados e conclusões: Foram registadas 31 respostas, de doentes oncológicas em menopausa, com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos. Destas 54,8% (n = 17) referiu menopausa induzida por fármacos ou tratamentos, 29,0% (n = 9) de forma natural e 16,1% (n = 5) de forma cirúrgica. Quanto ao grupo de neoplasia diagnosticada, 77,4% (n = 24) referiu cancro de mama, 12,9% (n = 4) cancro do corpo uterino, 6,5% (n = 2) cancro do colo uterino e 3,2% (n = 1) cancro do ovário. Das inquiridas, 41,9% (n = 13) referiu que os sintomas vulvovaginais da menopausa afetaram bastante o seu desejo ou interesse em ter relações sexuais ou outro tipo de atividade sexual; 51,6% (n = 16) referiu ver afetada a intensidade de prazer que sentiu durante a atividade sexual; 54,9% (n = 17) referiu que estes sintomas afetaram bastante a fre-

quência com que tiveram relações sexuais ou outro tipo de atividade sexual e 71% (n = 22) referiu que a satisfação global com a sua vida sexual foi afetada por estes sintomas.

Perante estes achados, parece ser fundamental uma correta abordagem dos problemas que afetam a sexualidade bem como a valorização dos sintomas vulvovaginais da menopausa na consulta de Ginecologia-OncoSexologia, com vista a uma melhoria sintomática e da qualidade de vida destas doentes.

CO 03

EXERCÍCIO FÍSICO E A PRESERVAÇÃO DA DENSIDADE ÓSSEA E MASSA MUSCULAR NA MENOPAUSA – UM GUIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA

João Gomes de Sousa¹; Maria Inês Táboas²

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho;

²Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A menopausa é um período marcado por alterações hormonais significativas que afetam a saúde óssea e muscular das mulheres. A redução dos níveis de estrogénio durante a menopausa está associada a uma perda de densidade óssea e massa muscular, aumentando o risco de osteoporose e sarcopenia. O exercício físico tem sido amplamente reconhecido como uma intervenção eficaz para mitigar esses efeitos adversos, promovendo a saúde musculoesquelética. Esta revisão bibliográfica pretende confirmar o papel positivo do exercício físico na preservação da densidade óssea e massa muscular durante a menopausa bem como determinar que tipo de exercício apresenta maiores benefícios.

Métodos: Foi realizada uma revisão da literatura, incluindo ensaios clínicos, meta-análises e revisões sistemáticas, que abordavam o tema do exercício físico durante a menopausa. Os dados foram recolhidos de bases de dados, como a PubMed e Google Scholar, utilizando termos de pesquisa relevantes, como

“menopausa”, “exercício físico”, “densidade óssea” e “massa muscular”.

Resultados: Um vasto número de estudos demonstrou benefícios do exercício físico na preservação da densidade óssea e massa muscular durante a menopausa. O treino de força foi consistentemente associado ao aumento da massa muscular e densidade mineral óssea em mulheres na menopausa. Além disso, o exercício aeróbico mostra-se eficaz na manutenção da saúde óssea e muscular. Intervenções de exercício combinado, que incluem tanto treino de força como exercício aeróbico, parecem ser ainda mais benéficas.

Conclusão: Assim, torna-se evidente que o exercício físico desempenha um papel crucial na preservação da densidade óssea e massa muscular durante a menopausa. Conclui-se que uma abordagem combinada, que inclui exercícios de força e aeróbicos, pode ser mais eficaz na promoção da saúde óssea e muscular durante a menopausa. Recomenda-se que as mulheres na menopausa incorporem na sua rotina uma variedade de modalidades de exercício físico adaptadas às suas preferências e necessidades individuais, para maximizar os benefícios na saúde musculoesquelética durante este período de transição.

CO 04

ESTRATÉGIAS PROATIVAS PARA A BAIXA RESERVA OVÁRICA E MENOPAUSA PRECOCE

Ana Aguiar; Isabel Pereira; Eduardo Rosa; Mafalda Rato; Fernando Faria; Santiago Alvarez; José Antonio Dominguez
IERA Lisboa

Introdução: A reserva ovárica reflete a capacidade reprodutiva feminina e é influenciada por fatores genéticos, ambientais e estilos de vida. A baixa reserva ovárica (DOR) e condições como a insuficiência ovárica prematura (POI), também referida como menopausa precoce, constituem desafios ao planeamento reprodutivo. A POI, uma condição rara com

prevalência de 1% na população geral, é caracterizada por amenorreia e perda da função ovárica antes dos 40 anos, sendo as doenças genéticas responsáveis por aproximadamente 10% dos casos. A DOR é marcada pela diminuição na quantidade e/ou qualidade dos oócitos, com prevalências entre 10 e 35%. Este trabalho destaca a importância da educação e do planeamento reprodutivo antecipado e discute estratégias na Medicina da Reprodução tanto para a preservação da fertilidade como para concretização do projeto reprodutivo em mulheres com reserva ovárica comprometida.

Objetivos: Pretende-se analisar os fatores associados à DOR e à POI, salientando a importância de uma abordagem educativa e de planeamento para mitigar os seus impactos. O objetivo principal é explorar a eficácia das técnicas de preservação do potencial reprodutivo e discutir as opções reprodutivas destas mulheres.

Material e métodos: Conduziu-se uma revisão da literatura sobre os efeitos de mutações genéticas (FMR1, BMP15, GDF9, FSHR, NO-BOX), fatores ambientais e estilos de vida na DOR e na POI. Foi analisada a eficácia de métodos de preservação do potencial reprodutivo, como a criopreservação de oócitos e tecido ovárico, bem como a instilação ovárica de plasma rico em fatores de crescimento (PRP), por fim analisou-se a aceitação e eficácia da doação de oócitos.

Resultados e conclusões: Além dos fatores genéticos, identificou-se que as influências ambientais e as escolhas de estilo de vida contribuem para a DOR e POI. A deteção precoce desses fatores, aliada a avaliações clínicas, permite a implementação de estratégias de preservação do potencial reprodutivo, com a criopreservação emergindo como técnica eficaz e a instilação de PRP como técnica promissora. A doação de oócitos surge como uma opção de recurso quando se esgotam outras estratégias. A deficiente educação em

saúde reprodutiva sublinha a necessidade de um planeamento familiar proativo, especialmente importante para quem está em risco de DOR ou POI. A multidisciplinaridade no cuidado foi apontada como crucial, sendo que o impacto psicológico destas condições realça a importância de incluir suporte psicológico nas estratégias terapêuticas. A literacia em saúde reprodutiva e o planeamento reprodutivo proativo são fundamentais. Pesquisas futuras devem centrar-se no desenvolvimento das técnicas de preservação do potencial reprodutivo e na compreensão das causas da DOR e POI, para otimizar os desfechos clínicos e melhorar os resultados reprodutivos destas mulheres.

CO 05

LEIOMIOMATOSE INTRAVENOSA – REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Beatriz Teixeira; Mafalda Castro Neves;
Francisca Fonseca; José Pinheiro Torres;
José Teixeira; Antónia Costa
Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A leiomiomatose intravenosa (LIV) é uma patologia rara caracterizada pela proliferação intravenosa de células provenientes de leiomiomas uterinos. O impacto clínico depende da extensão da lesão intravascular, que, em casos graves, pode atingir as câmaras cardíacas direitas e embolizar para a circulação pulmonar. A abordagem terapêutica e vigilância mantêm-se um desafio clínico, quer pela sua raridade, quer pela inexistência de protocolos de atuação.

Objetivos: Revisão da literatura de casos publicados de LIV para a sua caracterização clínica e diagnóstica de modo a otimizar abordagem terapêutica multidisciplinar.

Material e métodos: Revisão narrativa – pesquisa eletrónica na Pubmed com o termo MeSH “*intravenous leiomyomatosis*”. Critérios de inclusão: artigos publicados desde 01/06/2013 a 01/06/2023, redigidos em in-

glês e espanhol. Inclusão de casos clínicos, séries de casos e estudos retrospectivos. Critérios de exclusão: texto completo não acessível; duplicados; sem informação sobre clínica, diagnóstico ou tratamento.

Resultados: O resultado final da pesquisa eletrónica inclui 74 artigos, todos com evidência nível III perfazendo um total de 672 casos de LIV. Destes, 60% correspondiam a casos confinados à cavidade pélvica (estadio I), 5% estadio II (extensão até às veias renais), 30% estadio III (além das veias renais, incluindo LIV intracárdica) e 5% estadio IV (atingimento das artérias pulmonares).

A idade média de diagnóstico foi 45,5 anos e 92% dos casos ocorreram em países asiáticos. No que respeita a manifestação clínica: 21% assintomáticas, 59% com sintomas do foro ginecológico, 34% com queixas cardiorrespiratórias e 17% com sintomas gerais. Em 55% havia suspeita pré-operatória de LIV e em 45% o diagnóstico foi incidental aquando do exame anatomopatológico de peças de histerectomias. Se diagnóstico pré-operatório, a equipa cirúrgica era na maioria dos casos multidisciplinar, com elementos da Ginecologia, Cirurgia Vasculiar e Cirurgia Cardíaca. O tratamento consistiu em cirurgia num único tempo operatório em 86%, com ressecção completa atingida em 90% dos casos. A taxa de recorrência foi de 12%. As estratégias de vigilância foram especificadas em 275 casos, com realização sistemática de ecografia pélvica ou TC em 98%.

Conclusões: A LIV apresenta-se por um espectro alargado de manifestações, configurando habitualmente um quadro inespecífico. A sua raridade obriga a um alto grau de suspeição para o diagnóstico pré-operatório. Dada a gravidade e complexidade desta entidade, estes casos beneficiam de uma abordagem multidisciplinar individualizada dependendo do estadio e comorbilidades. A publicação destes casos contribui para o

crescente conhecimento desta entidade e para o estabelecimento de condutas clínicas, que contribuam para diminuição da morbimortalidade e melhoria do prognóstico.

CO 06

PAPEL DA SÍNDROME MIOFASCIAL NA DOR PÉLVICA NA MENOPAUSA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

João Gomes de Sousa¹; Maria Inês Táboas²; Mariana Almeida¹; João Pitrez¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho;

²Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A dor pélvica é um sintoma comum durante a menopausa e que pode ter diversas causas, incluindo distúrbios musculoesqueléticos como a síndrome miofascial. Esta síndrome define-se como a presença de dor muscular associada à presença de pontos gatilho miofasciais, que podem ser a causa de dor local ou dor referida em diferentes regiões do corpo, incluindo a pelve. Apesar de frequente, a relação, a relação entre síndrome miofascial e dor pélvica nem sempre é reconhecida, o que pode levar a diagnósticos tardios e tratamentos inadequados.

Métodos: Foi realizada uma revisão da literatura, incluindo ensaios clínicos, meta-análises e revisões sistemáticas, que abordavam o tema da síndrome miofascial na dor pélvica durante a menopausa. Os dados foram recolhidos de bases de dados, como a PubMed e Google Scholar, utilizando termos de pesquisa relevantes, como “menopausa”, “dor pélvica” e “síndrome miofascial”.

Resultados: A literatura parece indicar uma associação importante entre síndrome miofascial e a dor pélvica, com pontos-gatilho identificados em músculos do pavimento pélvico, músculos abdominais e músculos da região lombar.

O tratamento pode passar por fisioterapia do pavimento pélvico, tratamento farmacológico,

injeção dos pontos-gatilho e injeção de toxina botulínica na musculatura do pavimento pélvico. **Conclusão:** O reconhecimento da síndrome miofascial como causa de dor pélvica na população de mulheres na menopausa é fundamental para uma célere e adequada orientação terapêutica destas doentes. O diagnóstico correto trará benefícios na redução da dor e qualidade de vida das mesmas, além de que evita efeitos adversos de tratamentos menos eficazes, por vezes iniciados de forma empírica. A identificação de pontos-gatilho miofasciais e o tratamento dirigido a estes pontos podem ser eficazes na redução da dor e na melhoria da qualidade de vida dos doentes. O diagnóstico correto pode muitas vezes evitar o uso desnecessário de antibioterapia e, conseqüentemente, dos seus efeitos laterais. No entanto, são necessários mais estudos para melhor compreender a fisiopatologia e otimizar a abordagem terapêutica para a síndrome miofascial associada à dor nesta população em particular.

CO 07

PÓLIPOS ENDOMETRIAIS NA PÓS-MENOPAUSA: QUAL A REALIDADE?

Carolina Simões; Ana Rita Aparício; Vanessa Vieira; Dora Antunes; Maria João Carvalho; Fernanda Águas
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Os pólipos endometriais representam os achados patológicos uterinos mais frequentemente observados em Ginecologia, ocorrendo sobretudo em mulheres em idade fértil. Estas lesões podem associar-se a hemorragia uterina anormal (HUA) ou infertilidade, no entanto a maioria representa um achado incidental em exames de rotina. Embora menos frequentes na pós-menopausa, os pólipos endometriais associam-se a um risco de malignidade que varia entre os 3-5% nas mulheres assintomáticas, podendo atingir os 12% nas mulheres com queixas de HUA.

Desta forma, recomenda-se a remoção dos pólipos sintomáticos em mulheres na pós-menopausa, sendo ainda controversa qual a melhor abordagem terapêutica nas mulheres assintomáticas.

Objetivo: Caracterização clínica e histopatológica dos pólipos endometriais na pós-menopausa.

Material e métodos: Estudo descritivo e retrospectivo, incluindo todas as mulheres pós-menopáusicas submetidas a polipectomia histeroscópica no serviço de Ginecologia da Unidade Local de Saúde de Coimbra entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2022. Foram estudadas variáveis sociodemográficas e clínicas das doentes, características dos pólipos, tipo de cirurgia realizada e achados histopatológicos após polipectomia.

Resultados: Foram incluídas 161 mulheres, das quais 43,5% (n = 70) assintomáticas, com uma média de idades de $64,1 \pm 0,7$ anos [37-87] e um Índice de Massa Corporal médio de $28,9 \pm 0,5$ Kg/m² [19-43]. A maioria (81,4%, n = 131) era multípara e apresentava antecedentes cardiovasculares (54,7%, n = 88) ou metabólicos (55,3%, n = 89) significativos. Apenas 3,7% (n = 6) das doentes estava sob tamoxifeno e 10,6% (n = 17) apresentava antecedentes familiares oncológicos relevantes. A maioria (61,5%, n = 99) apresentava apenas um único pólipo, com uma dimensão média de $16,8 \pm 0,6$ mm [2-60], tendo o diagnóstico sido realizado maioritariamente por ecografia e/ou histeroscopia (99,4%, n = 160). Em 6,2% (n = 10) dos casos, os pólipos apresentavam características macroscópicas suspeitas de malignidade, cuja biópsia endometrial dirigida permitiu rejeitar este diagnóstico. Na maioria (85,1%, n = 137) dos casos, a intervenção cirúrgica ocorreu em ambulatório, utilizando maioritariamente a polipectomia mecânica (42,2%, n = 68) e a energia bipolar (41,0%, n = 66). O estudo histológico após polipectomia revelou: pólipos

benignos (93,2%, n = 150), hiperplasia sem atipia (4,3%, n = 7), hiperplasia com atipia (0,6%, n = 1 - assintomática) e carcinoma do endométrio (1,9%, n = 3 - 2 doentes sintomáticas e 1 assintomática).

Conclusão: Os pólipos endometriais na pós-menopausa apresentam um risco de malignidade reduzido, sobretudo se assintomáticos e na ausência de fatores de risco significativos. Dada a elevada prevalência de lesões benignas após polipectomia, é discutível a realização deste procedimento cirúrgico por rotina em todas as doentes pós-menopáusicas com pólipos endometriais.



203ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Novos desafios com Menopausa ...

Walking com a menopausa

RESUMOS | POSTERS

PO 01

SÍNDROME DO TRIPLO X E PATOLOGIA TIROIDEIA AUTOIMUNE – UMA CAUSA DE INSUFICIÊNCIA OVÁRICA PREMATURA?

Andreia Mota de Sousa¹; Cláudia da Costa Oliveira¹; António de Pinho¹; Fabiana Castro¹; Ana Mesquita Varejão²; Diana Melo e Castro¹

¹Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa; ²Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A insuficiência ovárica prematura (IOP) caracteriza-se por um hipogonadismo hipergonadotrófico antes dos 40 anos de idade e tem uma incidência de 1/100 mulheres. Manifesta-se com a mesma sintomatologia da menopausa e, apesar de ser idiopática em mais de 70% dos casos, pode ter uma causa autoimune ou genética, entre outras.

Descrição do caso: Mulher de 41 anos, com 162cm de altura e 49kg (IMC 18,7kg/m²), encaminhada à consulta de Endocrinologia Ginecológica por história pessoal de amenorreia com 2 anos de evolução associada a sintomatologia vasomotora. Teve a menarca aos 12 anos e um índice obstétrico de 2001. Como antecedentes pessoais apresenta um síndrome depressivo e hipertireoidismo com anticorpos anti-tiroideus positivos (anticorpos estimuladores da tireoide positivo). Entre os antecedentes familiares destaca-se uma irmã com IOP aos 38 anos. O exame ginecológico não apresentou alterações de relevo, e a ecografia pélvica mostrou um útero normodimensionado com endométrio atrófico e ovários sem folículos antrais. O estudo hormonal revelou FSH de 133,3 mUI/mL, LH de

69,8 mUI/mL, estradiol 18 pg/mL e anticorpos anti-suprarrenais. Para estudo de uma possível causa genética, foram pedidos cariótipo e estudo do X-frágil, cujo resultado mostrou um cariótipo mos47XXX[4]/46xx[26] - Síndrome de triplo X em mosaicismo.

Conclusão: A IOP apresenta um importante impacto na saúde mental e física da mulher, associando-se a um risco aumentado de osteoporose, doença cardiovascular e morte prematura. A Síndrome do Triplo X é a aneuploidia cromossómica mais comum na mulher estando descrita a sua associação ao desenvolvimento de IOP e à patologia autoimune, nomeadamente patologia tiroideia. No caso apresentado, a presença de patologia autoimune não limitou o estudo etiológico da IOP, revelando uma alteração genética que poderá por si só, ou concomitantemente, ser a sua causa etiológica.

PO 02

MENOPAUSA AOS 26 ANOS – O PESADELO DOS TUMORES BORDERLINE BILATERAIS

Mariana Manhaes; Miguel Martins; Rita Matos; Inês Brás; Beatriz Ferreira; Francisca Almeida; Mário Andrade Moura; Isabel Fragoso; Osvaldo Moutinho

Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

Os tumores borderline do ovário constituem um grupo particular de tumores de origem epitelial. Correspondem a cerca de 10 a 20% das lesões desse tipo histológico e comumente afetam mulheres em idade reprodutiva, mais de um terço dos casos são diagnosticados com menos de 40 anos. A probabilidade

de recorrência da doença pode chegar a 25% em mulheres submetidas a cirurgias poupadoras da fertilidade.

Mulher, 25 anos, nuligesta, referenciada a consulta de Ginecologia por dor pélvica. Em ecografia endovaginal foi visualizada massa anexial direita de aspecto papilar com cerca de 5 cm, com baixa probabilidade de malignidade pelo IOTA. Os exames pré operatórios evidenciaram CA-125 elevado, com restantes marcadores com valores dentro da normalidade.

Foi proposta laparoscopia exploradora em dezembro de 2019. O ovário direito foi enviado para estudo anatomopatológico cujo resultado foi tumor seroso borderline, sendo assim referenciada para a consulta de Ginecologia Oncológica e o caso foi discutido no grupo de decisão terapêutica.

Em estudo realizado meses após a cirurgia foi verificado por tomografia, lesão anexial esquerda quística complexa, septada, de parede captante com 7,5 x 4 cm, com marcadores tumorais normais. Optou-se por orientação para preservação da fertilidade e complementação cirúrgica com quistectomia, omentectomia e biópsias peritonais com exame extemporâneo, a cirurgia foi realizada em julho de 2020 e o resultado do estudo anatomopatológico foi: tumor seroso borderline do ovário esquerdo, ausência de células neoplásicas nas outras biópsias realizadas. A utente foi considerada no estágio 1B e foi adotada a conduta expectante, com vigilância trimestral e totalização da cirurgia após finalização de projeto reprodutivo. A utente optou por não fazer preservação da fertilidade.

No seguimento pós operatório verificou-se persistência de lesão no ovário remanescente e surgimento de duas novas lesões contíguas, expansivas e com características suspeitas. Em 2023 foi submetida a terceira cirurgia: histerectomia total e anexectomia esquerda. Diante do quadro de menopausa cirúrgica foi instituída terapia de reposição hormonal com

17 beta-estradiol oral e vigilância anual na ginecologia.

Os tumores borderline do ovário têm uma prevalência relevante dentre os outros subtipos de neoplasias ovarianas, apesar de serem de crescimento lento e normalmente terem bom prognóstico, o acometimento de mulheres jovens e a frequente bilateralidade das lesões exige um plano assertivo para essas utentes. A reposição hormonal é mandatória em casos como o relatado, uma vez que a morbidade associada a menopausa tão precoce já está bem estabelecido na literatura.

PO 03

MENOPAUSA NA MULHER COM ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL.

Elvira Costa¹; Marta Luiana,²; Elsa Frederico²; Antónia Sampaio³; Paulo Campos³; Manuela Mendes³

¹Centro Materno infantil do Norte (CMIN); ²Hospital Materno-Infantil Dr Azancot de Menezes; ³Hospital Materno-Infantil Dr Azancot de Menezes

Introdução: A menopausa é o último ciclo menstrual, ou seja, a última menstruação. Ocorre, em geral, entre os 45 e 55 anos. Quando ocorre por volta dos 40 anos é considerada menopausa precoce.

O termo menopausa é, muitas vezes, utilizado indevidamente para designar o climatério, que é a fase de transição do período reprodutivo, ou fértil, para o não reprodutivo na vida da mulher. A principal característica da menopausa é a cessação das menstruações. Ao falar dos sintomas da menopausa, algumas pessoas podem encará-la como um problema de saúde.

Os sintomas da menopausa são ondas de calor, alterações do sono, diminuição do libido e de humor, bem como atrofia (enfraquecimento ou definhamento) dos órgãos genitais.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, obesa, G5P3A2, casada, hipertensa crónica, portadora de 2 stents desde 2021, fumadora ativa 20

cigarros/dia, seguida em consulta externa por metrorragia, com início de menopausa aos 53 anos. Referia menarca aos 14 anos e ciclos irregulares. Com história familiar de cancro do colo do útero. Pesava 135 kilos, hipertensa medicada com Aldomet, Nifedipina, Hidroclorotiazida e anti-agregantes. Iniciou sintomatologia caracterizada por cansaço extremo, ondas de calor, diminuição do libido, secura vaginal, e alteração de humor.

Foi realizada ecografia transvaginal, que revelou um espessamento endometrial com 14 mm, e ovários normais. O estudo revelou um doseamento sérico de testosterona de 125ng/dL e de Estradiol de 52pg/mL, TSH - 6.3, mU/L, e restantes parâmetros avaliados sem alterações, Hemograma, ionograma e bioquímica normais com marcadores tumorais (CA 125, negativos). Foram feitos o ECG, e RX do Tórax, sem alterações.

A paciente foi submetida a uma biopsia do endométrio, cujo estudo histológico demonstrou tratar-se de uma hiperplasia endometrial simples sem atipia.

Devido à presença de patologia endometrial e ausência de um tumor ovárico, mas na presença de espessamento endometrial, e com história familiar de Cancro do colo do útero, foi decidida histerectomia total com anexectomia bilateral, que decorreu sem complicações.

Conclusão: O diagnóstico de espessamento endometrial em mulheres na pós-menopausa, permanece um desafio na prática clínica. Uma história clínica detalhada é fundamental para orientação diagnóstica. O tratamento recomendado é a Histerectomia com ooforectomia bilateral, que permite melhoria das queixas e diminuição do risco de cancro endometrial e da mama.

PO 04

COMPLICAÇÃO APÓS HISTERECTOMIA – ANSA INTESTINAL À VULVA INDICIA DEISCÊNCIA DA CÚPULA VAGINAL

Francisca Ferreira de Almeida; Inês Brás; Beatriz Sousa Ferreira; Mário Moura; Tiago Aguiar; Ana Moreira; Joana Guerra Lisboa; Osvaldo Moutinho

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A deiscência da sutura da cúpula vaginal é uma complicação rara da histerectomia total, podendo associar-se a grande morbidade. Quando esta deiscência ocorre, o conteúdo intra-abdominal pode eviscerar, levando a eventos potencialmente graves, tais como peritonite, necrose, lesão intestinal ou sépsis, sendo necessária intervenção cirúrgica imediata.

Descrição do caso: Mulher de 46 anos, com antecedentes de carcinoma da mama, medicada com tamoxifeno. Recorreu ao serviço de urgência com queixas álgicas e sensação de corpo estranho intravaginal e vulvar. Tinha sido submetida a histerectomia com anexectomia bilateral por via laparoscópica por adenomiose, 4 meses antes do episódio atual. Esta cirurgia decorreu sem complicações intra ou pós-operatórias imediatas. Ao exame objetivo, identificaram-se à vulva ansas de intestino delgado sem sinais de isquemia intestinal, que se encontravam prolapsadas através da cúpula vaginal aberta. A doente negava esforço físico intenso, traumatismo ou relação sexual recente. Realizada tentativa de mobilização das ansas para o interior da cavidade peritoneal, sem sucesso. Por este motivo, a doente foi submetida a laparotomia, com redução do prolapso e encerramento da cúpula vaginal. A cirurgia decorreu sem complicações imediatas.

Conclusão: Apesar de rara, a deiscência da cúpula vaginal deverá ser diagnosticada e resolvida da forma mais célere possível, de modo a diminuir a morbimortalidade associada.

PO 05

RELÓGIO ADIANTADO: QUANDO A MENOPAUSA CHEGA NA ADOLESCÊNCIA

Ana Português Duarte; Claudia Andrade;
Fernanda Geraldes; Fernanda Águas
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /
Hospitais da Universidade de Coimbra*

Introdução: A falência ovárica prematura é uma patologia diagnosticada em 1% das mulheres antes dos 40 anos.

A expressão clínica desta doença é muito variável sendo que nos casos mais graves pode apresentar-se sob a forma de Amenorreia Primária na adolescência.

A falência ovárica prematura tem como etiologias mais frequentes factores genéticos, doenças autoimunes, anomalias mitocondriais, factores iatrogénicos (como quimioterapia, radioterapia ou procedimentos cirúrgicos) ou ambientais, contudo em alguns casos não é possível identificar a causa.

Descrição do caso: Adolescente de 15 anos encaminhada para consulta de Ginecologia da infância e adolescência para investigação de Amenorreia Primária.

Tratava-se de uma adolescente saudável, com desenvolvimento psicomotor e pubertário adequados à idade, sem antecedentes familiares de relevo. Durante a investigação etiológica, verificou-se que a jovem apresentava hipogonadismo hipergonadotrófico e, imagiologicamente, foi identificada a presença de útero com dimensões reduzidas e ovários hipoplásicos. Adicionalmente, não foram identificadas alterações no cariótipo, no painel de genes da falência ovárica prematura e de patologias do desenvolvimento sexual/infertilidade nem a presença de anticorpos anti-ovário que pudessem justificar a amenorreia.

A jovem foi inicialmente medicada com estradiol transdérmico isolado. Posteriormente foi realizada uma prova progesterónica, com

a toma de hidrogesterona durante 10 dias, tendo a adolescente menstruado após esta terapêutica. Após o resultado positivo da prova progesterónica, a jovem iniciou terapêutica com um estoprogestativo sequencial (17beta-estradiol e hidrogesterona) tendo atualmente hemorragias de privação cíclicas.

Face ao diagnóstico de falência ovárica prematura idiopática e, tendo em conta o valor de hormona anti-Mulleriana (<0.01), a jovem foi orientada para uma consulta de preservação da fertilidade durante a qual foi esclarecida sobre o mau prognóstico no que respeita à sua fertilidade e informada sobre possibilidade de recurso a doação de ovócitos.

Conclusões: A falência ovária prematura na adolescência é uma situação extremamente rara que condiciona complicações a longo prazo (tais como osteoporose, doenças cardiovasculares, depressão) e tem implicações na fertilidade futura da jovem. É importante tentar identificar a etiologia, esclarecer a adolescente sobre o impacto desta patologia no que respeita à sua saúde e fertilidade futura e instituir a terapêutica adequada.

Organização



Major Sponsor



GEDEON RICHTER

Health is our mission

Sponsors

Secretariado

ad⁺médic

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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

