

204 REUNIÃO SPG

SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GINECOLOGIA

7 e 8 | junho 2024

**Ondas de
Mudança**

Hotel Grande Real Santa Eulália
ALBUFEIRA

CURSOS PRÉ-REUNIÃO

Quinta-feira | 6 de junho

PROGRAMA

Científico

204 REUNIÃO SPG

SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GINECOLOGIA

PROGRAMA Científico

QUINTA-FEIRA | 6 de JUNHO de 2024 THURSDAY | JUNE 6, 2024

CURSOS PRÉ-REUNIÃO

13:00h Abertura do Secretariado | *Opening of registration desk*

14:00-18:00h **CURSO 1 | Ecografia – Patologia miometrial**

14:00-14:10h **Introdução ao curso**
Ana Sofia Fernandes

14:10-14:30h **Critérios MUSA**
Maria Geraldina Castro

14:30-14:50h **Adenomiose**
Dusan Djokovic

14:50-15:20h **Leiomiomas, STUMP e sarcoma**
Inês Reis

15:20-15:40h **Nicho ístmico**
Ana Margarida Mações

15:40-16:00h **Casos clínicos**

16:00-16:30h **Coffee-break**

16:30-16:50h ***Enhanced myometrial vascularity***
Ana Sofia Fernandes

16:50-17:10h ***Upgrade em avaliação ecográfica***
Carla Peixoto

17:10-18:00h **Casos clínicos**

14:00-18:00h	CURSO 2 Patologia mamária – Da teoria à prática Organização: Núcleo de Mama da Sociedade Portuguesa de Ginecologia
14:00-14:10h	Boas-vindas. Apresentação e objetivos do curso Joana Belo, Lurdes Ramalho e Maria José Rocha
14:10-14:30h	Hormonas e mama Nuno Barros
14:30-14:50h	Corrimentos mamilares – Do diagnóstico ao tratamento Ângela Rodrigues
14:50-15:10h	Radiologia de intervenção – As indicações e as novas técnicas Francisco Grilo
15:10-15:30h	Rastreio personalizado – Quem e quando? Cristiana Gonçalves
15:30-15:45h	Coffee-break
15:45-16:05h	Hereditariedade e cancro – Filhas devem preocupar-se? Luís Castro
16:05-16:25h	Cirurgia mama – Técnicas oncoplásticas para a ginecologista Inês Gante
16:25-16:45h	Cirurgia da axila – As novas indicações Olga Caramelo
16:45-17:05h	Tratamentos de precisão em Oncologia Leonor Pinto
17:05-17:25h	Dieta, exercício físico e outras práticas – Poderemos prevenir o cancro? Maria Expedito Bandeira
17:25-17:45h	Casos de vida real Lurdes Ramalho
17:45-18:00h	Comentários finais. Finalização dos trabalhos Joana Belo, Lurdes Ramalho e Maria José Rocha

14:00-18:00h	CURSO 3 Curso de laparoscopia Treino para a certificação Monitores: Hugo Gaspar, Filipa Osório, Hélder Ferreira, José Reis, João Pedro Lopes, Lília Remesso, João Alves, Cláudia Andrade, Tânia Lima, Cristina Nogueira da Silva e Irina Ramilo
--------------	---

14:00-18:00h	CURSO 4 Curso básico de sexologia feminina <i>Basic course on female sexology</i>
14:00-14:20h	Boas vindas <i>Welcome</i> Apresentação e objetivos do curso <i>Presentation and aims of the course</i> Carla Rodrigues e Ana Rosa Costa
	I Definições, resposta sexual e fatores <i>Definitions, sexual response and factors</i>
14:20-14:40h	Sexualidade e classificação das disfunções sexuais <i>Sexuality and classification of female sexual dysfunctions</i> Eunice Capela
14:40-15:00h	Fatores biológicos da resposta sexual feminina <i>Biological factors of the female sexual response</i> Carla Rodrigues
15:00-15:30h	Fatores psicológicos da resposta sexual feminina <i>Psychological factors of the female sexual response</i> Susana Renca
	II Disfunções sexuais femininas e sua abordagem <i>Female sexual dysfunction and their approach</i>
15:30-15:50h	Perturbação do interesse/excitação sexual feminina <i>Female sexual interest/arousal disorder</i> Luís Braga
15:50-16:10h	Perturbação do orgasmo feminino <i>Female orgasmic disorder</i> Ana Rosa Costa
16:10-16:30h	Coffee-break
16:30-16:50h	Perturbação de dor genitopélvica/penetração <i>Genito-pelvic pain/penetration disorder</i> Lisa Vicente
16:50-17:20h	Psicofarmacologia/terapia no tratamento das disfunções sexuais <i>Psychopharmacological/therapeutic treatment of female sexual dysfunctions</i> Susana Renca
17:20-17:45h	Fisioterapia pélvica nas disfunções sexuais <i>Pelvic physiotherapy in female sexual dysfunctions</i> Joana Pais
17:45-18:00h	Discussão e encerramento <i>Discussion and closure</i>

204 REUNIÃO SPG

SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GINECOLOGIA

SEXTA-FEIRA | 7 de JUNHO de 2024 FRIDAY | JUNE 7, 2024

REUNIÃO

- 07:00h Abertura do Secretariado | *Opening of registration desk*
- 08:00-09:00h **COMUNICAÇÕES LIVRES** | *ABSTRACTS SESSION*
SALA A | *A ROOM* **Comunicações orais 1** | *Oral communications 1*
Moderadoras | *Chairs*: Ana Luísa Ribeirinho e Eunice Capela
CO 01 – CO 08
- SALA B | *B ROOM* **Vídeos** | *Videos*
Moderadoras | *Chairs*: Maria Geraldina Castro e Cristina Nogueira da Silva
V 01 – V 08
- 09:00-09:15h **SESSÃO DE ABERTURA** | *OPENING SESSION*
José Manuel Furtado, Fátima Faustino e José Reis
- 09:15-09:45h **CONFERÊNCIA 1** | *LECTURE 1*
Insuficiência ovárica prematura, presente e futuro | *Premature ovarian insufficiency, present and future*
Moderadores | *Chairs*: Cláudio Rebelo e Fernanda Gerales
Conferencista | *Speaker*: Ana Sofia Pais
- 09:45-11:00h **SESSÃO 1** | *SESSION 1*
Desafios na adolescência | *Challenges in adolescence*
Moderadoras | *Chairs*: Filomena Sousa e Helena Solheiro
A adolescente e a mama | *The adolescent and the breast*
Olga Caramelo
Patologia anexial na adolescente | *Adnexal pathology in adolescents*
Ângela Rodrigues
Sexualidade na era digital | *Sexuality in the digital era*
Ricardo Valadas
Discussão | *Discussion*
- 11:00-11:30h Coffee-break

- 11:30-12:15h **SIMPÓSIO 1** | SYMPOSIUM 1
 **Drovelis®: Para além da contraceção** | *Drovelis®: Beyond contraception*
Moderadora | Chair: Ana Rosa Costa
CHC: Efeito no humor e na satisfação sexual | *CHC: Effect on mood and sexual satisfaction*
Cláudio Rebelo
Porquê Drovelis®? Perfis de utilizadoras | *Why Drovelis? Patient profiles*
Carolina Gomes
- 12:15-12:45h **CONFERÊNCIA 2** | LECTURE 2
Cirurgia oncológica: Avanços tecnológicos e instrumentos de navegação | *Oncological surgery: Technological advances and navigation tools*
Moderadores | Chairs: Daniel Pereira da Silva e Lúcia Correia
Conferencista | Speaker: Mónica Pires
-
- 12:45-14:00h Almoço | Lunch
- 14:00-14:45h **SIMPÓSIO 2** | SYMPOSIUM 2
 **Vacina do HPV: Para além do colo do útero** | *HPV vaccination: Beyond cervical cancer*
Palestrante | Speaker: Cláudio Rebelo
- 14:45-15:15h **CONFERÊNCIA 3** | LECTURE 3
Será aceitável propor uma cesariana para proteção perineal?
| *Is it reasonable to offer a cesarean section for perineal protection?*
Moderadoras | Chairs: Maria Geraldina Castro e Sofia Alegria
Conferencista | Speaker: Jan-Willem De Leeuw (Roterdão) 
- 15:15-16:00h **SIMPÓSIO 3** | SYMPOSIUM 3
 **Porque razão as mulheres preferem Senshio®, às restantes terapêuticas, no tratamento da AVV** | *Why do women prefer Senshio® to other therapies in the treatment of AVV*
Moderador | Chair: José Reis
Palestrante | Speaker: Leonor Ramos

16:00-16:30h Coffee-break

16:30-17:00h **CONFERÊNCIA 4** | *LECTURE 4*

Atualizações na detecção de gânglio sentinela: Indicações e “tips and tricks” | *Updates in sentinel lymph node: Indications and “tips and tricks”*

Moderadores | *Chairs*: Hugo Gaspar e Irina Ramilo

Conferencista | *Speaker*: Michael Müller

17:00-18:15h **SESSÃO 2** | *SESSION 2*

Complicações em cirurgia ginecológica | *Complications in gynecological surgery*

Moderadores | *Chairs*: Filipa Osório e Hélder Ferreira

Cirurgia complexa: Da endometriose à Oncologia | *Complex surgery: From endometriosis to Oncology*

Michael Müller

O meu pior pesadelo! | *My worst nightmare!*

Catarina Carvalho e Tânia Lima

Como prevenir o litígio? | *How to prevent litigation?*

Daniel Torres Gonçalves

20:30h Jantar de Palestrantes | *Faculty dinner*

SÁBADO | 8 de JUNHO de 2024 SATURDAY | JUNE 8, 2024

- 07:30h Abertura do Secretariado | *Opening of registration desk*
- 08:00-09:00h **COMUNICAÇÕES LIVRES** | *ABSTRACTS SESSION*
SALA A | *A ROOM* **Comunicações orais 2** | *Oral communications 2*
Moderadores | *Chairs*: João Cavaco Gomes e Irina Ramilo
CO 09 – CO 16
- SALA B | *B ROOM* **Comunicações orais 3** | *Oral communications 3*
Moderadores | *Chairs*: Gustavo Mendinhos e Sara Campos
CO 17 – CO 24
- 09:00-10:15h **SESSÃO 3** | *SESSION 3*
vNOTES – Da teoria à prática | *vNOTES – From theory to practice*
Moderadoras | *Chairs*: Bercina Cadoso e Liana Negrão
Indicações | *Indications*
Susana Coutinho
Técnica | *Technique*
Sofia Alegria
Complicações | *Complications*
Sara Campos
- 10:15-10:45h **CONFERÊNCIA 5** | *LECTURE 5*
Implementação de um programa de cirurgia robótica – Desafios e dificuldades | *Implementing a robotic surgery program – Challenges and difficulties*
Moderadores | *Chairs*: Fátima Faustino e João Cavaco Gomes
Conferencistas | *Speakers*: Margarida Martinho e João Casanova
- 10:45-11:15h Coffee-break

11:15-12:00h



SIMPÓSIO 4 | SYMPOSIUM 4

Qualidade de vida das doentes com endometriose | *Quality of life of endometriosis patients*

Moderadora | *Chair*: Fátima Faustino

As necessidades não satisfeitas das doentes com endometriose | *The unmet needs of endometriosis patients*

José Reis

Ryeqo® na melhoria da qualidade de vida das doentes com endometriose

| *Ryeqo® in improving the quality of life of endometriosis patients*

Fernanda Águas

12:00-12:30h

CONFERÊNCIA 6 | LECTURE 6

Momentos da psicossomática | *Moments in psychosomatics*

Moderadores | *Chairs*: Rui Viana e José Alberto Moutinho

A dor crónica – Abordagens dum paradigma psicossomático | *Chronic pain – Approaches from a psychosomatic paradigm*

Conferencista | *Speaker*: José Martinez de Oliveira

12:30-13:15h

SIMPÓSIO 5 | SYMPOSIUM 5



Ácido hialurónico: Uma velha nova onda de mudança | *Hyaluronic acid: An old new wave of change*

Palestrante | *Speaker*: Cláudio Rebelo

13:15-13:20h

ENTREGA DE PRÉMIOS | AWARDS CEREMONY

13:20-14:30h

Almoço | *Lunch*

14:30-15:45h

SESSÃO 4 | SESSION 4

Consenso nacional sobre miomas uterinos – Revisão | *National consensus on uterine fibroids – Review*

Moderadores | *Chairs*: Fernanda Águas e Luís Vicente

Clínica e diagnóstico | *Clinic and diagnosis*

Ana Casquilho

Tratamento médico | *Medical treatment*

Fernanda Gerales

Tratamento cirúrgico | *Surgical treatment*

Margarida Martinho

Casos especiais (Infertilidade, gravidez, contraceção, peri-menopausa e menopausa) | *Special cases (Infertility, pregnancy, contraception, peri-menopause and menopause)*

José Reis

15:45-16:15h **CONFERÊNCIA 7** | LECTURE 7

Como lidar com a persistência do HPV sem lesão de alto grau na colposcopia? | *How to deal with HPV persistence without a high-grade lesion at colposcopy?*

Moderadores | *Chairs*: Amélia Pedro e Carlos Veríssimo

Conferencista | *Speaker*: Anne Hammer

16:15-16:30h Coffee-break

16:30-17:45h **SESSÃO 5** | SESSION 5

Ondas de casos desafiantes em colposcopia | *Waves of challenging cases in colposcopy*

Moderadores | *Chairs*: Amália Pacheco e Pedro Vieira Baptista

VIN e VaIN | *VIN and VaIN*

Mariana Miranda

Patologia glandular | *Glandular pathology*

Cecília Urzal

Cervix Guide

Catarina Toscano

17:45h **SESSÃO DE ENCERRAMENTO** | CLOSING SESSION

COMUNICAÇÕES ORAIS 1 | ORAL COMMUNICATIONS 1

Moderadoras | *Chairs*: Ana Luísa Ribeirinho e Eunice Capela

CO 01

AValiação de um Painel de Metilação de Genes do Hospedeiro na Triagem de Mulheres HPV Positivas

Pedro Vieira-Baptista¹; Mariana Costa²;
Juliane Hippe²; Carlos Sousa²; Martina Schmitz³;
Ana-Rita Silva²; Alfred Hansel³; Mario Preti⁴
¹*Centro Hospitalar de S. João, EPE*; ²*Unilabs Portugal*;
³*Oncgnostics GmbH*; ⁴*Department of Surgical
Sciences University of Torino*

Introdução: É consensual que o rastreio do cancro do colo do útero (RCCU) deve ser realizado primariamente com recurso a testes de pesquisa dos genótipos de alto risco do vírus do papiloma humano (HPV). Contudo, impõe-se uma triagem dos resultados positivos, de modo a referenciar o mínimo de casos para colposcopia e não sacrificando a sensibilidade. Os painéis de metilação parecem ser das estratégias mais promissoras.

Objetivos: Este estudo foi desenhado para avaliar o desempenho de um painel de marcadores de metilação de genes do hospedeiro (ASTN1, DLX1, ITGA4, RXFP3, SOX17 e ZNF671 [Gyntect®]) na triagem de mulheres HPV positivas. Adicionalmente, avaliou-se o possível impacto deste teste no programa de rastreio, bem como o impacto que a variação da prevalência da infecção por HPV16/18 pode ter no desempenho daquele.

Material e métodos: Estudo de coorte, incluindo mulheres consecutivas referenciadas para colposcopia através do programa de RCCU da região Norte. Em todos os casos foi repetido o teste de HPV, realizada colposcopia e eventuais biópsias. Nos casos em que o teste de HPV se manteve positivo, foi realizado o teste de metilação. O resultado do teste foi avaliado e comparado com a prática habitual.

Resultados e conclusões: O teste de metilação teve uma sensibilidade e especificidade para neoplasia intraepitelial cervical (CIN) 2+ de 60,8% (49,1-71,6%) e 88,4% (83,2-92,5%), respetivamente. Para CIN3+, os resultados foram de 78,0% (64,0-88,5%) e 86,0% (80,8-90,2%), respetivamente.

Os níveis de metilação correlacionaram-se positivamente com a gravidade da doença.

A aplicação do teste permite reduzir a referenciação para colposcopia para 25,5%, mantendo uma detecção de 78,0% dos casos de CIN3+. Se se optar por referenciar todos os casos positivos para HPV16/18 e triar os restantes casos positivos com o teste de metilação, detectar-se-ão 90,0% dos casos de CIN3+, referenciando 43,2% do número de casos iniciais.

O modelo construído demonstrou que a variação da prevalência de HPV16/18 não afecta signifi-

cativamente o desempenho do teste em estudo. Em conclusão, o teste de metilação avaliado tem elevada sensibilidade e especificidade para CIN3+ e permite reduzir com segurança as referências para colposcopia. Numa era em que a vacinação e os movimentos migratórios fazem variar a prevalência dos genótipos 16/18, é tranquilizadora a constatação que o desempenho do teste não será expectavelmente afectado.

CO 02

TORÇÃO ANEXIAL NA GRAVIDEZ PRECOCE – UM CASO DE SUCESSO

Joana Galvão; Francisco Carvalho; Margarida Neves; Mariana Leal; Raquel Soares; Ana Mações; Carla Duarte; Inês Nunes

CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Introdução: A torção anexial – rotação completa ou parcial do ovário e/ou trompa sobre os seus ligamentos de suporte, frequentemente comprometendo a perfusão vascular do anexo – é uma das emergências ginecológicas mais comuns. Na gravidez a sua incidência parece estar aumentada. O reconhecimento precoce desta patologia permite a sua abordagem terapêutica atempada, preservando a fertilidade e diminuindo a morbidade.

Descrição do caso: Primigesta de 26 anos, com gestação espontânea de 8 semanas, recorre ao serviço de Urgência por início súbito de dor lombar esquerda com irradiação pélvica, associada a náuseas e um vómito, com duas horas de evolução. Ao exame ginecológico sem alterações de relevo. À ecografia (transvaginal e abdominal – em colaboração com a Imagiologia) apresentava uma gestação intrauterina, com embrião com comprimento craniocaudal de 8sem1d e foco cardíaco positivo, ovário direito normal e ovário esquerdo com 75*45mm, edemaciado e tumefacto, com quistos periféricos inferiores a 3cm, um deles de aspeto reticulado. Mantinha

dor não controlada, apesar de analgesia com paracetamol, tramadol e butilescolamina. Foi proposta laparoscopia por suspeita de torção anexial esquerda. Intra-operatoriamente, confirmou-se útero aumentado de volume (de acordo com idade gestacional), ovário e trompa direita sem alterações de relevo e ovário e trompa esquerda com edema e coloração arroxeados, torcido no seu pedículo com duas voltas, e lesão quística de superfície lisa e arroxeadas com 4 cm. Foi feita a destorção do ovário e trompa, com retoma gradual da sua cor rosada, e punção do quisto, com saída de líquido incolor.

O pós-operatório não teve intercorrências, tendo a grávida tido alta em D2 clinicamente bem. A gravidez foi vigiada em consulta externa (pelos antecedentes cirúrgicos da gestação), decorreu sem outras intercorrências de relevo e culminou num parto auxiliado por ventosa por período expulsivo arrastado às 39s2d, com um recém-nascido masculino com 3495 g e índice de APGAR 9/10/10.

Conclusão: A abordagem ecográfica multidisciplinar foi essencial para o diagnóstico. Durante o procedimento cirúrgico, houve a preocupação de não interferir com o corpo lúteo, uma vez que a gravidez poderia ter sido negativamente afetada, eventualmente culminando num abortamento do primeiro trimestre. Assim, o diagnóstico atempado de torção anexial permitiu o tratamento adequado, com a preservação do anexo afetado e a diminuição da morbidade cirúrgica, o que é de especial relevância na gravidez precoce.

CO 03

SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA – O CAMINHO ATÉ AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Rita Aguiar; Dilsa Morgado; Sara Dias Leite;
Maria Inês Raposo; Ana Lima
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: A síndrome de congestão pélvica (SCP) ainda que pouco conhecida, é responsável por 30 a 40% dos casos de dor pélvica crónica de causa aparentemente desconhecida na pré-menopausa. A sua etiologia não está totalmente esclarecida, parecendo associar-se a insuficiência das veias ováricas e/ou ilíacas internas. É mais comum em múltiparas, o que parece dever-se à distensão venosa pélvica decorrente da gravidez, com consequente incompetência e refluxo venoso após. Os sintomas são dor pélvica crónica que agrava ao longo do dia ou após ortostatismo prolongado, dispareunia profunda, dismenorrea e disúria. Poderá associar-se a varizes vulvares, sobretudo durante a gravidez com melhoria nas 6 semanas após o parto. O diagnóstico é estabelecido perante clínica sugestiva e evidência imagiológica de dilatação e/ou incompetência venosa, após exclusão de outras causas de dor pélvica crónica. O tratamento ideal não é consensual, mas poderá passar por terapêutica médica, com grosserelina ou progestativo; endovascular com embolização da veia ovárica ou outras veias pélvicas; ou cirúrgico com laqueações venosas ou hysterectomia com anexectomia bilateral.

Descrição do caso: Múltipara de 37 anos, G2P2, sem método contraceptivo por opção. Avaliadas varizes vulvares exuberantes, assintomáticas em ambas as gravidezes, com resolução no período pós-parto. Utente avaliada em consulta de Ginecologia por dispareunia profunda, com ecografia transvaginal a revelar útero de dimensões e ecoestrutura normais, anexos multifoliculares, sem lesões e veias

varicosas peri-uterinas; citologia cervico-vaginal atualizada, sem alterações. Realizou fisioterapia do pavimento pélvico, sem melhoria. Vigiada em consulta de Medicina Interna por episódios muito frequentes de dor pélvica, com maior intensidade na região hipogástrica e fossa ilíaca esquerda e com irradiação para a região glútea e lombar homolateral, com agravamento ao longo do dia, em especial após ortostatismo prolongado e sem relação com o ciclo menstrual. Realizou ressonância magnética (RM) à articulação coxo-femoral esquerda que se revelou sem alterações e RM pélvica que avalia varicosidades pélvicas bilaterais, mais pronunciadas à esquerda; em estudo dinâmico após contraste assinalada opacificação retrógrada da veia ovárica esquerda chegando a atingir 7 mm de maior calibre com ramos acessórios associados, compatível com SCP. Avaliada pela Cirurgia Vascular que, após melhoria apenas parcial com bioflavonoides, sugere embolização endoscópica da veia ovárica e hipogástricas esquerdas.

Conclusão: A SCP é uma entidade pouco conhecida, apesar de ser uma causa comum de dor pélvica crónica em mulheres múltiparas na pré-menopausa. Existem diferentes abordagens terapêuticas, sendo que a embolização de vasos pélvicos se associa a uma taxa de sucesso de 59 a 100%.

CO 04

NINFOPLASTIA – UMA TENDÊNCIA PREOCUPANTE

Luísa Cunha Silva; Maria Rui Torres; Andreia Miranda;
Rosália Coutada; Agostinho Carvalho; Paula Pinheiro
ULSAM

Introdução: A ninfoplastia consiste na redução cirúrgica dos pequenos lábios.

Tem-se verificado um aumento da sua realização, com cirurgias a serem realizadas em idades cada vez mais jovens. Esta tendência poder-se-á dever à divulgação, através dos

conteúdos digitais, de imagens “idealizadas”, que alteram a percepção do que é a anatomia normal vulvar e impactam a saúde física e psicológica da mulher.

Objetivos: Compreender o tipo de população submetida a ninfoplastia, ao longo de 10 anos, num Hospital nível II do SNS.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo utilizando os dados do programa SCLínico, entre 2014 e 2024, na ULSAM. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSS.

Resultados e conclusões: No total, foram realizadas 20 ninfoplastias, pela técnica convencional, na ULSAM, de 2014 a 2024.

A média de idades foi de 20,25 anos, sendo que 60% (n = 12) eram adolescentes (idade ≤ 18 anos) à data da cirurgia.

A média de dias de internamento foi de 2,2 dias e 15% (n = 3) complicaram no pós-operatório (deiscência da ferida, anemia e complicação anestésica), tendo sido necessária 1 reintervenção.

No total, 55% (n = 11) das doentes tinham algum tipo de acompanhamento psiquiátrico, sendo que destas, 72% (n = 8) eram adolescentes, tendo-se verificado uma associação estatisticamente significativa entre o acompanhamento psiquiátrico e a ninfoplastia na adolescência (p < 0,001).

2017 foi o ano com o maior número registado de ninfoplastias realizadas (n = 5), 75% (n = 4) em adolescentes. Porém, só no 1º trimestre de 2024, foram já realizadas 4 vezes mais do que no período equivalente de 2017 (n = 4 vs n = 1). O aumento das ninfoplastias deve alertar os clínicos para a possibilidade de dismorfismo corporal e diminuição da autoestima.

A prioridade deve ser garantir, sobretudo na adolescência e perante preocupações do foro estético, que a assimetria vulvar é uma variante do normal e não algo patológico, minimizando o impacto desta preocupação na

autoestima e o número de intervenções com possíveis complicações que comprometam a saúde sexual futura da mulher.

A intervenção cirúrgica deve ser reservada para os casos sintomáticos ou com impacto na qualidade de vida diária.

CO 05

MORBIMORTALIDADE EM GINECOLOGIA ONCOLÓGICA – CASUÍSTICA DE UM CENTRO

Ana Aparício; Alexandra Almeida Santos; Joana Mafra; Cláudia Andrade; Isabel Henriques; Fernanda Águas; Cristina Frutuoso
ULS Coimbra

Introdução: A classificação de Clavien-Dindo é mais utilizada em cirurgia para categorizar morbimortalidade perioperatória. Define morbimortalidade como os eventos adversos ocorridos nos primeiros 30 dias do pós-operatório. Com o uso desta classificação para categorizar a casuística de um centro, é possível quantificar, avaliar e comparar cuidados prestados.

A taxa de morbilidade total em cirurgia oncológica ginecológica descrita ronda os 25-30%, com taxas de morbilidade maior de 6-8%. As complicações são mais frequentes em cirurgia por cancro da vulva, seguida do colo do útero, ovário e endométrio. A taxa de mortalidade ronda os 1-2%.

Objetivos: Descrever a morbimortalidade pós-cirúrgica dos tumores ginecológicos diagnosticados de novo em 2023, com orientação cirúrgica no serviço de Ginecologia da Unidade Local de Saúde de Coimbra.

Material/Métodos: Estudo retrospectivo incluindo doentes submetidas a cirurgia por cancro ginecológico em 2023. Descrição de fatores preditivos de morbimortalidade e complicações cirúrgicas com categorização pela Classificação de Clavien-Dindo.

Resultados/Conclusões: Verificaram-se 163 diagnósticos de novo de neoplasia maligna,

46% (n = 75) tumores do endométrio, 22% (n = 36) ovário/trompa/peritoneu, 18% (n = 30) colo do útero, 7% (n = 12) vulva e 7% de tumores raros, como sarcomas e tumores da vagina. Destes, 106 foram submetidos a cirurgia.

A maioria das doentes (70%) tinham comorbilidades prévias importantes. O tempo médio de internamento foi 14,2 [3 - 64] dias, 5 no cancro do colo do útero [5-7], 15 no endométrio [3 - 64], 20 no ovário [3-50] e 12 na vulva [5-26].

Não houve casos de mortalidade.

A taxa de morbilidade total foi 25% (n = 26), com 9% (n = 10) de taxa de morbilidade maior (grau III e IV). Ajustando o número de cirurgias por tumor, foi o cancro do colo do útero que mais se associou a morbilidade maior, 28,6% das cirurgias por esta causa, seguido do ovário (11,4%) e endométrio (5,7%).

Houve 2 casos de morbilidade maior em cirurgias de cancro do colo – um abscesso pélvico e uma lesão do ureter com correção no mesmo tempo. Nas cirurgias por cancro do ovário verificou-se uma deiscência da cúpula (R0), uma fístula anastomótica com necessidade de ileostomia derivativa (R0), um choque séptico por deiscência colo-cólica (R0) e um caso de hemorragia intraoperatória com instabilidade hemodinâmica (R2). Nas neoplasias endometriais, houve uma fístula vesico-vaginal, uma lesão renal aguda pré-renal e um choque séptico por peritonite fecal após perfuração intestinal. Na cirurgia da vulva, houve apenas morbilidade menor, 60% das cirurgias (n = 3), todas por deiscência de ferida.

As taxas de morbimortalidade em cirurgia de Ginecologia Oncológica encontradas neste estudo são semelhantes ou inferiores às descritas na literatura. As comorbilidades prévias e complexidade cirúrgica destes doentes justifica a morbilidade superior comparativamente à cirurgia não oncológica.

CO 06

ENDOMETRIOMAS COM CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS – INTERVIR OU VIGIAR?

Daniela Agostinho David¹; Daniela Albuquerque¹; Catarina Neves²; Maria João Carvalho¹; Ângela Rodrigues¹; Fernanda Águas¹

¹Hospital Da Universidade De Coimbra; ²Unidade Local de Saúde do Algarve/Hospital de Portimão

Introdução: A endometriose está associada ao risco de desenvolvimento de determinados tipos de cancro do ovário como carcinoma de células claras e tumor endometrióide do ovário. As características ecográficas atípicas de endometrioma devem constituir um sinal de suspeição para uma eventual transformação maligna.

Objetivo: Análise descritiva e comparativa de doentes com endometriomas típicos e atípicos e/ou suspeitos na ecografia.

Material e métodos: Foram incluídas mulheres que realizaram ecografia endovaginal com o diagnóstico de endometrioma entre os anos de 2022 e 2024. Consideraram-se como endometriomas atípicos e/ou suspeitos, os endometriomas com as seguintes características ecográficas: multilocular; presença de componente sólido e/ou conteúdo intra-quístico não classificado como “vidro despolido”. Foram constituídos 2 grupos comparativos: G1 – endometriomas típicos; G2 – endometriomas atípicos e/ou suspeitos.

Resultados: Foram incluídas 171 doentes com diagnóstico ecográfico de endometrioma, 30 (17,5%) das quais apresentavam características ecográficas atípicas.

Relativamente às características clínicas, não houve diferença na média de idades (p = n.s.), na paridade (p = n.s.) e no status hormonal (p = n.s.). Nas mulheres pré-menopausa, o uso de contraceção hormonal não foi diferente entre os dois grupos (p = n.s.).

Relativamente às características ecográficas, o tamanho médio dos endometriomas

foi maior no G2 ($33,79 \pm 19,31$ mm no G1 e $58,33 \pm 26,63$ mm no G2 $p < 0,001$) e no G2 houve maior frequência de quistos bilaterais (26,7% (n = 8) no G2 vs 9,2% (n = 13) no G1 $p = 0,008$). Não houve diferenças entre os dois grupos no doseamento de CA-125 ($91,83 \pm 37,09$ no G1 vs $74,41 \pm 23,06$ U/mL no G2, AUC = 0,5 $p = n.s.$); na presença de endometriose profunda ($p = n.s.$), ou presença de adeniose ($p = n.s.$). No G2 33,3% (n = 10) apresentaram pelo menos 1 componente sólido, com 2 casos com *color score* 3. Em 36,7% (n = 11) dos casos, tinham conteúdo tipo *low-level* e/ou material amorfo intraquístico. No G2, 17,5% (n = 5) realizou RM pélvica cuja avaliação de suspeição foi sobreponível à ecografia. Foram submetidas a cirurgia 23,9% (n = 41) doentes, 53,3% (n = 16) do G2 ($p < 0,001$). No G2, 73,7% (n = 14) foram submetidas a quistectomia e/ou anexectomia, 50,0% (n = 7) com diagnóstico histológico de endometrioma, uma doente com diagnóstico de carcinoma de células claras e uma com diagnóstico de tumor seroso *borderline*. No G1, 19 doentes foram submetidas a cirurgia e todos os estudos histológicos revelaram situações benignas.

Conclusão: Na nossa amostra, verificou-se a ocorrência de malignidade em 1 caso (0,58%), inserido no grupo de endometriomas com características atípicas. O CA-125 não teve um valor preditivo de malignidade. No caso de endometriomas atípicos, a vigilância a curto prazo deve ser enquadrada e ter um baixo limiar para abordagem cirúrgica, particularmente nos endometriomas com componente sólido vascularizado.

CO 07

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO MANIPULADOR UTERINO NAS HISTERECTOMIAS LAPAROSCÓPICAS VS. LAPAROTÓMICAS

Ana Margarida Mourato¹; Vera Veiga²; Vera Sousa²; Catarina Soares³

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

²Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco

Gentil, EPE; ³Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: Na histerectomia laparoscópica é frequentemente utilizado um manipulador uterino, instrumento que permitindo a mobilização do útero, facilita o procedimento e diminui o tempo cirúrgico. Alguns estudos sugerem que pode estar associado a maior risco de invasão linfovascular e disseminação celular, demonstrado pelo lavado peritoneal positivo para células neoplásicas.

Objetivo: Comparar a via laparotómica vs laparoscópica (LPS) nos estádios iniciais de carcinoma do endométrio no que respeita ao pós-operatório e prognóstico.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos de cancro do endométrio tipo endometrióide, baixo grau, estágio IA, submetidos a cirurgia entre janeiro de 2020 e fevereiro de 2024, no Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Foram avaliados: tipo de histerectomia, presença ou ausência de invasão linfovascular, citologia do lavado peritoneal, taxa de recidiva e sobrevivência.

Resultados: Registaram-se 157 casos, dos quais 110 realizaram histerectomia laparotómica e 47 LPS, com manipulador uterino. A percentagem de LPS aumentou ao longo dos anos: 0% (2020), 10% (2021), 39% (2022) e 58% (2023). A percentagem de citologias positivas para células malignas no lavado peritoneal foi semelhante nas duas abordagens (2.13% LPS vs 1.82% laparotómica). A presença de invasão linfovascular foi significativamente mais frequente na LPS (10.64% vs 1.82%). Até ao

momento não se verificou diferença estatisticamente significativa na taxa de recidiva (2,1% LPS vs 1,82% laparotomia), registando-se uma vaginal aos 12 meses, após LPS, e duas após laparotomia: uma recidiva múltipla aos 12 meses e outra vaginal aos 36 meses, sendo que ambos os casos terminaram em óbito. Verificam-se outros 3 óbitos, resultantes do agravamento de comorbilidades associadas.

Conclusões: Este estudo demonstra a utilização crescente da cirurgia minimamente invasiva na abordagem ao cancro do endométrio em estágio inicial. Confirma a associação entre via laparoscópica com manipulador e maior taxa de invasão linfovascular, mas não corrobora o aumento de disseminação celular, demonstrado pelo lavado peritoneal positivo para células neoplásicas. Não são significativas as diferenças entre taxa de recidiva e sobrevivência, no entanto, a amostra e tempo de seguimento ainda são insuficientes para definir a melhor via de abordagem cirúrgica, sendo para tal imprescindível ampliar este estudo.

CO 08

CANCRO DO ENDOMÉTRIO – QUAL A MELHOR ABORDAGEM CIRÚRGICA?

Ana Margarida Mourato¹; Vera Veiga²; Vera Sousa²; Catarina Soares³

¹CHUA Faro; ²Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE; ³Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: A histerectomia é o tratamento padrão para a maioria dos casos de cancro do endométrio. A abordagem cirúrgica pode ser laparotómica, laparoscópica ou vaginal, estando associadas a diferentes vantagens e complicações. A escolha deve basear-se nas características das doentes e na experiência do cirurgião.

Objetivos: Comparar diferentes vias de abordagens cirúrgicas (histerectomia laparotómica e laparoscópica), relativamente às compli-

cações pós-operatórias.

Material e métodos: Análise retrospectiva das doentes com cancro do endométrio tipo endometrióide, baixo grau, estadio IA, submetidas a histerectomia no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, entre janeiro de 2020 e fevereiro de 2024. As variáveis analisadas incluíram tipo de histerectomia (laparotómica ou laparoscópica), tempo de internamento e complicações pós-operatórias.

Resultados: Foram incluídas 157 doentes, das quais 110 realizaram histerectomia laparotómica e 47 histerectomia laparoscópica. A percentagem da via laparoscópica tem aumentado ao longo dos anos [0% (2020), 10% (2021), 39% (2022) e 58% (2023)], bem como a sua realização em doentes com cada vez maior IMC [IMC médio 26,8 (2021), 28,5 (2022), 29,1 (2023) e 31 (2024, até à data)]. Comparando a via laparoscópica, com a via laparotómica, verificou-se menor tempo de internamento pós-operatório (média 2 vs 5 dias), menor taxa de hematoma (0.9% vs 4.3%) e de infeções urinárias no pós-operatório imediato (2.1% vs 6.4%). Apenas na via laparotómica se verificaram deiscências (3.6%), infeções da ferida operatória (7.3%), hérnias abdominais (3.6%) e necessidade de transfusão sanguínea (1.8%). A percentagem de doentes obesas foi superior no grupo da laparotomia (62.4% vs 42.5%). Correlacionando o IMC e a taxa de complicações neste grupo, verificou-se associação positiva entre maior IMC e deiscências (estatisticamente significativo), infeções da ferida operatória e hérnias.

Conclusões: Este estudo vem corroborar a vantagem da utilização da cirurgia minimamente invasiva, mostrando redução do tempo de internamento e das complicações pós-operatórias. No entanto, o IMC parece ser um fator de enviesamento, que poderá ser ultrapassado com a escolha cada vez mais frequente da via laparoscópica em doentes com IMCs maiores.

COMUNICAÇÕES ORAIS 2 | ORAL COMMUNICATIONS 2

Moderadores | *Chairs*: João Cavaco Gomes e Irina Ramilo

CO 09

METAPLASIA MUCINOSA DO ENDOMÉTRIO – UM CASO RARO

Ana Rita Magalhães; Susana Rego;
Catarina Reis Carvalho; Carla Nunes;
Ana Luísa Ribeirinho
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de
Santa Maria*

Introdução: A metaplasia mucinosa de tipo intestinal do endométrio é uma situação extremamente rara, com poucos casos descritos na literatura. Na maioria dos casos é assintomática e relaciona-se com estados de hiperestrogenismo ou em mulheres na pós-menopausa sob tratamento hormonal de substituição. Raramente associa-se com estenose cervical. Pode gerar mucometra muito significativo.

Descrição do caso: Doente de 46 anos, sem antecedentes médico-cirúrgicos de relevo, índice obstétrico 1001 (1 parto vaginal), em amenorreia há 7 meses, sob contraceção hormonal combinada, foi encaminhada para a consulta de ginecologia cirúrgica por queixas de corrimento vaginal gelatinoso, inodoro e transparente, muito abundante (objetivado em exame ginecológico) e disruptivo da qualidade de vida, com 2 anos de evolução. Era portadora de exsudado vaginal, negativo, e de ecografia ginecológica em que se destaca coleção de líquido não puro intracavitário/

cavidade endometrial alargada com conteúdo hipoecogénico. Foi instituído tratamento empírico com Fluomizin e Gynoflor e solicitada repetição de ecografia ginecológica com histerossonografia que demonstrou formação polipóide com 19 mm, motivando realização de histeroscopia com polipectomia que decorreu sem intercorrências. A anatomia patológica revelou pólipos do endométrio com metaplasia mucosa; há aspetos que podem corresponder a leiomioma submucoso.

No decurso da vigilância suspendeu contraceção (ausência de vida sexual ativa por impacto das queixas), com retorno de menstruações regulares, com fluxo normal.

Por ausência de melhoria das queixas após o procedimento supramencionado, com franco impacto na funcionalidade, foi proposta realização de histerectomia total e salpingectomia bilateral por laparoscopia.

A cirurgia e o pós-operatório decorreram linearmente.

O estudo anátomo-patológico revelou metaplasia mucinosa de tipo intestinal completa do endométrio (epitélio de superfície e glandular).

Conclusão: Pouco se conhece ainda acerca da progressão natural e abordagem óptima da metaplasia mucinosa intestinal do endométrio atendendo à escassez de

casos descritos na literatura. Não obstante, atendendo à multiplicidade de potenciais desfechos (benignos e malignos), é recomendável a manutenção de vigilância clínica subsequente.

CO 10

LESÃO CIN 3 COM TESTE DE HPV NEGATIVO – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Marta Campos¹; Carolina Veiga e Moura²; Margarida Cordoeiro³; Maria João Carinhas²
¹Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho; ²Unidade Local de Saúde de Santo António; ³Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões

Introdução: O vírus do papiloma humano (HPV) é a causa de praticamente todos os casos de cancro do colo do útero e das suas lesões precursoras. O teste de HPV demonstrou possibilitar a deteção precoce de neoplasia intra-epitelial do colo do útero com displasia grave (CIN 3) e maior proteção contra cancro cervical invasivo, comparativamente à citologia. No entanto, cerca de 0,05% dos casos com teste HPV negativo progrediram para CIN 3 ou cancro cervical nos 3 a 5 anos subsequentes.

Descrição dos casos: Caso 1 – Mulher de 32 anos, raça caucasiana, nuligesta. Sem antecedentes pessoais de relevo. Não fumadora. Completou 3 doses da vacina tetravalente contra o HPV. Enviada para a consulta de patologia do colo por citologia com lesão pavimentosa de alto grau (HSIL), em contexto de rastreio oportunista. Efetuada colheita para teste de HPV. A colposcopia era adequada, com zona de transformação tipo 1 (ZT1), com achados colposcópicos grau 2 e lesão extensa ocupando todo o colo uterino, tendo sido realizadas biópsias. O resultado do teste HPV foi negativo e o resultado anátomo-patológico das biópsias revelou carcinoma epidermoide *in situ*, com envolvimento glandular. Procedeu-se a excisão da ZT, seguida de vaporização a LASER, cuja histologia revelou CIN 3,

com margens negativas. A doente encontra-se atualmente em vigilância em consulta.

Caso 2 – Mulher de 37 anos, raça caucasiana, 3G2P. Sem antecedentes pessoais de relevo. Não fumadora. Referenciada para a consulta de patologia do colo por citologia com células glandulares atípicas (AGC) e teste de HPV negativo. A colposcopia era adequada, com ZT1, com achados colposcópicos grau 2 e área acetobranca mais densa em toda a ZT, tendo sido realizadas biópsias e curetagem endocervical. O resultado anátomo-patológico das biópsias revelou CIN 3 e da curetagem endocervical cervicite. Submetida a excisão da ZT e vaporização a LASER, assim como colheita de citologia do endocolo, cuja histologia revelou CIN 3 e a citologia foi negativa para lesão intra-epitelial (NILM). Após vigilância de acordo com as recomendações, e com resultados negativos, teve alta clínica com indicação para integrar novamente o programa de rastreio do cancro do colo do útero.

Conclusão: A ocorrência de CIN 3 ou cancro cervical em mulheres com teste de HPV negativo é rara. As principais causas para a sua ocorrência incluem motivos relacionados com a amostra ou presença de genótipo de HPV não avaliado pelo teste de HPV utilizado. Estes dois casos clínicos alertam para a sua ocorrência, salientando a importância da citologia nesta situação.

CO 11

ANESTESIA HISTEROSCÓPICA EM HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO

Mariana Martins Dos Santos; Margarida Paiva; Diogo Lima; Filipa Barradas; Vera Vilhena; Cristiana Gonçalves
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A histeroscopia é o procedimento gold standard na investigação e tratamento da patologia intrauterina. No entanto, o suces-

so do procedimento está em grande parte relacionado com a dor percebida pela utente durante o mesmo, pelo que é de extrema importância a aplicação de técnicas para alívio da dor, quando necessárias. O objetivo deste estudo é demonstrar a eficácia da anestesia histeroscópica no controlo da dor durante a histeroscopia de consultório.

Métodos: Realizámos um estudo coorte retrospectivo de 1062 doentes submetidas a Histeroscopia de consultório na Unidade de Histeroscopia do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Barreiro, durante o período compreendido entre janeiro de 2019 e março de 2024, às quais foi pedido que determinassem a intensidade da dor sentida durante o procedimento, utilizando uma escala numérica de 0 a 10. Na análise estatística foi utilizado o programa SPSS *Statistics*.

Resultados e conclusões: Durante este período, foram registadas 1062 histeroscopias, 254 diagnósticas e 794 cirúrgicas. Foi realizada anestesia histeroscópica no decurso da histeroscopia em 50 doentes, conforme decisão do médico, com o intuito de possibilitar a conclusão do procedimento e melhorar a tolerância da doente ao procedimento.

As doentes tinham idades compreendidas entre 22 e 92 anos (média 56 anos). 54,3% eram pós-menopáusicas, e 73% tinham pelo menos um parto vaginal, enquanto que 27% eram nulíparas ou tinham apenas partos por cesariana. A histeroscopia foi bem tolerada com dor ligeira (0 a 4) em 70,4% (n = 748) dos casos. Em 22,1% (n = 235) dos casos as doentes referiram dor moderada (de 5 a 7). Dor intensa (de 8 a 10) foi referida por apenas 7,4% (n = 79) doentes. Não foi possível a conclusão do procedimento em 14 doentes (1,3%), por intolerância da doente ou dificuldade técnica.

Foi realizada anestesia histeroscópica em 50 doentes (4,7%) conforme critério clínico, com solução de lidocaína a 1%, com recurso

a uma agulha endoscópica através do canal de trabalho, com administração a nível dos ligamentos útero-sagrados e intracervical. A intensidade da dor referida foi significativamente inferior após a administração de anestesia histeroscópica, com uma diferença média no grau de dor de -2,9 (IC 95% 2,03 – 3,77; p < 0,001), o que permitiu completar o procedimento em todas as doentes.

Em conclusão, apesar da Histeroscopia de consultório ser um procedimento bem tolerado na generalidade, a anestesia histeroscópica parece ser uma alternativa eficaz em casos selecionados, permitindo a conclusão do procedimento com maior conforto para a doente.

CO 12

HIPERTECOSE OVÁRICA – UMA PATOLOGIA BENIGNA RARA EM MULHER PÓS-MENOPAUSA

Francisca Pinho Silva; Mariana Severino; Laura Cruz; Susana Rego; Catarina Carvalho; Carla Nunes; Maria Inês Alexandre; Ana Luísa Ribeirinho; Alexandre Lourenço
Hospital Santa Maria

Introdução: A hipertecose ovárica trata-se de uma entidade rara que representa a principal causa de hiperandrogenismo na pós-menopausa. Associa-se a hirsutismo grave, virilismo e resistência à insulina. Caracteriza-se por uma regulação anormal da esteroidogénese com diferenciação das células intersticiais do ovário em células do estroma luteinizadas, sendo o seu diagnóstico definitivo histológico.

Descrição do caso: Mulher de 61 anos, na menopausa aos 52 anos, sem terapêutica hormonal. Antecedentes de hipertensão arterial, síndrome depressiva, obesidade (IMC 32 kg/m²) e dislipidemia e sob lrbesartan, Omeprazol, Escitalopram e Sinvastatina. Foi referenciada à consulta de Endocrinologia por hirsutismo com um ano de evolução distribuí-

do pela face, região mamária e abdômen. Como valores laboratoriais, apresenta testosterona total de 334 ng/dL e globulina transportadora de esteroides de 74 nmol/L. Os doseamentos de dihidroepiandrosterona, androstenediona, 17-hidroxiprogesterona, prolactina, LH e FSH eram normais e compatíveis com a pós-menopausa. Constatou-se também hiperinsulinemia e pré-diabetes com HbA1c de 6,2%. Realizou Tomografia Computorizada que não mostrou alterações morfológicas das glândulas suprarrenais e ecografia ginecológica que não revelou alterações nas áreas anexiais, apenas um leiomioma FIGO 0 com 14 x 10 mm.

À observação na consulta, apresentava sinais de hipertricosose, mais grave na face, região mamária e abdômen, e clitoromegalia ligeira. Não apresentava outros sintomas de virilização, como acne, alopecia de padrão masculino, aprofundamento da voz, alterações das cartilagens laríngeas ou atrofia mamária. O exame ao espéculo não revelou alterações. Foi realizada uma laparoscopia diagnóstica, que revelou ovários normodimensionados e sem alterações macroscópicas, sendo realizada anexectomia bilateral por laparoscopia e histeroscopia com miomectomia, sem intercorrências. O exame histológico revelou hiperplasia do estroma ovárico bilateral e leiomioma submucoso. Os níveis de testosterona voltaram ao normal um mês após a cirurgia (14,2 ng/dL). Conclusão: O hirsutismo grave em mulheres na pós-menopausa é um desafio na prática clínica e exige a exclusão de patologia maligna, como tumores produtores de andrógenos da suprarrenal ou do ovário. A Hipertricosose ovárica constitui uma perturbação funcional cujo diagnóstico é de exclusão e, o tratamento recomendado é a anexectomia bilateral.

CO 13

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E RELACIONAMENTOS SAUDÁVEIS

Ana Margarida Mourato; Vera Ribeiro
CHUA

Introdução: A educação sexual tem cada vez mais importância na atualidade, constatando-se que a coitarca ocorre em idades cada vez mais precoces e, muitas vezes, associada a ingestão de substâncias toxicofílicas e/ou outros comportamentos de risco. Além disso, persistem elevadas as prevalências de infecções sexualmente transmissíveis, gravidezes na adolescência e relações abusivas. Assim, considera-se imprescindível fornecer ou complementar os conhecimentos dos jovens, na área da saúde sexual, para promoção de atitudes e decisões corretas e saudáveis, a fim de minimizar comportamentos de risco e as suas consequências.

Objetivos: Promover educação sobre saúde sexual aos jovens e avaliar o impacto de sessões educativas.

Métodos e metodologia: Realização de sessões educativas e interativas, a alunos do 9.º ano, sobre vários subtemas da saúde sexual; Avaliação dos conhecimentos e impacto das sessões, através de um teste de avaliação de verdadeiro/falso, sobre os temas abordados, aplicado antes e depois das sessões; Recolha de dados sociodemográficos para caracterização da população.

Resultados e conclusões: Foram realizadas sessões educativas, sobre “adolescência e respetivas alterações físicas, comportamentais, cognitivas, afetivas e morais; ciclo reprodutivo e gravidez na adolescência; relações sexuais; sexualidade e género; violência no namoro; métodos contraceptivos; infecções sexualmente transmissíveis”. A maioria dos alunos era do sexo masculino (54.5%) e tinha 14 anos (72.7%). Verificou-se que 13.6% já tinha tido relações sexuais, 3% preferiram não responder à pergunta e 48.5% já tinham consumido ou

consumiam substâncias toxicofílicas. A maioria vivia em casa arrendada (63.6%), com ambos os pais (69.7%) e o encarregado de educação tinha como escolaridade o ensino superior (57.4%). Durante as sessões, os alunos demonstraram bastante interesse nas sessões, permanecendo, na sua maioria, concentrados nas sessões e com colocação de questões pertinentes. Na avaliação dos conhecimentos, referentes aos temas abordados nas sessões educativas, a análise pré e pós sessões, revelou melhoria significativa no desempenho dos alunos, com melhoria percentual de aproximadamente 23.5%, corroborando a importância destas sessões na aquisição de conhecimentos na área da saúde sexual.

CO 14

O PAPEL DA CIRURGIA OBLITERATIVA NO TRATAMENTO DO PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Maria Henriques; Ana Bello; Cristina Nércio; Guida Gomes; Patrícia Isidro Amaral
MAC

Introdução: O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é um problema comum, cuja prevalência aumenta com a idade. O tratamento cirúrgico poderá passar por cirurgia reconstrutiva ou obliterativa, estando esta última reservada para casos selecionados.

Objetivos: Avaliar os resultados da cirurgia obliterativa.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo, que incluiu as utentes submetidas a cirurgia obliterativa num centro terciário entre 9/2016 e 1/2024. Avaliadas características demográficas, grau de prolapso, tipo de cirurgia, complicações e desfecho pós-operatório.

Resultados: Foram incluídas 41 mulheres, com idade média de 78,6 anos (mín.64 - máx.88). Destas, 17% (n = 7) eram obesas e 97,5% (n = 40) tinham pelo menos uma outra comorbidade. Apenas um caso era nu-

lípara, as restantes tiveram partos vaginais, e nenhuma tinha vida sexual ativa. Em relação aos antecedentes cirúrgicos, 41,5% (n = 17) eram histerectomizadas, e 29,3% (n = 12) já tinham sido submetidas a cirurgia por POP.

No que diz respeito ao estadió do POP, todas apresentavam um POP ≥ 3 (classificação Baden-Walker): 33 do compartimento anterior, 38 do médio e 22 do posterior, a maioria com afeção de mais do que um compartimento (n = 34). 58,5% (n = 24) tinham um POP grau 4. Foi feita tentativa de correção do prolapso com pessário previamente à proposta cirúrgica em 63,4% dos casos (n = 26).

No período avaliado, foram realizadas 28 colpocleisis totais, 12 das quais com histerectomia vaginal concomitante, e 13 colpocleisis parciais (LeFort). Em dois casos fez-se correção de incontinência urinária no mesmo tempo operatório. A duração média de internamento após a cirurgia foi 1,9 dias (mín.1 - máx.4). Registaram-se seis complicações perioperatórias: perdas hemáticas aumentadas com necessidade transfusional (n = 1), hematoma da cúpula (n = 1), infeção do trato urinário (n = 2) e granuloma da cúpula (n = 1). Registou-se ainda uma morte de causa não relacionada ao 23º dia pós-operatório.

O seguimento pós-operatório foi feito em média ao longo de 10 meses (mín.2 - máx.68). O sucesso anatómico, definido como POP ≤ 1 , foi atingido em 87,50% dos casos (n = 35). Dos cinco casos com POP > 1 , três reportavam interferência na qualidade de vida. Destes, a recorrência foi detetada em média cinco meses após a cirurgia. Um dos casos foi reoperado, e os dois restantes perderam seguimento. Registaram-se cinco casos de incontinência urinária de novo.

Conclusões: A cirurgia obliterativa tem uma baixa taxa de complicações e elevado sucesso, sendo uma opção viável para utentes com comorbidades sem desejo de vida sexual com penetração vaginal.

CO 15

TELEMEDICINA EM GINECOLOGIA – UM ESTUDO DE OPINIÃO ENTRE GINECOLOGISTAS

Maria Inês Barradas; Maria Inês Sargaço;
Filipe Nóbrega; Inês Leal; Filipa Abreu Santos;
Luís Miguel Farinha
Hospital Central do Funchal

Introdução: A telemedicina consiste no uso de tecnologias de comunicação para fornecer cuidados médicos, informação e serviços de saúde à distância. Permite que médicos e doentes interajam por meio de consultas virtuais, prescrição eletrônica de medicamentos e monitorização remota de sinais e sintomas. **Objetivos:** Avaliar a visão dos ginecologistas sobre a telemedicina e como a estão a aplicar na sua prática clínica.

Material e métodos: Elaborou-se um inquérito anónimo dirigido a médicos ginecologistas/obstetras - internos e especialistas - preenchido de 25/4 a 10/5/2024.

Resultados: Foram obtidas 60 respostas. A maioria dos inquiridos (76.7%) nunca ou raramente utiliza telemedicina e 93.3% nunca teve qualquer formação na área. Apenas 36.6% a considera segura ou muito segura. Dos que a utilizam, 78.6% vê um impacto positivo e 51.2% vê melhorias na satisfação dos seus doentes, ainda que em 90.9% dos casos presente menos de 10% da sua atividade clínica. A maioria (65%) vê a telemedicina como complemento das consultas presenciais.

Os problemas técnicos (35%), as desigualdades no acesso à tecnologia (35%) e a necessidade de disponibilidade constante para os doentes (28.3%) são os maiores desafios encontrados pelos médicos. As principais vantagens são um melhor acesso para os doentes que vivem em áreas remotas (68.3%), redução dos custos operacionais (53.3%) e maior conveniência para os doentes (63.3%). A discussão de resultados de exames (86.7%), seguimento de uma

patologia crónica (60%) e acompanhamento da gravidez (43.3%) foram considerados temas adequados para teleconsulta, enquanto consultas de infertilidade (53.3%), pré-operatórias (51.7%) e planeamento familiar (40%) foram consideradas desadequadas.

Os ginecologistas consideram que os maiores obstáculos à adoção da telemedicina são o acesso limitado dos doentes à tecnologia (51.7%), a resistência dos profissionais à transição tecnológica (46.7%) e a falta de legislação (45%). Os médicos consideram que a telemedicina é limitada no que respeita ao exame físico (91.7%), ao tratamento de emergências (53.3%) e ao diagnóstico de patologia complexa (45%). Um apoio técnico sempre disponível (73.3%), a existência de diretrizes clínicas específicas (50%) e o treino técnico em plataformas de telemedicina (48.3%) são considerados necessários para a implementação da telemedicina. Formação técnica básica em *software* (73.3%), em comunicação à distância (53.3%) e em ética em telemedicina (50%) motivariam os médicos a aderir mais a este formato.

Cerca de 46.7% prevê um crescimento da telemedicina no futuro e 83.3% recomendaria o seu uso a outros ginecologistas.

Conclusão: Embora reconheçam as suas vantagens e o seu impacto positivo, os ginecologistas ainda aderem pouco à telemedicina. Formação adequada na área e a garantia de suporte técnico, bem como a existência de legislação própria são fatores que poderiam promover a sua maior aceitação.

CO 16

DA ADOLESCÊNCIA À MENOPAUSA PRECOCE: O CASO RARO DE UMA JOVEM COM TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI- LEYDIG

Ana Margarida Mourato¹; Vera Sousa²; Berta Lopez²; Catarina Soares³

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

²Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE; ³Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: Os tumores de células de Sertoli-Leydig (TCSL) correspondem a menos de 0,5% dos tumores do ovário. Geralmente ocorrem em mulheres entre os 20-40 anos, no entanto existem relatos em todas as idades. A clínica varia com subtipo histológico e estágio da doença. Produzem com frequência androgénios, podendo acompanhar-se de sinais de virilização (50%). Em 98% são unilaterais e apresentam-se habitualmente em estádios precoces. Cerca de 60% apresenta mutações da DICER1, sendo a sua pesquisa útil para diagnóstico diferencial destas neoplasias. O diagnóstico definitivo é histopatológico. O tratamento de 1ª linha é cirúrgico. Em casos selecionados, pode haver indicação para quimio e radioterapia adjuvante. O prognóstico depende sobretudo do subtipo histológico e estágio da doença. Nos tumores bem diferenciados, estágio inicial, a sobrevida a 5 anos é superior a 95%. No entanto, é inferior a 20%, se pouco diferenciados, estágio avançado ou recidivante.

Descrição do caso: Sexo feminino, 11 anos, que por dor e aumento do volume abdominal, recorreu ao SU, onde ecograficamente se objetivou uma massa anexial suspeita. Submetida a anexectomia direita e omentectomia total, cujo diagnóstico histológico revelou TCSL moderadamente diferenciado, estágio IIB (FIGO), pelo que realizou quimioterapia adjuvante. Dois anos depois, por recidiva pélvica,

submetida a excisão de massa do paramétrio esquerdo e biópsia ovárica, seguida de quimioterapia. Um ano depois, nova recidiva pélvica, pelo que realizou excisão completa da massa tumoral e quimioterapia. Após 2 meses, por metástase anexial e uterina, que condicionou inversão uterina com prolapso do tumor na vagina, acompanhada de hemorragia uterina com repercussão hemodinâmica, foi submetida a histerectomia, anexectomia esquerda e citorredução. Pela agressividade do tumor, múltiplas recidivas e nódulos peritoneais infracentimétricos incomparáveis detetados na RM de controlo, realizou radioterapia. Atualmente, 11 meses livre de doença. **Conclusão:** Os TCSL representam um desafio diagnóstico e terapêutico, não só pela raridade, mas também pela clínica heterogénea e risco de malignidade. Este caso relata um TCSL agressivo, com má resposta à quimioterapia adjuvante, com múltiplas recidivas e, conseqüentemente, de mau prognóstico. No entanto, um caso de sucesso até à data que, com boa recuperação face às intervenções cirúrgicas e sem sinais de recidiva há 11 meses, oferece esperança de resultado favorável a longo prazo.

Moderadores | *Chairs*: Gustavo Mendinhos e Sara Campos

CO 17

PROTOCOLO PILOTO DE VACINAÇÃO DE PROFISSIONAIS CONTRA O HPV – IPO COIMBRA

Laura Torres Teixeira; Dinis Correia Mateus;
Margarida Figueiredo; Diogo Laertes Correia;
Carlos Costa Codeço; Francisco Almeida;
José Miguel Pereira; Ângela Rigueiro; Rita Sousa;
Branca Carrito; José Luis Sá
IPO Coimbra

Introdução: O vírus do papiloma humano (HPV) é extremamente contagioso, tendo já sido identificados mais de 200 genótipos que podem ser subdivididos de acordo com o seu tropismo para a pele ou mucosas.^{1,2} Apesar da limitada disponibilidade de dados relativos ao risco de exposição em contexto laboral, existem casos descritos na literatura de profissionais de saúde que desenvolveram doença associada ao HPV sem outros fatores de risco significativos. A vacinação é segura e eficaz tendo já sido recomendada internacionalmente^{3,4}

Objetivos: Proposta de protocolo piloto de vacinação de profissionais contra o vírus do papiloma humano – uma parceria da Ginecologia e Saúde Ocupacional do IPO de Coimbra
Material e métodos: Foi enviado um questionário em formato eletrónico aos profissionais com risco de exposição ao HPV, elaborado com base numa pesquisa bibliográfica rela-

tiva ao risco em contexto profissional. Foram considerados elegíveis para vacinação: profissionais do sexo masculino e feminino em idade laboral no serviço de Ginecologia ainda não imunizados com a vacina nonavalente (Gardasil 9®); Categoria profissional: médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, independentemente dos seus antecedentes de infeção HPV. Foram excluídas grávidas ou profissionais com antecedentes de reação alérgica grave após dose anterior ou a um componente da vacina.

O convite voluntário para preenchimento do questionário e a oportunidade de vacinação foram geridos pela saúde ocupacional.

Resultados e conclusão: Os profissionais expostos manifestaram satisfação global face à possibilidade de vacinação e à proposta de protocolo apresentada, dado o encargo financeiro que a vacinação representa.

Apesar da vacinação de profissionais expostos ao HPV em contexto laboral permanecer ainda um assunto controverso, o risco de infeção está virtualmente presente e pode ser considerada a oportunidade de vacinação voluntária dos profissionais de saúde expostos. Este protocolo piloto aplicado inicialmente no serviço de Ginecologia poderá ser alargado no futuro a um maior leque de profissionais

como a Dermatologia, Urologia, Anestesiologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia de cabeça e pescoço, entre outras que o justifiquem.

CO 18

MIOMECTOMIA: SERÁ QUE A VIA CIRÚRGICA ALTERA OS DESFECHOS?

Ana Alves¹; Catarina Soares²; Manuel Fonseca³; Maria João Carvalho³; Fernanda Águas³

¹Centro Hospitalar de Leiria; ²Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha; ³Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A miomectomia visa o tratamento de hemorragia uterinas anormais e a redução da dor pélvica associada, permitindo a preservação da fertilidade, sendo por isso o tratamento cirúrgico de escolha em mulheres que desejam conservar o potencial reprodutivo. A abordagem cirúrgica tem como objetivo causar danos mínimos ao endométrio assim como reduzir a incidência de recorrências e complicações (hemorragia, hematoma, aderências e rotura uterina numa gravidez subsequente).

Objetivos: Análise comparativa de fatores pré e pós-operatórios de miomectomias por laparoscopia vs laparotomia

Material e métodos: Estudo retrospectivo que inclui as miomectomias realizadas no serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre janeiro de 2013 e abril de 2024. Foram definidos dois grupos: grupo 1 (miomectomia por laparoscopia) e grupo 2 (miomectomia por laparotomia).

Resultados e conclusões: Realizaram-se 294 miomectomias - 23,5% (n = 69) por laparoscopia e 76,5% (n = 225) por laparotomia. Foram incluídas mulheres com uma média de idades de $36,14 \pm 5,76$ anos. Verificou-se que 23,2% do grupo 1 e 31,6% do grupo 2 apresentavam diagnóstico de infertilidade. A maioria dos miomas removidos por lapa-

roscopia eram subserosos (91,3%, n = 63) e por laparotomia intramurais (44,9%, n = 101). A média do diâmetro dos miomas foi maior no grupo de laparotomia ($69,057 \pm 25,35$ mm vs $49,510 \pm 18,326$ mm, $p \leq 0.0001$). Em 55% dos casos, foi removido apenas um único mioma. A conversão para laparoscopia foi de 19,8% (n = 17). A taxa de entrada na cavidade foi nula no grupo 1 e de 11,1% (n = 25) no grupo 2.

A duração de internamento foi inferior no grupo 1 ($2,10 \pm 1,045$ vs $3,46 \pm 1,790$, $p \leq 0.0001$). As complicações pós-operatórias foram mais frequentes no grupo 2 ($p = 0,001$) - anemia com necessidade de transfusão (11,5%, n = 26), infeção da ferida operatória (0,44%, n = 1), deiscência da sutura (0,88%, n = 2), hematoma (0,44%, n = 1), hemoperitoneu (0,44%, n = 1); infeção pélvica (0,44%, n = 1), abscessos pélvicos (0,44%, n = 1) e pneumotórax (0,44%, n = 1).

As taxas de recorrência foram de 7,2% no grupo 1 (n = 5) e de 13,8% no grupo 2 (n = 31). Nesta amostra, 37,8% (n = 14) foram novamente submetidas a miomectomia e 24,3% (n = 9) foram posteriormente submetidas a hysterectomia (88,9% pertencentes ao grupo 2).

Das mulheres com desejo reprodutivo 41,9% (n = 13) das mulheres do grupo 1 e 55,1% (n = 65) do grupo 2 ($p = 0,192$) engravidaram após cirurgia.

Quanto à via de parto, a taxa de cesarianas foi superior no grupo de laparotomia (59,6%, n = 31 vs 30%, n = 3; $p = 0,163$). No grupo em que não se constatou entrada na cavidade uterina, 50% dos partos ocorreram por via vaginal. Não foi reportado nenhum caso de rotura uterina.

A seleção da via de abordagem foi condicionada pelo tipo, dimensão e localização do mioma. A técnica cirúrgica influenciou os resultados pós-operatórios imediatos, mas não parece influenciar significativamente outros desfechos, nomeadamente reprodutivos.

CO 19

ABLAÇÃO DE MIOMAS POR RADIOFREQUÊNCIA – OS 3 PRIMEIROS CASOS

Marta Henriques Costa; Mariana Gonçalves;
Ana Margarida Póvoa; Rita Polónia Valente;
Margarida Martinho
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: Os miomas uterinos são uma patologia ginecológica benigna muito frequente, afetando aproximadamente 25% das mulheres em idade reprodutiva. Manifestam-se através de sintomas como hemorragia uterina anormal (HUA), sintomas compressivos, dispareunia ou subfertilidade. Existem várias opções terapêuticas disponíveis, no entanto, poucas são compatíveis com o desejo de fertilidade.

Objetivos, material e métodos: Neste estudo, apresentamos os três primeiros casos de ablação de miomas por radiofrequência por via transvaginal, realizados no nosso hospital, e uma breve revisão da literatura com recurso à PubMed®.

Resultados e conclusões: Três mulheres com miomas uterinos sintomáticos, com idades entre 41 e 47 anos, foram selecionadas através da consulta para participar no estudo. Os sintomas incluíam história de hemorragia uterina anormal e num dos casos foi relatada a presença de infertilidade. Os miomas alvo da intervenção foram os seguintes: no primeiro caso, um mioma corporal posterior classificado como FIGO 2-3, com 31 mm, e um mioma corporal ântero lateral esquerdo FIGO 5, com 15 mm. No segundo caso, identificou-se um mioma corporal posterior de FIGO 3, com 38 mm. No terceiro caso, um mioma corporal posterior de FIGO 2-5, com 50 mm. Os procedimentos foram realizados em regime de ambulatório, sob anestesia geral, com uma duração média total de 38 minutos, e um tempo de aplicação de energia entre 7 e 11 minutos. Não foram registadas complicações

intra-operatórias, nem foi necessário reforço da analgesia no pós-operatório imediato. Aguardam-se os resultados a longo prazo.

A ablação de miomas por radiofrequência emerge como uma opção terapêutica minimamente invasiva, segura e eficaz. Esta técnica permite a resolução de HUA e uma redução esperada de cerca de 70% no volume dos miomas após 12 meses, tornando-a particularmente importante para mulheres que apresentem desejo de conservação da fertilidade.

CO 20

PRESERVAR A FERTILIDADE: OS DESAFIOS DA TORÇÃO ANEXIAL NA ADOLESCÊNCIA

Filipa Agria; Kristina Hundarova; Chabeli Appelman;
Mariana Sucena; Sofia Custódio; Fernanda Geraldês;
Ângela Rodrigues; Fernanda Águas
ULS Coimbra

Introdução: A torção anexial é um dos motivos de urgência cirúrgica na adolescência.

A dor abdominal associada a náuseas e vômitos é a manifestação clínica mais frequente, o que torna desafiante o diagnóstico desta patologia, dado que mimetiza outras condições de abdómen agudo. Esta situação necessita de uma intervenção precoce dado ao seu impacto no potencial reprodutivo das adolescentes.

Objetivos: Avaliar a incidência, etiologia e conduta terapêutica na torção anexial.

Materiais/Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo das adolescentes em seguimento na consulta de Ginecologia da Infância/Adolescência, da ULS-Coimbra, por patologia anexial, entre 2019 e 2023.

Resultados: De um total de 1391 primeiras consultas, 103 (7,4%) foram referenciadas por patologia anexial, tendo as adolescentes uma idade média de 14,8 + 2,3 anos. Em 17 adolescentes (16,5 %) a patologia anexial apresentou-se como forma de torção ou suspeita da mesma, não tendo sido confirmada cirurgicamente em 4 casos. Em 3 casos

verificou-se recorrência da torção. Nos 16 episódios de torção, a apresentação clínica incluiu dor abdominal nos quadrantes inferiores, náuseas e vômitos. Em mais de metade (n=11) dos casos foi encontrada alteração estrutural do ovário/trompa (4 quistos funcionais do ovário, 3 quistos vestíveis peritubares e 4 tumores benignos do ovário). Em 4 casos a formação anexial encontrada tinha dimensões superiores a 100 mm. Não houve registo de casos de patologia anexial maligna. A opção terapêutica foi preferencialmente conservadora com recurso a cirurgia por laparoscopia, tendo sido realizada destorção do anexo, associada ou não a quistectomia. Em 3 casos houve necessidade de realizar ooforectomia e/ou salpingectomia por fenómenos de necrose. No sentido de prevenir a recorrência, foi realizada adicionalmente ooforopexia em 2 casos.

Conclusões: A torção anexial nas adolescentes foi, na maioria dos casos associada a patologia estrutural do ovário ou da trompa. A abordagem cirúrgica foi realizada por via laparoscópica e na maioria dos casos foi possível preservar os anexos. O diagnóstico e intervenção atempada são fundamentais para minimizar o impacto na função ovárica e no potencial reprodutivo das adolescentes.

CO 21

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EM ADOLESCENTES COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND

Chabeli Appelman; Ângela Rodrigues; Filipa Agria; Rita Mamede; Fernanda Águas; Fernanda Gerales
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Sabe-se que a hemorragia uterina anormal (HUA) afeta cerca de 40% das adolescentes e que para além de ser uma causa importante de anemia, tem também um impacto importante na qualidade de vida

destas. As etiologias mais comuns incluem imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-gonada (60-70%), discrasias hemorrágicas e mais raramente malformações estruturais.

Objetivos: Avaliar a apresentação clínica e orientação de adolescentes que se apresentem com HUA e doença de Von Willebrand (DWW), num centro hospitalar terciário.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, incluindo adolescentes referenciadas a consulta de ginecologia da infância/adolescência por HUA num hospital terciário, de Junho/2011-Março/2024, realizou-se análise do subgrupo de doentes com DWW. Colheita dos dados a partir de diários clínicos em formato digital.

Resultados e conclusão: Da população estudada (n= 687), houve um total de 9 adolescentes com HUA com DWW (1,3%). No estudo houve 5 doentes com DWW do tipo 1; 2 doentes com tipo 3 e 2 doentes com tipo 2M. Todas as doentes tinham fluxo menstrual abundante. Outros sintomas foram epistaxis (n=7), gengivorragias (n=4), hemorragia prolongada após trauma (n=3), hemorragia intraarticular (n=2), hemoperitoneu após rotura de quisto hemorrágico (n=1). A idade na altura da referenciação variou entre os 11-16 anos, e os meses desde a menarca à referenciação variaram de 0-42 meses. Todas as doentes iniciaram terapêutica com contraceção hormonal combinada (CHC), houve necessidade de alteração de terapêutica por falta de eficácia/tolerância em 7 doentes. Das 2 doentes com DWW tipo 3, depois da falência de várias estratégias terapêuticas, a opção final foi a colocação do DIU LNG. Nas restantes, optou-se por CHC com um perfil hormonal distinto. Atualmente todas reportam hemorragias de privação com duração de 4-6 dias, fluxo ligeiro-moderado A DWW é uma causa rara de HUA em adolescentes, muitas vezes presente desde a menarca. Os distúrbios da coagulação

devem ser rastreados em adolescentes com HUA pois podem ser a primeira manifestação da doença. Nos casos em que não há um bom controlo dos sintomas com a CHC, o DIU-LNG revelou-se uma opção eficaz e segura.

CO 22

ACUIDADE DIAGNÓSTICA DA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA PREDIÇÃO DE ENDOMETRIOSE

Catarina Neves¹; Daniela Albuquerque²; Daniela David²; Francisco Caramelo³; Maria João Carvalho⁴; Célia Antunes⁵; Fernanda Águas²; Ângela Rodrigues²

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde do Algarve – Unidade de Portimão; ²Serviço de Ginecologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra; ³Center for Innovative Biomedicine and Biotechnology (CIBB), Universidade de Coimbra; ⁴Serviço de Ginecologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra; ⁵Clínica Universitária de Ginecologia, FMUC; Center for Innovative Biomedicine and Biotechnology (CIBB), Universidade de Coimbra; ⁶Serviço de Radiologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: O diagnóstico preciso e a descrição pré-operatória detalhada das lesões de endometriose por exames de imagem como a ecografia transvaginal (ETV) e ressonância magnética (RM) são essenciais para um diagnóstico atempado e para a planificação da intervenção cirúrgica.

Objetivos: Avaliar a acuidade diagnóstica da ETV e da RM na deteção pré-operatória de endometriose profunda.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo que incluiu doentes com diagnóstico de endometriose submetidas a tratamento cirúrgico com realização prévia de ETV com um único ecografista no serviço de Ginecologia de um hospital terciário, entre janeiro/2022 e março/ 2024. Análise dos relatórios da ETV, RM e dos relatos cirúrgicos. Análise estatística, com IBM® SPSS® v28, usando nível de

significância de $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: No estudo, 29 mulheres realizaram ETV e foram submetidas a cirurgia, sendo que o diagnóstico foi complementado com RM em 15 (51,7%) mulheres. A média de idade foi $38,4 \pm 7,6$ anos. Os achados cirúrgicos mostraram 19 (67,9%) mulheres com endometriose ovárica (diâmetro máximo da lesão $75,0 \pm 41,0$ mm), 4 (14,3%) endometriose do compartimento anterior (vesical e/ou ureteral), 10 (35,7%) endometriose intestinal (maior diâmetro da lesão $23,0 \pm 4,0$ mm), 20 (80,0%) endometriose dos ligamentos útero-sagrados (LUS), 9 (33,3%) do septo reto-vaginal (SRV) e 3 (11,1%) do tórus uterino. Na endometriose ovárica, a concordância entre a ETV e a cirurgia foi substancial ($k = 0,629$, $p < 0,001$), com sensibilidade (S) de 100% e especificidade (E) de 55,6%, sendo superior à RM ($k = 0,375$, $p = n.s.$), com S de 100% e E de 33,3%. A ETV e a RM foram bons preditores do tamanho do endometrioma (ETV ICC = 0,739, $p < 0,001$; RM ICC = 0,875, $p = 0,034$). No compartimento anterior, a concordância entre ETV e a RM e a cirurgia não foi estatisticamente significativa (ETV $k = 0,276$, $p = n.s.$ e RM $k = 0,423$, $p = n.s.$). A S de ambos os exames foi de 50,0% e a E foi 83,3% e 92,3%, respetivamente. Apesar da ecografia ter revelado maior S (100% vs. 85,7%) na deteção da endometriose intestinal, a concordância com os achados cirúrgicos foi maior com a RM ($k = 0,602$, $p = 0,019$ vs. $k = 0,472$, $p = 0,003$). A reduzida amostragem não permitiu a avaliação do grau de invasão intestinal e da distância à margem anal. Para os LUS, a concordância foi razoável para a ETV ($k = 0,390$, $p = 0,002$) e moderada para a RM ($k = 0,576$, $p < 0,001$). A ETV ($k = 0,471$, $p = 0,013$) foi superior à RM ($k = -0,176$, $p = n.s.$) no diagnóstico de endometriose do SRV, com S de 55,6% vs. 16,7% e E de 88,9% vs. 66,7%. Para as lesões do tórus

uterino, a concordância entre ETV e a RM e a cirurgia não foi estatisticamente significativa. Concluindo, apesar do reduzido tamanho amostral, a ETV e a RM parecem ter uma boa acuidade diagnóstica no estadiamento da endometriose profunda, nomeadamente ovárica e compartimento posterior. Contudo, a RM demonstrou maior concordância com os achados cirúrgicos na endometriose intestinal e LUS.

CO 23

ENDOMETRIOMAS: OPERAR OU NÃO OPERAR, EIS A QUESTÃO

Daniela Oliveira Albuquerque¹; Daniela David¹;
Catarina Neves²; Eduardo Baptista¹;
Ângela Rodrigues¹; Maria João Carvalho¹;
Maria Fernanda Águas¹

¹ ULS Coimbra; ² Unidade Local de Saúde do Algarve/ Hospital de Portimão

Introdução: A endometriose define-se como a presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, sendo os ovários uma das localizações mais frequentes.

A abordagem aos endometriomas continua a ser alvo de controvérsia, podendo optar-se por um tratamento cirúrgico ou médico. As opiniões atuais divergem em função do tamanho do endometrioma, da extensão da doença e da sintomatologia associada. De igual modo a idade da doente e sobretudo o seu projeto reprodutivo devem ser ponderados na tomada de decisão.

Objetivos: Compreender quais os fatores implicados na decisão entre abordagem cirúrgica e não cirúrgica nas mulheres com endometrioma(s).

Material e métodos: Foram incluídas mulheres na pré-menopausa com diagnóstico ecográfico de endometrioma seguidas no serviço de Ginecologia, entre os anos de 2022 e 2024, e avaliadas as seguintes variáveis: idade, paridade, existência de sintomas, valor do CA-125 ao diagnóstico, presença de sinais

ecográficos de endometriose profunda e características do(s) endometrioma(s), nomeadamente o tamanho, lateralidade e a presença de características ecográficas atípicas. Foram considerados 2 grupos: A - endometriomas submetidos a tratamento cirúrgico (laparoscopia/laparotomia); B - endometriomas submetidos a vigilância/tratamento médico.

A análise estatística foi realizada com o SPSS.

Resultados: Foram incluídas 159 doentes com endometrioma(s), 26,5% (n = 42) dos quais submetidos a abordagem cirúrgica (25,2% laparoscopia e 1,3% laparotomia) e 73,6% (n = 117) a abordagem não cirúrgica. Relativamente às variáveis analisadas, não houve diferença significativa na média de idade das doentes (39,8 ± 7,3 no grupo A vs 40,2 ± 7,9 no grupo B p = n.s.), nuliparidade (54,8% no grupo A vs 48,7% no grupo B p = n.s.), presença de sintomas (61,9% no grupo A vs 61,2% no grupo B p = n.s.) e valor do CA-125 (137,7 ± 117,1 no grupo A vs 112,7 ± 304,9 no grupo B p = n.s.). No grupo A 11,9% dos endometriomas eram bilaterais, sendo essa percentagem de 11,1% no grupo B (p = n.s.). Ecograficamente, 35,7% (n = 15) dos endometriomas do grupo A tinham características atípicas e/ou suspeitas de malignidade vs 12,0% (n = 14) no grupo B (p < 0.001).

O tamanho médio dos endometriomas submetidos a cirurgia foi de 55,0 ± 26,2mm no grupo A e de 32,9 ± 17,1mm no grupo B (p < 0.001). O grupo A apresentava maior percentagem de doentes com sinais ecográficos de endometriose profunda: 57,5% (n = 23) vs 37,4% (n = 43) (p = 0,02).

Conclusão: As dimensões do endometrioma, a existência de características ecográficas atípicas e a associação a endometriose profunda foram os fatores que se associaram à decisão pela terapêutica cirúrgica dos endometriomas.

CO 24

ENDOMETRIOSE NA INFÂNCIA

Daniela Agostinho David; Vanessa Vieira;
Daniela Albuquerque; Fernanda Geraldês;
Fernanda Águas; Ângela Rodrigues
Hospital da Universidade de Coimbra

Introdução: A endometriose é uma doença ginecológica benigna com impacto significativo na qualidade de vida da mulher e na sua vida reprodutiva. Apesar do crescente conhecimento e divulgação desta patologia, o seu diagnóstico na infância e adolescência continua a ser subvalorizado.

Objetivos: O objetivo deste estudo é a caracterização descritiva da população em idade pediátrica com o diagnóstico de endometriose.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo de doentes com idade inferior a 18 anos vigiadas em consulta de ginecologia da infância e da adolescência da Unidade Local de Saúde de Coimbra com o diagnóstico de endometriose, entre 2020 e 2023.

Resultados e conclusões: Foram identificadas 8 adolescentes com o diagnóstico de endometriose, com idade média de $14,3 \pm 1,96$ [11-17] anos. Os dois principais motivos de referência à consulta de ginecologia da infância foram dismenorrea invalidante e diagnóstico de malformação urogenital. Todas as adolescentes realizaram ecografia pélvica, 50,0% (n = 4) por via transrectal. Em três dos casos, todos avaliados por via transrectal, apresentavam alterações ecográficas sugestivas de endometriose: três casos de endometriose no tórus uterino e um com achado adicional de endometrioma e kissing ovaries. Foi realizada ressonância magnética pélvica em 87,5% (n = 7) dos casos com identificação de achados sugestivos de endometriose em 37,5% (n = 3). A concordância entre os achados de endometriose pela ecografia transrectal e a ressonância magnética pélvica foi de 100%. A maioria das adolescentes

foi submetida a laparoscopia (87,5% N = 7). Os principais motivos de intervenção cirúrgica foi abordagem à malformação urogenital (71,4% n = 5) e quistectomia (n = 1). Todas as adolescentes intervencionadas cirurgicamente revelaram achados compatíveis com endometriose peritoneal, 28,6% (n = 2) revelaram endometriose ovárica e 28,6% (n = 2) endometriose profunda. Em 71,4% (n = 5) foi iniciado contraceção hormonal combinada e 28,6% (n = 2) iniciaram agonistas da GnRH. Em todos os casos houve melhoria da dismenorrea após início de terapêutica hormonal em regime contínuo.

Perante adolescente com quadro de dismenorrea invalidante nomeadamente se absentismo escolar, a endometriose deverá fazer parte do diagnóstico diferencial. Nesta população a ecografia transrectal parece ter uma boa acuidade diagnóstica para a endometriose. O diagnóstico precoce e a orientação atempada de adolescentes com endometriose tem impacto positivo na qualidade de vida da mulher.

VÍDEOS | VIDEOS

Moderadoras | *Chairs*: Maria Geraldina Castro e Cristina Nogueira da Silva

VD 01

FIXAÇÃO ALTA AOS LIGAMENTOS ÚTERO-SAGRADOS POR VIA LAPAROSCÓPICA: ABORDAGEM PASSO A PASSO

Andreia Miguel¹; Bruno Nogueira²;
José Lourenço Reis²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE,
Maternidade Alfredo da Costa; ²Hospital da Luz Lisboa

Introdução: O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma entidade comum, com importante impacto na qualidade de vida (QoL) das mulheres. A abordagem cirúrgica do POP é recomendada para mulheres com prejuízo significativo da sua QoL ou sem resposta ao tratamento médico. A suspensão da cúpula vaginal é recomendada no momento da histerectomia para reduzir o risco de prolapso. A abordagem laparoscópica oferece múltiplas vantagens, destacando-se a melhor visualização das estruturas pélvicas comparativamente com a via vaginal.

Objetivos: Apresentar uma abordagem laparoscópica segura e viável para a correção do prolapso apical.

Materiais e métodos: Tutorial em vídeo com representação passo a passo da técnica.

Resultados: A nossa técnica cirúrgica foi eficaz na correção do prolapso apical, sem complicações intraoperatórias e sem evidência de prolapso apical nas consultas pós-operatórias.

Conclusão: A fixação alta aos ligamentos útero-sagrados é uma abordagem segura para a correção do prolapso apical com recurso a tecidos nativos, associada a baixo risco de complicações, nomeadamente lesões ureterais ou dos nervos hipogástricos.

VD 02

CISTECTOMIA PARCIAL NO TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE VESICAL

Manuel Lencastre Torres Gonçalves Henriques¹;
Flávia Vicente²; Bruno Nogueira³; José Reis³

¹Hospital prof doutor Fernando Fonseca; ²Unidade
Local de Saúde do Algarve/Hospital de Portimão;

³Hospital da Luz Lisboa

Contexto: A endometriose caracteriza-se pela implantação de estroma e glândulas endometriais fora da cavidade uterina. Estes implantes endometriais ectópicos surgem mais frequentemente na cavidade pélvica mas podem surgir em outras localizações do corpo. No caso da endometriose que afecta o tracto urinário, as localizações mais envolvidas são os ureteres e a bexiga.

Objetivo: Descrição da realização de cistectomia parcial para tratamento de endometriose vesical.

Materiais e métodos: Vídeo com a descrição e demonstração da técnica passo a passo.

Resultados e discussão: A realização de

cistoscopia é útil nos casos de endometriose vesical pois possibilita a identificação das lesões de endometriose, avaliar a sua relação com os meatos ureterais e a colocação de stents ureterais.

Conclusão: A realização de cistoscopia com colocação de stents ureterais permite maior precisão na identificação das lesões vesicais e diminui o risco de lesão dos ureteres. A cistectomia parcial por via laparoscópica possibilita a excisão completa de lesões de endometriose transmuralis vesicais. A combinação destas técnicas garante uma maior precisão e segurança no procedimento.

VD 03

HUGO-RAS ROBOTIC HYSTERECTOMY WITH BILATERAL SALPINGECTOMY – STEPWISE APPROACH

Helder Ferreira; Rafael Brás; Susana Carvalho; Helena Veloso; Rosa Zulmira; Avelino Fraga
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Hysterectomy is among the most common gynecological surgeries, and the use of robotic technologies like the HUGO Robotic-Assisted Surgery (RAS) system has greatly improved its precision and safety, yielding better outcomes. This video abstract outlines a comprehensive step-by-step approach to performing a hysterectomy using HUGO-RAS, showcasing techniques that focus on surgical efficacy and patient safety. We aim to provide a detailed guide that enhances the adoption and application of this advanced technology in clinical settings. The video details critical phases such as preoperative setup, system docking, port placement, pelvic cavity assessment, and specific dissection techniques like utero-ovarian ligament dissection, bladder flap creation, and uterine artery management. It emphasizes the advantages of HUGO-RAS in improving ergonomics, surgical precision,

and visualization, which is critical for educating and training surgeons in adopting robotic-assisted methodologies effectively. This resource aims to standardize practices and improve surgical outcomes in robotic gynecological surgeries.

VD 04

MIOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM MORCELAÇÃO EM SISTEMA FECHADO

Catarina Marçal Silva¹; Catarina Castro²; Sónia Barata²; Filipa Osório²

¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²Hospital da Luz Lisboa

Os fibromiomas ou miomas uterinos são os tumores pélvicos mais comum nas mulheres. Existem várias opções de tratamento. Dentro do tratamento cirúrgico, a via laparoscópica está associada a melhores outcomes pós-operatórios.

A remoção de miomas de grandes dimensões é um dos desafios da miomectomia laparoscópica. Para ultrapassar esta limitação pode-se proceder à morcelação da peça operatória – esta pode ser realizada manualmente ou através de um morcelador laparoscópico.

Este video trata-se de uma miomectomia laparoscópica numa doente de 39 anos com um mioma subseroso (classificação FIGO 5) com cerca de 9x7x7cm. Foram utilizadas quatro portas laparoscópicas e foi realizada morcelação laparoscópica em sistema fechado (in-bag) para evitar a dispersão intra-operatória dos tecidos morcelados. A doente não teve complicações pós-operatórias.

VD 05

ADERÊNCIAS VESICOUTERINAS PÓS-CESARIANA – UM DESAFIO NA HISTERECTOMIA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA

Catarina Marçal Silva¹; Catarina Castro²;
Sónia Barata²; Filipa Osório²

¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²Hospital da Luz Lisboa

Com o aumento da taxa de cesariana os ginecologistas cada vez mais são confrontados com aderências vesicouterinas no momento da histerectomia. O vídeo que se segue trata-se de uma doente de 38 anos submetida a histerectomia totalmente laparoscópica por hemorragia uterina anormal, com antecedentes de três cesarianas prévias. A doente apresentava aderências vesicouterinas que foram removidas através da criação de uma janela lateral por dissecação dos tecidos a nível cervical no sentido medial e anteriormente ao pedículo dos vasos uterinos. No fim foi realizado teste de integridade vesical com azul de metileno sem extravasamento de contraste.

VD 06

ABLAÇÃO DE MIOMAS POR RADIOFREQUÊNCIA – PROCEDIMENTO

Marta Henriques Costa; Mariana Gonçalves;
Ana Margarida Póvoa; Rita Polónia Valente;
Margarida Martinho

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Os miomas uterinos são prevalentes e, apesar de existirem várias opções terapêuticas, poucas são compatíveis com a preservação da fertilidade. A ablação de miomas por radiofrequência emergiu como uma alternativa de tratamento segura e eficaz para mulheres com miomas uterinos sintomáticos, sendo realizada através de abordagens laparoscópicas, transvaginais ou transcervicais. Consiste na aplicação de ondas eletromagnéticas nos tecidos, convertendo-as em energia mecânica intracelular, com hipertermia e necrose

dos tecidos por coagulação, diminuição do volume dos miomas e dos sintomas associados. No nosso centro, optamos pela abordagem transvaginal ecoguiada, que aparenta ser a mais rápida e oferece uma melhor recuperação pós-procedimento. Consiste na introdução de um eletrodo de radiofrequência por via transvaginal até ao interior do mioma guiado por ecografia. A ablação do mioma é realizada em leque, com aplicação de energia em intervalos de um centímetro, abrangendo todo o volume. Espera-se uma redução do volume dos miomas em cerca de 60% aos 3 meses. Apresentamos um vídeo exemplificativo do primeiro procedimento realizado no nosso hospital.

VD 07

HISTERECTOMIA SUBTOTAL SEGUIDA DE SACROCOLPOPEXIA LAPAROSCÓPICA – UMA ABORDAGEM COM A UROLOGIA

Rita Ladeiras; Sara Paiva; Joana Sousa Nunes;
Ana Isabel Cunha; Pedro Lopes Fernandes;
José Preza Fernandes; Pedro Miguel Oliveira
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães EPE

A sacrocolpopexia, quando comparada com a abordagem vaginal com tecidos nativos na correção de prolapso uterino, parece ter melhores resultados na avaliação POP-Q, com melhoria do suporte anatómico, podendo ser a abordagem preferencial em idades mais jovens e/ou com muitos fatores de risco para recorrência. Por outro lado, as taxas de recidiva sintomática, necessidade de nova intervenção e efeitos adversos parecem ser semelhantes. A via laparoscópica permite uma recuperação mais rápida, com menos complicações hemorrágicas em comparação com a via aberta. Alguns autores defendem que a exposição da prótese é inferior nos casos em que se realizada histerectomia subtotal. Este é um caso de uma mulher de 63 anos avaliada por prolapso uterino apical e do

compartimento anterior de graus 3 e 2 respectivamente, sem queixas de incontinência urinária (IU) ou IU oculta. Tendo em conta a idade da doente e o risco alto de recorrência, optou-se por realizar sacrocolpopexia com histerectomia subtotal por laparoscopia. Esta cirurgia foi feita por uma equipa multidisciplinar, mostrando neste trabalho a técnica cirúrgica, com as particularidades da abordagem da Urologia.

VD 08

ULTRAPASSANDO AS DIFICULDADES DA HISTEROSCOPIA OFFICE: A CONTRIBUIÇÃO DO SISTEMA BIGATTI SHAVER

Fabiana Castro¹; Andreia Mota Sousa¹;
Rita Vasconcelos²; Isabel Meireles¹; Conceição Nunes¹; Cristina Oliveira¹

¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa; ²Hospital de Braga

O Sistema Bigatti Shaver (IBS[®]) permite a realização de polipectomias, miomectomias e remoção de produto ovular retido sendo uma alternativa a outras técnicas de histeroscopia cirúrgica.

Mulher de 81 anos, II Gesta II Para (2 partos eutócicos), com antecedentes de HTA e história de tromboembolismo, foi encaminhada à consulta de Ginecologia por hemorragia uterina anormal e espessamento endometrial focal com 10x43mm em ecografia transvaginal. Foi proposta histeroscopia diagnóstica/cirúrgica. Esta foi realizada em regime de consultório com histeroscópio de 5,5mm. A cavidade uterina tinha configuração tubular e 1 orifício tubar à direita sugerindo útero unicórnio. Prosseguiu-se, no mesmo tempo cirúrgico, com a realização da polipectomia com o IBS[®] de 19 Fr. O procedimento decorreu sem intercorrências. O tempo cirúrgico foi de 15 min e o da polipectomia de 2 min. O uso do IBS[®] de 19 Fr em consultório permite a realização do procedimento de forma mecânica e precisa e

reduzindo tempo cirúrgico. É uma ferramenta valiosa para a realização segura e eficiente de procedimentos histeroscópicos em consultório sempre que o diâmetro do OCI e a tolerância da doente o permitam.

IMAGENS | IMAGES

IMG 02

PÓLIPOS ESTROMAIS FIBROEPITELIAIS

Luísa Cunha Silva; Andreia Miranda;
Maria Rui Torres; Agostinho Carvalho;
Avelina Almeida; Sofia Almeida; Paula Pinheiro
ULSAM

Os pólipos estromais fibroepiteliais são lesões benignas do trato genital feminino que afetam, maioritariamente, as mulheres em idade reprodutiva. Pensa-se que sejam hormonodependentes, sendo o seu crescimento mais acentuado, p.ex, na gravidez. São lesões geralmente únicas e inferiores a 5 cm.

Apresentam-se, por vezes, de uma forma atípica, tornando o diagnóstico diferencial com cancro da vulva imprescindível.

As imagens apresentadas ilustram uma apresentação inabitual deste tipo de lesão numa mulher pós-menopausa.

IMG 03

SIU-LNG ENCARCERRADO NOS ÓSTIOS TUBÁRIOS

Ema Virga; Daniela Encarnação; Duarte Teodoro;
Ana Codorniz; Fernando Guerreiro
Hospital de Portimão

Mulher de 50 anos, menopausa há 2 anos. Tentativa de remoção de Sistema Intrauterino de Levonorgestrel (SIU-LNG) em consulta, colocado há 6 anos, com dor intensa e fragmentação dos fios. Realizou histeroscopia que revelou endométrio atrófico e encarceramento dos braços

do SIU-LNG nos óstios tubários, bilateralmente, sem possibilidade de remoção do dispositivo.

IMG 04

HEMOPERITONEU DE REPETIÇÃO EM IDADE FÉRTIL

Maria Inês Sargaço; Maria Inês Barradas;
Inês Taborda Leal; Filipe Nóbrega;
Filipa Castro Coelho; Maria Lília Remesso;
Luís Miguel Farinha
Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal

Jovem de 24 anos, admitida por quadro de dor abdominal de instalação súbita e instabilidade hemodinâmica. B-hCG negativa. A laparoscopia diagnóstica constatou rotura da parede ovárica direita compatível com provável rotura folicular/ ovulação a condicionar hemoperitонеu. Trata-se de um segundo episódio num intervalo de 6 meses, pelo que aguarda estudo complementar em consulta de coagulopatias.

POSTERS

PO 02

UM CASO DE HEMORRAGIA VAGINAL PRÉ PUBERE BENIGNA – MENARCA PRECOCE ISOLADA

Rita Aguiar; Dilsa Morgado; Sara Dias Leite;
Maria Inês Raposo; Ana Lima
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: Episódios de hemorragia vaginal antes da puberdade são causa de preocupação para pais e médicos por poderem ser manifestação de trauma genital, infeção, corpo estranho vaginal ou tumores genitais ou pélvicos. A menarca precoce isolada é uma condição clínica rara, mas benigna, que se associa a hemorragia vaginal isolada ou recorrente na ausência de caracteres sexuais secundários. É um diagnóstico de exclusão, pelo que outras causas de hemorragia vaginal pré-púbere devem ser descartadas. Devido à sua raridade, a sua etiologia e história natural são pouco conhecidas, baseando-se a evidência em casos clínicos e pequenas séries de casos. Não parece associar-se a puberdade precoce, hiperestrogenismo ou androgenismo.

Descrição de caso: Criança de 7 anos, caucasiana, com antecedentes de prematuridade, nascida às 34 semanas de gestação, com peso ao nascimento de 1900 g e crescimento durante a infância ao longo do P5 e P15. Como antecedentes familiares salienta-se mãe com menarca aos 9 anos. Foi avaliada em consulta de Endocrinologia

por ginecomastia não confirmada, com estudo hormonal completo normal e ecografia mamária bilateral sem evidência de formação nodular ou quística. Iniciou seguimento em consulta de Ginecologia por hemorragia vaginal recorrente desde os 6 anos de idade. Ao exame objetivou-se estadio de Tanner 1, ausência de manchas café-*au-lait*, lesões vulvares, corrimento vaginal anómalo ou corpo estranho vaginal. O estudo complementar hormonal mostrou hormona foliculo-estimulante e hormona luteínica em níveis pré-púberes, estudo hormonal complementar sem alterações, nomeadamente: 17-beta-estradiol < 5 pg/mL, 17-Alfa Hidroxiprogesterona 0.62 ng/mL, testosterona total < 2.5 ng/dL, testosterona livre 0.54 ng/mL, Delta 4 androstenediona < 0.3 ng/mL, Prolactina basal 8.5 ng/mL e função tiroideia normal. O estudo ecográfico revelou útero em posição mediana, com morfologia pré-púbere, com estrutura homogénea e dimensões adequadas à faixa etária, sem evidência de lesões, ovários com dimensões adequadas à faixa etária, estimando-se um volume de 1cc à direita e 0.5cc à esquerda, não se evidenciando lesões anexais expansivas. Em estudo radiológico, a idade óssea assemelha-se globalmente à referência de 9 anos para o género.

Conclusão: A menarca precoce isolada é um diagnóstico de exclusão, pelo que outras

causas de hemorragia vaginal nestas idades devem ser descartadas, devendo ser sempre excluída a possibilidade de puberdade precoce. Pela sua benignidade, a atitude deve ser expectante, com vigilância adequada. É fundamental esclarecer os pais e criança e alertar para a possibilidade comum de recorrência da hemorragia.

PO 03

GRAVIDEZ ECTÓPICA EM CICATRIZ DA CESARIANA – O DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Rita Aguiar; Dilsa Morgado; Sara Dias Leite; Maria Inês Raposo; Ana Lima
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: A gravidez ectópica em cicatriz de cesariana define-se como a implantação anormal do blastocisto no local de histerorrafia. A sua incidência estimada é de 1:2000 gravidezes, mas crescente nos últimos anos. As gravidezes ectópicas são responsáveis por 80% das mortes maternas no primeiro trimestre. Assim, o diagnóstico e abordagem precoces são essenciais. A ecografia transvaginal é o método de diagnóstico de eleição, definindo-se como critérios: cavidade uterina e canal endocervical vazios, gravidez em cicatriz de histerotomia, saco gestacional (SG) ovóide ou triangular preenchendo o nicho da cicatriz, miométrio fino ou ausente entre o SG e a bexiga, padrão vascular proeminente na cicatriz de cesariana ou presença de vesícula vitelina ou placa embrionária.

Descrição do caso: Mulher de 34 anos com uma cesariana anterior por falha de indução do trabalho de parto, observada na urgência, após teste de gravidez positivo no domicílio, por amenorreia de 5 semanas, perda hemática vaginal e dor pélvica. Na ecografia transvaginal identificado endométrio com 15 mm, sem SG intra-uterino, imagem unilocular anecogénica na região anexial direita e gonado-

trofina coriônica humana (hCG) 1484 U/L. Em reavaliações seguintes verificada elevação sustentada da hCG (máximo 6000 U/L). Por gravidez de localização indeterminada, decidiu laparoscopia diagnóstica, visualização de ovário aumentado de volume com imagem suspeita de gravidez ovárica. Procedeu-se a ooforectomia direita, com controlo analítico às 48 horas, objetivando-se elevação da hCG para 6900 U/L. Repetida ecografia, com visualização de cavidade uterina e canal endocervical vazios, tumefação de ecogeneidade heterogénea com 18x25x17 mm na área da cicatriz de cesariana.

A ressonância magnética mostrou a presença de SG e embrião implantado na cicatriz de cesariana prévia, com espessura miométrial de 6mm. Iniciou tratamento médico com metotrexato endovenoso (1 mg/Kg - 67 mg), mantendo elevação da hCG (10500 U/L), pelo que se procedeu a tratamento cirúrgico por via vaginal com aspiração ecoguiada da gravidez. Verificou-se ulterior descida significativa e sustentada da HCG, com alta ao quinto dia pós-operatório (hCG 500 U/L). A doente manteve vigilância em ambulatório até negatização da hCG, às três semanas.

Conclusão: O diagnóstico de gravidez em cicatriz de cesariana requer elevado índice de suspeição. O tratamento ideal é ainda controverso dependendo de vários fatores como capacidade técnica e experiência dos clínicos, recursos hospitalares, idade gestacional, viabilidade e projeto reprodutivo. As diferentes abordagens terapêuticas estudadas parecem ter eficácia semelhante variando sobretudo no padrão de efeitos adversos. O uso de metotrexato sistémico e esvaziamento por aspiração parece ser uma abordagem eficaz.

PO 05

DESAFIOS DIAGNÓSTICOS EM GINECOLOGIA – A PROPÓSITO DE UM CASO DE TUBERCULOSE PERITONEAL

Patrícia Nazaré; Mariana D'almeida; Ana Tomé;
Inês Neves Gomes; Alcides Pereira
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A tuberculose peritoneal corresponde a 4,9% de todas as formas extrapulmonares de tuberculose, sendo das mais difíceis de diagnosticar. Deve levantar-se a suspeita relativamente a esta entidade perante sintomatologia abdominal inespecífica, com envolvimento sistémico.

Descrição do caso: Uma mulher de 29 anos, melanodérmica, nulípara, sem antecedentes pessoais de relevo, apresentava dor pélvica bilateral, desconforto miccional, sensação de distensão abdominal e perda ponderal (4 Kg), com 8 meses de evolução. Negava febre. Já tinha cumprido tratamento com diversos antibióticos, incluindo ceftriaxone, doxiciclina e metronidazol, sem sucesso. Negava fatores de risco epidemiológicos. À observação, destacava-se o baixo peso (IMC 16kg/m²), abdómen distendido, difusamente doloroso à palpação, e leucorreia incomum característica na observação ao espéculo. À palpação bimanual, apresentava dor à mobilização do útero e nas áreas anexiais, sem massas palpáveis. Ecograficamente apresentava formações multiloculadas com conteúdo anecogénico com 8,5 cm de maior eixo na região anexial esquerda e 4cm na região anexial direita, com ascite e espessamento peritoneal. Realizou TC abdominalopélvica que confirmou os achados, não permitindo excluir ascite carcinomatosa. Analiticamente, apresentava elevação ligeira da PCR e dos marcadores tumorais (CA125 – 42,7U/mL; CA15-3 – 60,4U/mL), com pesquisa de infeções sexualmente transmissíveis negativa. Foi proposta laparoscopia diagnóstica, onde se observaram lesões sugestivas de

carcinomatose peritoneal disseminada, realizando-se colheita de líquido ascítico e biópsias peritoneais. O estudo histológico revelou peritonite granulomatosa e o estudo microbiológico revelou Micobactérias do Complexo tuberculosis, achados diagnósticos de tuberculose peritoneal. A doente iniciou terapêutica com tuberculostáticos, completando 9 meses de tratamento (durante os quais realizou várias paracenteses evacuadoras). Apresentou resolução da sintomatologia e regressão significativa, embora parcial, dos achados imagiológicos prévios.

Conclusão: Este caso ilustra a dificuldade em estabelecer o diagnóstico diferencial entre carcinomatose peritoneal e peritonite granulomatosa com base em critérios macroscópicos. Os achados imagiológicos são inespecíficos e o diagnóstico definitivo exige biópsia peritoneal e/ou estudo do líquido ascítico. A tuberculose peritoneal requer um elevado grau de suspeição e deve ser considerada em jovens com quadro de dor abdominal inespecífica e emagrecimento, principalmente se existir ascite.

PO 06

ADENOCARCINOMA DO COLO DO ÚTERO HPV-INDEPENDENTE: SÉRIE DE CASOS DIAGNOSTICADOS APÓS PIOMETRA

Mariana Valente Abreu¹; Andreia C. Martins²;
Catarina Peixinho¹; Gisela Fornelos¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE /
Hospital Pedro Hispano; ²Maternidade Dr. Alfredo da
Costa

Introdução: O carcinoma do colo do útero é a 4ª neoplasia mais frequente na mulher e é maioritariamente causado por infeção persistente pelo papilomavírus humano (HPV), motivando a totalidade dos carcinomas espinocelulares e 85% dos adenocarcinomas. Os restantes 15% (HPV-independentes) incluem, entre outros, o tipo gástrico e de células cla-

ras e apresentam-se geralmente em estadios mais avançados, tendo menor sobrevida.

Seguidamente, são descritos dois casos de adenocarcinomas do colo do útero HPV-independentes, diagnosticados durante a investigação de piometra.

Caso clínico 1: Mulher de 82 anos, VI G VI P, menopausa aos 50 anos, com diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e fibrilhação auricular. Submetida a hemicolecotomia direita em 2017 no contexto de adenocarcinoma mucinoso com células em anel de sinete. VI G VI P, menopausa aos 50 anos. Última citologia cervical aos 69 anos, normal.

Referenciada a consulta de Ginecologia por piometra. Efetuada drenagem e histeroscopia com exteriorização de 1 litro de líquido sero-purulento, tendo sido internada para antibioterapia endovenosa e estudo. A RM pélvica demonstrou lesão expansiva endocervical com 62 x 36 x 55 mm, com invasão parametrial esquerda e adenopatias pélvicas e lombo-aórticas. Conização com diagnóstico histológico de adenocarcinoma de células claras com evidência de invasão linfocascular e margens cirúrgicas radial, exo e endocervical não livres. TC torácica sem alterações de relevo.

Portanto, adenocarcinoma de células claras do colo do útero, FIGO III C2. Iniciou tratamento paliativo.

Caso clínico 2: Mulher de 56 anos, saudável. IIG IIP, em amenorreia com pílula progestativa. Co-teste aos 54 anos - NILM, HPV negativo. Internamento por sépsis com evidência de hidrohematometra com 8 cm em TC abdominopélvica. Realizada drenagem e instituída antibioterapia. Efetuada RMN pélvica com evidência de lesão sugestiva de tumor centrado no lábio cervical posterior, com 28x11 mm, sem sinais inequívocos de invasão local dos paramétrios ou adenomegalias pélvicas. Biópsia cervical com glândulas endocervicais de aspeto suspeito. Conização com diagnós-

tico histológico de adenocarcinoma endocervical tipo gástrico, anelar, com envolvimento extenso das margens cirúrgicas radial e endocervical. TC toracoabdominopélvica sem evidência de doença extrapélvica.

Portanto, adenocarcinoma cervical de tipo gástrico, FIGO I B2. Submetida a histerectomia radical e linfadenectomia pélvica bilateral.

Conclusão: As neoplasias do colo do útero HPV-independentes são incomuns, não passíveis de rastreio e diagnosticadas mais frequentemente em estadios avançados. A presença de pio, hidro ou hematometra no período pós-menopausa deve ser assumida como complicação de neoplasia ginecológica e motivar investigação clínica, imagiológica e/ou histológica dirigida.

PO 07

AVALIAÇÃO DA PLATAFORMA ALINITY M PARA A DETEÇÃO DE CMV EM LÍQUIDOS BIOLÓGICOS: URINA, LA, LCR, LBA

Susana Bandarra; Ana Catarina Gramacho; Madalena Barata; Irina Matos; Lurdes Monteiro
SYNLAB

A infeção a citomegalovirus (CMV) é a mais comum adquirida antes do nascimento e uma das principais causas de perda auditiva e de incapacidade de desenvolvimento neurológico em crianças. Na grávida, está associada a aborto espontâneo e à transmissão vertical, podendo igualmente ser transmitido durante o parto através da exposição a sangue materno ou secreções genitais, infetados.

A pesquisa de ADN de CMV por PCR em Tempo Real no líquido amniótico é a técnica de referência para o diagnóstico da infeção fetal. O diagnóstico neonatal baseia-se na pesquisa de ADN de CMV na urina ou saliva recolhidas nos primeiros 21 dias de vida permitindo diagnosticar a infeção e orientar o tratamento clínico. Por sua vez a deteção de CMV na urina pode também facilitar um rastreio em grande

escala do CMV congênito.

A plataforma Alinity m, recentemente introduzida no mercado, totalmente automatizada, permite um verdadeiro carregamento contínuo de amostras e reagentes, emitindo o primeiro resultado em cerca de 2 horas e um elevado rendimento, incluindo a possibilidade de entrada de amostras em regime de urgência. No entanto, o ensaio Alinity m CMV apenas se encontra validado, pelo fabricante, para amostras de plasma.

Este trabalho teve como objetivo avaliar o desempenho do ensaio Alinity m CMV para a deteção do CMV em amostras biológicas, como a urina de recém-nascidos, líquido amniótico (LA), líquido cefalorraquidiano (LCR) e lavado bronco-alveolar (LBA).

Um total de 61 amostras clínicas (32 urinas de recém-nascidos, 9 LA, 18 LCR e 2 LB), com pedido clínico de pesquisa de CMV e 3 conjuntos de amostras de controlo de qualidade externo foram testadas com ambos os ensaios: Alinity m CMV e o ensaio multiplex de PCR em tempo real, utilizado na deteção de CMV no nosso laboratório (LightMix® KIT CMV EC, TIBMOlBioI).

A concordância entre os ensaios foi de 95,1%, apresentando o ensaio Alinity m-CMV uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 94,4%. As amostras discordantes (3/61) apresentaram um resultado não detetável no teste LightMix CMV e detetável no ensaio Alinity m-CMV com um valor de 143 UI/mL, 84 UI/mL, 62 UI/mL, respetivamente. Estes resultados são concordantes com a maior sensibilidade do teste Alinity m cujo limite de deteção é 30 IU/mL *versus* 290 UI/mL do teste Light Mix. Os resultados obtidos para as amostras de controlo externo da qualidade foram totalmente concordantes com os resultados esperados. O ensaio Alinity m-CMV apresenta um excelente desempenho que, associado ao facto de a plataforma Alinity permitir o processamento

contínuo de diferentes amostras, em sistema totalmente automatizado das 3 etapas da PCR, permite uma maior rentabilização dos recursos técnicos e humanos na gestão diária do laboratório assim como uma redução significativa de erros do operador.

Este sistema permite a padronização do processo e a capacidade de efetuar qualquer teste em qualquer altura para outras amostras que não o plasma.

PO 08

TUMORES SÍNCRONES GENITO-URINÁRIOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda Barros; Liliana Perpétuo; Inês Costa Santos; Vanessa Santos; José Silva Pereira
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Introdução: Os tumores malignos síncrones correspondem a cerca de 0,7 a 1,8% de todos os tumores ginecológicos, sendo mais frequente a presença em simultâneo de tumores primários do endométrio e do ovário. Existem raros casos de tumores primários síncrones genito-urinários descritos na literatura, mas a sua distinção relativamente aos tumores primários diagnosticados em estadio avançado é de extrema importância, com impacto evidente no prognóstico.

Descrição de caso: Mulher de 79 anos, caucasiana, sem antecedentes pessoais relevantes e antecedentes de neoplasia da bexiga em familiar de primeiro grau. Menopausa aos 54 anos, sem necessidade de terapêutica hormonal de substituição. Referenciada à consulta de Ginecologia por espessamento endometrial assintomático detetado em ecografia ginecológica de rotina: “Linha endometrial com 10mm com algumas áreas quísticas”. Nega hemorragia vaginal pós-menopausa, hematúria ou dor pélvica. Neste contexto, realizou histeroscopia que revelou: “endocolo sem alterações, cavidade endometrial ampla, ostia visualizados, espessamento endome-

trial da parede posterior, irregular e friável”. O diagnóstico histológico da biópsia endometrial confirmou a presença de carcinoma endométrio endometrióide de baixo grau (G2), com perda de expressão de MLH1 e PMS2. Doseamento de CA125 ao diagnóstico: 19,30 UI/L. Do estadiamento TNM destaca-se: TC torácica e abdominal sem evidência de doença à distância e RMN pélvica que descreve lesão tumoral do endométrio sem invasão da metade externa da espessura do miométrio (Estadio FIGO IA2). Foram ainda identificados em RMN, nódulos murais basais de morfologia polipóide na bexiga, pelo que a doente foi referenciada à Urologia. Na uretroscopia identificaram-se cerca de 3 a 4 pequenas lesões, maioritariamente sésseis, nas paredes posterior e laterais da bexiga, retromeáticas. Foi realizada recessão trans-uretral vesical (RTU-V) completa destas lesões, com alargamento de margens e fulguração de áreas envolventes. Cumpriu terapêutica perioperatória com mitomicina-C intravesical. O diagnóstico histológico foi compatível com carcinoma urotelial não invasivo, baixo grau (Ta). Posteriormente foi submetida a histerectomia total com anexectomia bilateral por via laparoscópica com identificação de gânglios sentinela bilaterais com verde de indocianina, procedimento sem intercorrências. Teve alta clínica ao 2º dia de pós-operatório, mantendo vigilância em consulta de Ginecologia e de Urologia. **Conclusão:** Os tumores síncronos apesar de raros, são habitualmente de baixo grau histológico e de bom prognóstico, pelo que deve existir um elevado grau de suspeição relativamente aos tumores primários, com invasão local de órgãos adjacentes ou metastização à distância. A diferenciação entre estas duas entidades é de capital importância, para determinar o tratamento adjuvante mais adequado.

PO 09

SARCOMA DE EWING DO COLO DO ÚTERO: ENTIDADE RARA EM IDADE JOVEM

Bárbara Laranjeiro; Cláudia Andrade; Cristina Frutuoso; Teresa Rebelo; Isabel Henriques; Fernanda Águas

CHUC

Introdução: O sarcoma de Ewing pertence ao espetro de neoplasias denominadas tumores da família de Ewing. São tumores frequentemente associados ao osso. As apresentações clínicas extraósseas, especialmente no trato genital, são muito raras, existindo poucos casos descritos na literatura. O diagnóstico clínico e anatomopatológico torna-se desafiante, não havendo igualmente um tratamento standard proposto.

Descrição do caso: Doente de 19 anos, gesta 1 para 1, portadora de um dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel para contraceção, recorre à consulta por hemorragia menstrual abundante, com meses de evolução. Sem antecedentes patológicos de relevo. Ao exame ginecológico, identificou-se formação cervical exteriorizada, que ecograficamente apresentava 54 mm de maior dimensão e vascularização intensa. A doente foi proposta para histeroscopia diagnóstica, identificando-se formação tumoral volumosa a aflorar o orifício cervical externo, parecendo inserir-se no canal cervical à direita, e cavidade endometrial com endométrio hipervascularizado e ligeiramente espessado, com DIU in situ. Realizada biópsia dirigida, cujo estudo anatomopatológico revelou envolvimento do colo uterino por neoplasia maligna de células pequenas redondas e azuis, com perfil imuno-histoquímico favorecendo sarcoma de Ewing. A tomografia por emissão de positrões com tomografia computadorizada (PET-CT) e ressonância magnética (RM) pélvica excluíram metastização à distância, pelo que foi classificada como estágio IB3. Foi proposta

para quimioterapia neoadjuvante (QTNA) com ADic e Ifosfamida (8 ciclos). A RM pós QTNA demonstrou regressão tumoral completa e foi proposta para cirurgia. Foi realizada histerectomia total, salpingectomia bilateral e transposição ovárica por laparoscopia, sem intercorrências. O estudo anatomopatológico revelou resposta tumoral parcial, com doença residual microscópica. Foi proposta para quimioterapia adjuvante com Ifosfamida e Vincristina e radioterapia externa pélvica, que se encontra a realizar.

Conclusão: Tal como outros tumores raros, os sarcomas de Ewing do colo do útero, com menos de 20 casos publicados na literatura, carecem de mais estudos sobre qual o esquema de tratamento mais eficaz. O diagnóstico precoce deste tipo de tumores é o ponto chave para melhorar o prognóstico destas doentes juntamente com sua referenciação para centros especializados em sarcomas, ressaltando-se a importância do registo na EURACAN (*European reference on rare adult solid cancer*).

PO 10

AValiação ECOGRÁFICA DE PATOLOGIA ANEXIAL – DISTINÇÃO ENTRE PATOLOGIA BENIGNA E MALIGNA

Joana Amado Rodrigues; Ana Rita Martins;
Ana Luísa Coutinho; Fernanda Vilela; Vera Mourinha;
João Dias
Hospital Distrital de Faro

Introdução: A patologia anexial engloba um conjunto de entidades, desde benignas (como endometriomas ou teratomas) a malignas. A ecografia transvaginal é o exame de primeira linha para a sua classificação. Diferentes sistemas de classificação permitem a distinção entre lesões malignas e benignas, nomeadamente IOTA *easy descriptors*, IOTA *simple rules* e ADNEX *model*.

Objetivos: Avaliar a correlação entre o diagnós-

tico histológico e a classificação entre lesões benignas e malignas, segundo critérios ecográficos, com base na utilização dos IOTA *easy descriptors*, IOTA *simple rules* e ADNEX *model*.
Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu mulheres que realizaram ecografia pélvica entre 2020 e 2023 no Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro e com resultado histológico disponível. A partir dos registos clínicos, foram recolhidas a informação clínica, os relatos ecográficos e os níveis séricos de CA-125.

Resultados e conclusões: Foram avaliadas 34 lesões anexiais, das quais 4 correspondiam a lesões malignas. Os *easy descriptors* eram aplicáveis em 23 das lesões - 22 classificadas como benignas e 1 como maligna. Em todas o resultado histológico foi compatível. IOTA *simple rules* eram aplicáveis em 26 das lesões - 2 classificadas como malignas e 24 como benignas. Das lesões classificadas como malignas, uma correspondia a tumor mucinoso *borderline* e a outra a cistadenofibroma seroso do ovário. Entre as lesões classificadas como benignas, apenas uma não foi compatível com a histologia (tumor mucinoso *borderline*). Aplicou-se o ADNEX *model* em 33 das lesões. Entre as lesões classificadas a posteriori como malignas, o risco de malignidade foi de 14,4%, 25,7%, 26% e 64,7%. Por sua vez, entre as lesões histologicamente benignas, 21 apresentavam um risco de benignidade superior a 90%, 6 entre os 70% e os 80% e 2 com risco de 63% e 48%, respetivamente. Todas as lesões malignas apresentavam critérios ecográficos de malignidade, à exceção de uma - contudo, ao aplicar o ADNEX *model*, o risco de malignidade era de 14.4%.

Esta avaliação apresenta resultados limitados uma vez que o número de casos incluídos foi reduzido. Contudo, destaca a importância da aplicação de sistemas de classificação para a

distinção entre patologia benigna e maligna em ecografia. De acordo com a literatura, o modelo ADNEX é o que apresenta maior acuidade diagnóstica, algo que não foi possível confirmar por este estudo. Contudo, a sua aplicação assumiu particular importância nas lesões não classificáveis pelo IOTA *simples rules* ou pelos IOTA *easy descriptors*.

PO 11

ENDOMETRIOSE PULMONAR – RELATO DE CASO CLÍNICO

Dilsa Morgado; Rita Aguiar; Sara Dias Leite;
Catarina Frias; Lúcio Borges
Hospital do Divino Espírito Santo

Introdução: A endometriose consiste na presença de glândulas ou estroma endometrial funcional fora do endométrio. A manifestação extrapélvica é rara e corresponde apenas a 1% dos casos, sendo que o envolvimento torácico é a forma mais comum. A endometriose pulmonar é um tipo de endometriose torácica que pode ser classificada em catamenial ou não catamenial, sendo que a primeira estabelece relação temporal com a menstruação, manifestando-se os sintomas mais frequentemente, no hemitórax direito, 24 horas antes até 72 horas após o começo da menstruação.

Descrição do caso: Multipara de 39 anos, menarca aos 13 anos com interlúnios regulares e cataménios de 7 dias, fluxo normal, associada a dismenorreia moderada nos primeiros 2 dias. Sob contraceção hormonal combinada desde os 23 anos. Admitida no serviço de Urgência, no segundo dia de hemorragia de privação por dor torácica à direita, de características pleuríticas, com alguns dias de evolução, semelhante à que tinha desenvolvido no primeiro episódio de pneumotórax, 6 meses antes. Negava tosse, dispneia ou febre. Apresentava-se consciente, orientada e colaborante, hidratada, acianótica e apirética, FC 99 bpm, TA 148/73 mmHg,

Sat.O2(aa) 99%. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído no hemitórax direito, mais evidente na base pulmonar direita. Foram solicitados radiografia torácica (Rx tórax) e tomografia computadorizada torácica (TAC) que confirmaram pneumotórax à direita. Foi submetida a drenagem do pneumotórax e a toracoscopia exploradora que demonstrou múltiplas aderências de anteriores episódios de pneumotórax e pequenas fenestrações diafragmáticas. Procedeu-se ao tratamento cirúrgico definitivo com pleurodese química. Após cirurgia, realizou Rx tórax que demonstrou parênquima pulmonar expandido. Encontra-se, neste momento, sob contraceção hormonal combinada, em regime contínuo, sem recorrências até ao momento.

Conclusão: Embora a endometriose pulmonar seja uma entidade patológica rara, a ocorrência de um pneumotórax espontâneo catamenial, em mulheres em idade fértil, com ou sem diagnóstico prévio de endometriose, deve ser sempre uma hipótese diagnóstica a considerar. Os sintomas da endometriose pulmonar são inespecíficos, sendo a história clínica e a natureza catamenial dos sintomas as chaves do diagnóstico. O tratamento consiste, primeiramente, na drenagem do pneumotórax, seguida de abordagem cirúrgica com pleurodese. A supressão hormonal pode auxiliar no controlo sintomático e prevenção de recorrência. A orientação de doentes carece de um grupo multidisciplinar, incluindo pneumologistas, cirurgiões torácicos e ginecologistas.

PO 12

NEM TUDO O QUE PARECE É – UM DIAGNÓSTICO ATÍPICO DE LESÃO VULVAR

Luísa Cunha Silva; Andreia Miranda; Maria Rui Torres; Agostinho Carvalho; Avelina Almeida; Sofia Almeida; Paula Pinheiro
ULSAM

Introdução: Os pólipos estromais fibroepiteliais são lesões benignas do trato genital feminino que afetam maioritariamente as mulheres em idade reprodutiva. Pensa-se que sejam hormonodependentes, sendo o seu crescimento mais acentuado, p.ex, na gravidez. São lesões geralmente únicas e inferiores a 5 cm. Os pólipos fibroepiteliais por vezes apresentam-se, na sua forma e número, de uma forma atípica que torna o diagnóstico diferencial com cancro da vulva imprescindível. Isto pois nestes casos, apesar de morfológicamente idênticos, o tratamento, acompanhamento e prognóstico diferem radicalmente.

Caso clínico: Descrevemos o caso de uma utente de 79 anos, seguida no estrangeiro por neoplasia endometrial, motivo pelo qual foi submetida a histerectomia total com anexectomia bilateral e radioterapia adjuvante. Posteriormente, houve necessidade de realizar ureterostomia bilateral e colostomia, devido ao efeito fistulizante da radioterapia.

Foi referenciada à consulta de Ginecologia por leucorreia abundante e dor genital associada a lesão vulvovaginal.

À observação, tratava-se de uma extensa lesão vegetante que ocupava toda a vulva, com inúmeras lobulações arredondadas e peroladas, algumas sésseis, outras pediculadas, medindo as maiores cerca de 3 cm de maior eixo. O clítoris, introito vulvar e vagina encontravam-se preservados, sendo o toque vaginal normal.

Foi feita biópsia incisional da lesão, com encaminhamento da doente para consulta de Grupo Oncológico pela possibilidade de even-

tual recorrência da doença de base ou doença de novo.

A análise anatomopatológica revelou tratar-se de um pólipo estromal fibroepitelial.

Pela sua natureza benigna, a utente passou a ter seguimento em consulta de Ginecologia geral.

Conclusão: O caso clínico apresentado, atípico, ilustra a dificuldade em realizar um diagnóstico preciso de uma lesão vulvar e como as características e antecedentes pessoais podem tornar os diagnósticos diferenciais mais complexos

A colaboração com a anatomia patológica é, por isso, essencial, devendo o clínico estar alerta para as diversas possibilidades diagnósticas.

PO 13

TUMOR DE KRUKENBERG: ACHADO INCIDENTAL EM PROCESSO DE DOAÇÃO DE GÂMETAS

Sara Sardinha Abrantes; Marta Luísa Rodrigues; Mariana Miranda; José Silva Pereira
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O ovário pode ser sede de tumores primários mas também de lesões metastáticas, sendo que estas últimas compreendem menos de 4% do total de tumores ováricos nos países ocidentais. O tumor de Krukenberg é um tumor ovárico metastático caracterizado pela infiltração por um adenocarcinoma com células em anel de sinete secretoras de mucina no estroma ovárico. Cerca de metade destes tumores são síncronos com a lesão primária, frequentemente bilaterais (> 80%) e de grandes dimensões (40% superiores a 10 cm), sendo o estômago a localização primária mais comum (70%). Apesar da idade jovem destas doentes (idade média ao diagnóstico entre 35 e 45 anos), tendo em conta o carácter metastático destes tumores, o prognóstico é reservado com uma sobrevida

média de 14 meses, sendo comum a associação com doença peritoneal (50%).

Descrição do caso: Mulher caucasiana de 29 anos, nulípara, sem antecedentes médicos ou familiares relevantes, encaminhada à consulta de Ginecologia por massa anexial assintomática, suspeita de malignidade, diagnosticada em contexto de exame imagiológico prévio à doação de gâmetas. A ecografia pélvica revelou ao nível do ovário esquerdo lesão sólida irregular de 72 mm de maior diâmetro, ADNEX com 52% de risco de malignidade, compatível com uma classificação ORADS 5. O estudo foi complementado por RMN que revelou massas anexiais bilaterais suspeitas de tumores de linhagem germinativa. Neste contexto, foi submetida a anexectomia bilateral por via laparotômica com identificação intra-operatória de massas ováricas bilaterais de características sólidas sem identificação inequívoca de parênquima ovárico, bem como implante peritoneal para-retal suspeito. O exame extemporâneo revelou fibrotecoma ovárico sem atipias, sendo que o exame anatomo-patológico definitivo revelou lesões metastáticas bilaterais de origem gastro-intestinal. O estudo complementar revelou adenocarcinoma gástrico com metastização peritoneal e pulmonar. Neste contexto, iniciou quimioterapia e imunoterapia, tendo-se, no entanto, verificado progressão da doença com óbito 20 meses após o diagnóstico incidental de massa anexial.

Conclusão: A distinção, quer clínica, quer imagiológica e mesmo histológica, entre tumor primário e metastático do ovário é extremamente desafiante como elucidado pelo caso acima descrito. Ainda assim é de extrema importância pelas implicações de abordagem e prognóstico, sendo crucial a discussão do caso em equipa multidisciplinar, incluindo Ginecologia, Oncologia, Gastroenterologia, Imagiologia e Anatomia Patológica.

PO 14

UM CASO RARO DE MIXOMA DO OVÁRIO

Ana Rita Magalhães; Susana Rego;
Catarina Reis Carvalho; Carla Nunes;
Ana Luísa Ribeirinho
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Os mixomas são tumores benignos com origem no tecido conjuntivo sobretudo ao nível cardíaco ou do músculo esquelético, com curso frequentemente indolente. Aqui apresentamos um caso raro de mixoma ovárico.

Descrição do caso: Doente de 48 anos, saudável, antecedentes cirúrgicos de 2 cesarianas anteriores (I.O. 2002), ciclos menstruais regulares, sem contraceção, foi encaminhada para a consulta de ginecologia cirúrgica por dor localizada à fossa ilíaca direita com necessidade de analgesia tripla em esquema com melhoria apenas parcial e sensação de massa pélvica à direita. Marcadores tumorais com elevação apenas do CA 125 (170). Ecografia ginecológica demonstrando massa sólida não vascularizada de 47x50mm sem aparente plano de clivagem com a face posterior direita do útero; e posteriormente ocupando o fundo de saco posterior (FSP), outra massa sólida não vascularizada de 89 x 62 x 88 mm com áreas quísticas. Não foi possível visualizar o ovário direito, não sendo possível excluir com segurança uma eventual origem anexial direita da massa.

Realizou RMN, que revelou lesão de natureza quística complexa localizada no FSP com aparente ponto de partida no anexo direito, com maiores eixos aproximados de 11,7 x 9 x 8,5 cm; anteriormente componente tubular tortuosa compatível com trompa e volumosa imagem nodulariforme posterior com 9,5 cm, de conteúdo heterogéneo, mas que após administração endovenosa de contraste apenas com realce parietal regular, sem vegetações

ou septos vascularizados. Estes achados favorecem diagnóstico de torção do anexo direito com provável ponto de partida. Pequena quantidade de líquido ascítico na cavidade pélvica. Sem adenomegalias pélvicas.

Neste contexto, por massa anexial direita e suspeita de torção anexial direita, foi proposta anexectomia direita por laparotomia, que teve lugar no dia 05-12-2023 e decorreu sem intercorrências. O pós operatório decorreu linearmente, com boa evolução clínica.

Da análise anátomo-patológica resultou: peça com extensa necrose isquémica, com pequena orla viável de nódulo ovárico bem circunscrito não capsulado, constituído por estroma laxo com células fusiformes sem atipia, sem mitoses; as células são positivas para actina do músculo liso e vimentina e negativas para desmina, S100, CKAE1/AE3 e EMA. Os aspectos são sugestivos de mixoma ovárico.

Conclusão: Os mixomas do ovário são patologias raras, benignas, mas com comportamento incerto atendendo à escassa evidência existente.

O diagnóstico é eminentemente histopatológico (características específicas), sendo difícil o diagnóstico pré-operatório. Há casos de recorrência descritos em literatura, cujo risco parece estar correlacionado com o grau de atividade mitótica, celularidade e grau de atipia.

PO 15

DESAFIOS CLÍNICOS: DOENÇA DE VON WILLEBRAND, QUISTO HEMORRÁGICO E COMPLICAÇÕES DE HEMATOMA PÉLVICO

Ana Rita Magalhães; Susana Rego;
Catarina Reis Carvalho; Carla Nunes;
Ana Luísa Ribeiirinho

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A doença de Von Willebrand (DVW), é a patologia hemorrágica hereditária mais comum. Apesar da sua transmissão au-

tossômica afetando igualmente os dois sexos, as manifestações são mais comuns nas mulheres, nomeadamente em alterações do ciclo menstrual e desfechos obstétricos adversos.

Descrição do caso: Doente de 29 anos, com antecedentes de DVW tipo 3 e obesidade, e anexectomia esquerda anterior, índice obstétrico 0.0.0.0., com ciclos menstruais regulares com fluxo abundante, sem contração, foi admitida em urgência ginecológica com queixas de dor localizada à fossa ilíaca direita e hemorragia vaginal com uma semana de evolução condicionando anemia grave (nadir de hemoglobina de 5.4 g/dL). Em ecografia a destacar formação sugestiva de quisto complexo do ovário esquerdo sem áreas sugestivas de hemorragia ativa. TAC abdomino-pélvico demonstrou volumosa lesão expansiva intra-abdominal direita com cerca de 16.9 x 10.2 cm; heterogénea, com componentes espontaneamente hiperdensos, sugerindo conteúdo hemorrágico; não foi possível excluir hemorragia ativa. Neste contexto, em articulação com a Imuno-Hemoterapia, foi instituída terapêutica com ácido tranexâmico, e administrada 1 unidade de concentrado eritrocitário (UCE), e fator de von Willebrand.

No primeiro dia de internamento, a destacar ocorrência de vários picos febris e elevação dos parâmetros inflamatórios, colocando-se a hipótese diagnóstica de infeção de hematoma pélvico. Neste contexto, foi instituída antibioterapia tripla com Ceftriaxona, Doxiciclina e Metronidazol e foram colhidas culturas.

Atendendo ao quadro clínico, a que se associou nova descida de hemoglobina, foi decidida intervenção cirúrgica. Assim, foi realizada laparoscopia diagnóstica, com hemostase laboriosa no intra-operatório, e subsequente necessidade de conversão para laparotomia mediana com drenagem de conteúdo de quisto hemorrágico, lavagem e revisão da hemostase. Perdas estimadas de 2500 mL, com

necessidade de aporte de plaquetas, fator de von Willebrand e um total de 3 UCE. Teve uma boa evolução clínica no pós operatório, com rendimento adequado do suporte transfusional instituído, e com parâmetros inflamatórios em cinética descendente sustentada. Teve alta ao 8º dia pós operatório clinicamente bem, com Hb 9.1 g/dL, com indicação para manter contraceção oral combinada contínua. **Conclusão:** Durante a ovulação, em doentes com DVW, pode ocorrer hemoperitoneu ou hemorragia no interior do folículo residual, resultando em quisto hemorrágico manifestando-se por dor abdominal súbita unilateral. O diagnóstico inclui exames de imagem como ecografia e RMN (caracterização da massa anexial). O tratamento da situação aguda poderá passar por cirurgia em casos selecionados, ácido tranexâmico, ou instituição de fator VIII ou fator de VW. Outras opções terapêuticas incluem contraceção oral, acetato de desmopressina ou antifibrinolíticos

PO 16

PIGMENTED RECURRENCE OF A PRIMARY AMELANOTIC VULVAR MELANOMA

Mariana Gamito¹; Margarida Figueiredo²; Dinis Mateus³; Sofia Farinha Pereira⁴; Sofia Raposo⁴; José Luís Sá⁴

¹HBA; ²Centro Hospitalar do Baixo Vouga Aveiro;

³CHUA Faro; ⁴IPO Coimbra

Introduction: Vulvar cancer is a rare neoplasm, accounting for 4% of all gynecological cancers. Squamous cell carcinoma is the most frequent histological type, accounting for approximately 90% of tumors. Melanoma represents the 2nd most common vulvar malignancy and is usually identified by a pigmented lesion. Amelanotic melanomas account for about 2–10% of all melanomas.

We describe a case of a vulvar amelanotic melanoma that has relapsed under the form of pigmented melanoma.

Case report: A 67-years-old woman was referred to the gynecology appointment of Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPOC) in 2020 because of a 2cm red vulvar nodule on the left labia minora, which was diagnosed as an amelanotic melanoma (figure 1). She was G3P3 and underwent hysterectomy and bilateral adnexectomy 24 years ago, for uterine leiomyomas. She used hormone replacement therapy for 1 year. In 2020 she was submitted to excision of the referred lesion. After the unexpected histological result (vulvar malignant melanoma, epithelioid, with a maximal thickness of 19mm; with no signs of lymphovascular invasion or satellite nodules), she was submitted to an enlargement of the surgical margins and homolateral sentinel node biopsy. Histology revealed no residual tumor on the vulva; 6 lymph nodes were identified, one of them having a 17 mm melanoma metastasis, with 3 mm extracapsular extension. The thoraco-abdomino-pelvic CT showed no signs of metastasis. Radiotherapy (RT) was performed in the left inguinal region (60Gy/30fr/6 weeks). She continued the follow-up at IPOC. In January 2024, she presented with a nodular brown pigmented periclitoral lesion, with 0,5cm and a melanocytic area below the described nodule (figure 2). She was submitted to anterior vulvectomy in March 2024. The histological result revealed a lentiginous melanoma with maximum thickness of 6mm, with 12mm of profound margin, without lymphovascular or perineural invasion. She will continue the follow-up at IPOC.

Conclusion: Vulvar cancer can manifest as a variety of different vulvar lesions, what makes biopsy indispensable for diagnosis.

Vulvar melanoma is a rare type of cancer with particular staging and treatment. Despite aggressive therapy, the prognosis remains poor, with five-year survival rates between 24% and 77%.

PO 17

COMPLICAÇÕES RARAS DA CIRURGIA BARIÁTRICA: DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

Ana Rita V. Magalhães

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Uma das mais frequentes e graves complicações do sleeve gástrico é o extravasamento de conteúdo gástrico com potencial para originar peritonite, abscessos ou fístulas.

Aqui se apresenta um caso de doença inflamatória pélvica com abscessos tubo-ováricos bilaterais como complicação de cirurgia bariátrica.

Descrição do caso: Doente de 35 anos, submetida a cirurgia bariátrica (sleeve gástrico) em novembro de 2023, com complicação com fístula por deiscência de sutura motivando internamento prolongado e colocação endoscópica de prótese mecânica; complicação com abscesso subfrênico, derrame pleural à esquerda e coleção periesplénica drenada sob controlo ecográfico; e diagnóstico de abscesso tubo-ováricos bilaterais, tendo cumprido terapêutica com Metronidazol durante 15 dias associadamente à terapêutica antibiótica dirigida. Nesta altura com isolamento em cultura de *K. pneumoniae* + *S. constellatus* + *Prevotella denticola*.

É observada três meses depois em contexto de urgência ginecológica por queixas álgicas abdominais generalizadas com dias de evolução, sem febre; exame ginecológico revelando dor à palpação bimanual; exames de imagem (ecografia e TAC) com evidência de lesões quísticas anexiais bilateralmente (à direita com 4 x 3.5 cm e à esquerda com 7.8 x 7.1 cm) sugestivas de abscesso tubo-ovárico bilateral. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios. Foi iniciada antibioterapia empírica com Piperacilina + Tazobactan

e Tigeciclina atendendo a resultados culturais do internamento anterior, após colheita de hemoculturas. A evolução subsequente curvou com manutenção de subida dos parâmetros inflamatórios e instauração de quadro sugestivo de ileus paralítico. Neste contexto, decidida intervenção cirúrgica.

Foi submetida a laparoscopia com adesiólise, lavagem e drenagem de abscessos tubo-ováricos bilaterais. A cirurgia decorreu sem intercorrências e no pós operatório assistiu-se a franca melhoria clínica e analítica. As hemoculturas resultaram positivas para *Eikenella corrodens* e *S. anginosus*. O exame cultural do pus colhido intraoperatoriamente resultou negativo.

Teve alta ao 8º dia pós operatório clinicamente bem, com parâmetros inflamatórios em cinética descendente mantida, e com ajuste do esquema antibiótico para ambulatório.

Atendendo a resultados microbiológicos, e em articulação com Infecçiology, após a alta foi realizado ecocardiograma para exclusão de vegetações e reavaliação por TAC com evidência de regressão de abscesso da área anexial esquerda.

Conclusão: Perante complicações pós operatórias, não deverá ser descurado o potencial de envolvimento de órgãos adjacentes e à distância. Este caso ilustra a necessidade de uma avaliação peri-operatória e pós-operatória intensiva a fim de mitigar potenciais complicações, promovendo o seu diagnóstico e tratamento precoces, para assegurar os melhores desfechos para as doentes.

PO 18

QUISTO DE TARLOV E INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA DE NOVO

Maria Rui Torres; Luísa Cunha Silva; Andreia Miranda; João Pedro Prata; Paula Pinheiro
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A incontinência urinária de urgência (IUU) isolada é uma entidade clínica que afeta a qualidade de vida de 1 a 7% das mulheres, exigindo uma abordagem holística por parte dos profissionais de saúde.

Sendo a sua fisiopatologia assente na existência de hiperatividade do detrusor, as patologias que podem estar na sua origem são múltiplas. Algumas mais comuns, como a neuropatia diabética e o AVC, são amplamente reconhecidas e estudadas, no entanto há um conjunto de fatores que pela sua raridade, podem retardar a correta abordagem desta patologia.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 57 anos, obesa, GII PII, antecedentes cirúrgicos de uma cesariana e histerectomia com anexectomia bilateral aos 53 anos por hemorragia uterina anormal refratária ao tratamento médico.

Recorre ao serviço de Urgência de Ortopedia na sequência de episódio de queda da própria altura, após o qual iniciou queixas de lombalgia intensa, incontinência urinária de urgência de novo e hipoestesia do púbis e grandes lábios, motivo pelo qual solicitaram observação por Ginecologia. Foram realizados exames de imagem que descrevem lesão expansiva volumosa a nível de S2, com deformação e remodelação anatómicas, sendo colocada a hipótese diagnóstica de Quisto de Tarlov.

Após discussão multidisciplinar entre Ortopedia e Neurocirurgia, optou-se pela excisão cirúrgica da lesão, com subsequente resolução completa do quadro clínico durante o período pós-operatório.

Conclusão: Os Quistos de Tarlov constituem um subtipo de quistos meníngeos raros, com prevalência global que varia entre 1-5%, de localização extradural que envolvem as raízes nervosas, mais frequentemente ao nível de S2-S3, sendo habitualmente um achado accidental aquando da realização de exames de imagem.

Os cerca de 13% sintomáticos manifestam-se como lombalgia e neuropatia com afeção dos membros inferiores e disfunção dos tratos urinário (causando sobretudo incontinência urinária de urgência) e intestinal, bem como disfunção sexual, à semelhança do que aconteceu no caso descrito.

A sua abordagem terapêutica não é consensual, porém revela-se fundamental na resolução do quadro clínico com consequente retorno à qualidade de vida por parte das doentes.

PO 19

GROWING TERATOMA SYNDROME – UM CASO CLÍNICO

Ana Aparício; Joana Mafra; Célia Antunes; Pedro Oliveira; Cláudia Andrade; Isabel Henriques; Teresa Rebelo; Cristina Frutuoso
ULS Coimbra

Introdução: O teratoma imaturo é o segundo tumor maligno de células germinativas mais frequente, mas representa < 1% dos tumores malignos do ovário. Afeta sobretudo adolescentes e jovens adultas.

A growing teratoma syndrome (GTS) ocorre em 17-20% dos teratomas imaturos, sendo caracterizada pelo crescimento da componente madura do tumor após ressecção cirúrgica e quimioterapia. A patogénese não é totalmente compreendida. Estão descritos na literatura cerca de 100 casos.

Descrição do caso: Jovem de 22 anos recorre à urgência por dor associada a massa sólida com 8 cm na fossa ilíaca direita. A RM pélvica identificou múltiplas massas tumorais

heterogéneas e carcinomatose peritoneal, no contexto de provável tumor germinativo do ovário esquerdo. Analiticamente, apresentava AFP e Ca125 elevados. A biópsia sugeriu tumor do saco vitelino, não excluindo teratoma ou tumor misto de células germinativas.

Realizou-se laparotomia exploradora, salpingooforectomia esquerda, excisão de implantes peritoneais, adenopatia inter-cavo-aórtica e omentectomia infracólica parcial. O estudo intraoperatório revelou teratoma imaturo. Verificou-se infiltração adenopática extensa dos grandes vasos. Pela expectável quimiossensibilidade e extenso volume tumoral, não se avançou para cirurgia de citorredução primária. O estudo histológico confirmou teratoma imaturo G3 (IIIC da FIGO).

Realizou quimioterapia adjuvante (3 ciclos de bleomicina, etoposido e cisplatina), com redução dos marcadores tumorais. A TC toraco-abdomino-pélvica de reavaliação mostrou progressão tumoral; a biópsia hepática confirmou proliferação epitelial madura, sem elementos imaturos.

Após discussão multidisciplinar e apesar da baixa probabilidade de atingir cirurgia R0, foi proposta cirurgia de citorredução de intervalo, que a doente aceitou. Objetivaram-se incontáveis lesões peritoneais em todos os compartimentos, massas retroperitoneais envolvendo diafragma, pâncreas, baço, veia cava inferior e fígado, e envolvimento do cólon sigmoide e bexiga, sem plano de clivagem. Realizou-se histerectomia subtotal, salpingooforectomia direita, cistectomia parcial, ressecção segmentar do cólon sigmoide, pancreatectomia corpocaudal, esplenectomia total, omentectomia infragástrica e frenectomia parcial. Foi impossível a total excisão das massas retroperitoneais. O pós-operatório incluiu 12 dias no serviço de Medicina Intensiva.

O estudo histológico confirmou diagnóstico de GTS.

A doente encontra-se clinicamente estável com última TC de controlo com lesões residuais descritas na cirurgia, sendo um follow-up desafiante dado o componente benigno associado.

Conclusão: O diagnóstico diferencial de progressão de teratoma imaturo deve contemplar o GTS, principalmente perante diminuição de marcadores tumorais após quimioterapia. O tratamento é cirúrgico, uma vez que a componente benigna não é quimiossensível.

PO 20

A RARIDADE DOS TUMORES VAGINAIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Moreira¹; Joana Santos²; Carolina Carvalho¹; Tereza Paula¹

¹Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULS São José;

²Hospital de São José, ULS São José

Introdução: As massas vaginais são raras, podendo dividir-se em benignas ou malignas, e em lesões quísticas ou sólidas. São normalmente assintomáticas, apenas conferindo sintomas quando o tamanho é significativo, tipicamente pressão, dispareunia, obstrução vaginal/uretral e hemorragia vaginal. O diagnóstico inclui o exame objetivo, com eventual vulvosopia e vaginoscopia, a avaliação imagiológica com ecografia e ressonância magnética pélvica, e a análise histopatológica, através de biópsia ou excisão da massa. De seguida descreve-se um caso raro de massa vaginal.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 52 anos, índice obstétrico 3002, com antecedentes de hipertensão arterial e histerectomia vaginal com conservação de anexos, por hemorragia uterina anormal.

Foi encaminhada à unidade de Patologia Cervico-Vulvo-Vaginal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa por massa vaginal com aumento progressivo de volume durante um ano, acompanhada de dor pélvica e dispareunia. Ao exame objetivo era visível uma formação arredonda-

da única, bem definida e móvel, com cerca de 30 mm de maior eixo, com inserção ao nível da fúrcula vaginal posterior. A ecografia revelou uma estrutura nodular circunscrita, esferiforme, com 16,7 x 12,2 mm, sugerindo uma formação quística não pura. Sem outras alterações ginecológicas identificadas. A massa foi excisada com recurso a LASER de CO₂, sendo removido um nódulo com 45 g, com 39 mm de maior eixo, parcialmente revestido por mucosa acinzentada e lisa. A superfície de secção era branca, nacarada e elástica. Microscopicamente a lesão era bem circunscrita, subepitelial e constituída por células epitelióides e fusocelulares num estroma mixóide. Não se identificou atipia citológica, atividade mitótica valorizável ou necrose. Os achados morfológicos e o imunofenótipo foram compatíveis com um tumor misto da vagina. A doente teve boa evolução cicatricial, e mantém atualmente vigilância periódica na Unidade.

Conclusão: O tumor misto da vagina é um tumor benigno raro, apenas com cerca de 100 casos descritos a nível mundial. Localiza-se normalmente na parede vaginal posterior, na inserção do hímen, e é bem circunscrito e não capsulado. O diagnóstico definitivo é histológico, com uma apresentação bifásica composta por células fusocelulares e epitelióides. O tratamento poderá passar pela atitude expectante ou por excisão da massa, sendo o prognóstico favorável, estando, no entanto, descritas recidivas no caso de excisão incompleta. É importante a familiarização dos ginecologistas e patologistas acerca das características deste tumor, que deve ser incluído no diagnóstico diferencial das massas vaginais.

PO 22

DISMENORREIA NA ADOLESCÊNCIA: SERÁ ENDOMETRIOSE?

Mariana Teves¹; Inês Lima Dos Santos²; Francisca Garcia Magno²; Sara Moreira França²; Guida Gomes²; Filomena Sousa²; Fátima Palma²
¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;
²Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Introdução: A dismenorreia primária é comum nas adolescentes. Se persistir após 3 a 6 meses de tratamento empírico, é importante investigar causas secundárias, sendo a endometriose a principal causa secundária nesta faixa etária. Sem tratamento, a endometriose pode progredir, sendo uma condição crónica.

Objetivos: Caracterizar as adolescentes com dismenorreia, a sua orientação e terapêutica.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo que analisou as consultas por dismenorreia, numa unidade de Ginecologia da adolescência entre 2021 e 2023. Compararam-se dois grupos: Grupo 1 (G1), constituído por adolescentes com maior risco de endometriose (definido pela presença de sintomas adicionais, e/ou ausência de melhoria com AINEs e/ou com contraceção hormonal em 3 a 6 meses); e Grupo 2 (G2), composto pelas restantes adolescentes.

Resultados e conclusões: Incluíram-se 122 adolescentes (G1: 53; G2: 69). Não houve diferenças significativas na origem da referência, idade ou IMC.

A maioria das adolescentes apresentava antecedentes pessoais relevantes (G1: 83,0%, n = 44 vs G2: 72,5%, n = 50, p = 0,169). No G1 observou-se mais patologia gastrointestinal, patologia autoimune da tiróide, asma, enxaqueca e alergias (p > 0,05) e mais cirurgias abdominais prévias (p = 0,010).

No G1 observou-se maior intensidade da dismenorreia na escala numérica da dor (G1: 8,6 ± 1,5 vs G2: 7,0 ± 1,7, p = 0,000) e maior prevalência de absentismo escolar (G1: 17,0%, n

= 9 vs 1,4%, n = 1, p = 0,001), mas sem diferenças no número de dias de dismenorreia (G1: $2,7 \pm 2,1$ vs G2: $2,9 \pm 3,2$, p = 0,791).

A ecografia pélvica foi mais frequente no G1 (G1: 56,6%, n = 30 vs G2: 24,6%, n = 17, p = 0,000), sendo a favor de endometriose em dois casos, ambos no G1. Três adolescentes tinham realizado previamente RMN pélvica, sugerindo endometriose profunda em um caso. Em ambos os grupos, a terapêutica mais frequente foi a contraceção hormonal combinada. Porém, no G1 foi mais frequente o recurso a mais de dois métodos hormonais diferentes para controlo da dor (G1: 9,4%, n = 5 vs 1,6%, n = 1, p = 0,092).

Em conclusão, embora a endometriose seja comumente associada a mulheres acima dos 30 anos, estudos recentes revelam uma incidência significativa em adolescentes. Contudo, diagnosticar endometriose nesta faixa etária é desafiante. A ecografia pélvica é limitada pela abordagem suprapúbica, preferencial nesta faixa etária, e uma ecografia normal não exclui o diagnóstico. Na ausência de biomarcadores específicos de endometriose, a suspeição clínica é crucial para iniciar precocemente o tratamento e evitar a progressão da doença.

PO 23

HIPERPLASIA CONGÉNITA DA SUPRARRENAL – CASO CLÍNICO

Ana Aparício; Mariana Robalo Cordeiro; Carla Tovim Rodrigues; Fernanda Geraldes
ULS Coimbra

Introdução: A hiperplasia congénita da suprarrenal designa um conjunto de distúrbios autossómicos recessivos que causam desequilíbrios hormonais por défices enzimáticos da via da esteroidogénese suprarrenal. Caracterizam-se globalmente por um défice de glucocorticoides e excesso de androgénios. O tipo mais comum ocorre por défice de 21-hi-

droxilase por mutação no gene CYP21A2 (braço curto do cromossoma 6) e a severidade do quadro clínico depende do grau de atividade da enzima. A forma clássica perdedora de sal é a mais severa e rara, caracteriza-se por défice de glucocorticoides e mineralocorticoides causando crises suprarrenais perdedoras de sal com hipotensão, hiponatremia e hipercalcemia. É a causa mais comum de ambiguidade genital em recém-nascido 46,XX. Formas menos severas são a clássica virilizante simples caracterizada apenas por défice de glucocorticoides e a não clássica que se manifesta tipicamente na adolescência com hirsutismo, anomalias menstruais ou infertilidade.

Descrição do caso: Recém-nascido internado na unidade de Cuidados Intensivos por crise perdedora de sal ao 17º dia de vida. Por fenótipo masculino, atribuído sexo masculino ao nascimento. Após investigação, diagnosticada hiperplasia congénita da suprarrenal com virilização completa, tendo iniciado hidrocortisona e fludrocortisona. O estudo molecular confirmou défice de 21-hidroxilase, a ecografia pélvica revelou presença de útero e o cariótipo 46, XX. Após discussão entre equipa médica e progenitores, foi decidido pelos pais manter sexo fenotípico – masculino.

Acompanhamento regular em consulta de Endocrinologia e Pedopsiquiatria, com desenvolvimento psicomotor adequado. Iniciou agonista GnRH aos 6 anos com o intuito de frenar desenvolvimento pubertário e não comprometer o crescimento. Telarca e pubarca aos 11 anos. Identificação e expressão do género masculino durante todo o desenvolvimento. Referenciado à consulta de Ginecologia da Infância e Adolescência aos 14 anos. O exame objetivo revelou mamas com desenvolvimento pubertário Tanner 2-3, hipertrofia do clítoris sugerindo falo com cerca de 3 cm de comprimento, fusão total dos grandes e pequenos lábios, sem a presença de introito vaginal.

Após avaliação multidisciplinar e parecer positivo da Ordem dos Médicos, decididas intervenções cirúrgicas. Submetido a mastectomia bilateral pela Cirurgia Plástica e a histerectomia total, anexectomia bilateral e vaginectomia pela Ginecologia, com preservação das gónadas pela Medicina de Reprodução. Pós-operatório sem intercorrências. Iniciou testosterona para indução da puberdade após cirurgias.

Conclusão: A hiperplasia congénita da suprarrenal tem um espectro variado de manifestações clínicas. Há benefício numa orientação multidisciplinar destes doentes com uma contribuição importante da Endocrinologia, Psiquiatria, Ginecologia e Medicina da Reprodução.

PO 24

SCHISTOSOMÍASE GENITOURINÁRIA – UM CASO CLÍNICO

Margarida Neves da Silva¹; Mariana Leal¹; Marta Campos¹; Joana Santos²; Mariana Lira Morais¹; Sueli Pinelo¹; Teresa Brito¹; Mariana Novais Veiga¹

¹ Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; ² Unilabs

Introdução: A schistosomíase é a helmintíase com mais impacto na morbimortalidade a nível mundial. A doença tem uma maior prevalência na África Subsariana, sendo a maior parte dos casos de doença crónica genitourinária causados pelo *Schistosoma haematobium*. A doença é adquirida através do contacto com água fresca contaminada e, na maior parte dos casos, é assintomática. A nível genitourinário está associado a um maior risco de carcinoma espinocelular e urotelial da bexiga, bem como infertilidade, e maior risco de transmissão do VIH.

Descrição do caso: Mulher de 44 anos, proveniente de Angola, 3G3P, com antecedentes de dislipidemia e hipertensão arterial. A doente mantinha seguimento em consulta de urologia por suspeita de lesão vesical detetada

em exame de imagem. Nesse contexto, realizou uro-TC que revelou calcificação de toda a parede da bexiga e urotélio alto, levantando a suspeita de schistosomíase. Foi encaminhada para a consulta de doenças infecciosas, o estudo analítico realizado não foi sugestivo da doença e foi ponderada a realização de biópsia. Concomitantemente, a doente foi observada em consulta de ginecologia por útero miomatoso associado a hemorragia uterina anómala (HUA), tendo sido proposta para histerectomia abdominal. A cirurgia decorreu sem intercorrências, mas o período pós-operatório foi complicado por hematoma da cúpula com necessidade de drenagem por via vaginal. O exame anatomopatológico da peça operatória de histerectomia revelou colo com cistos mucosos e numerosas estruturas calcificadas com características de ovos de *Schistosoma haematobium*. Foi confirmado assim o diagnóstico de schistosomíase, sendo dispensada a biópsia vesical. A doente iniciou tratamento com praziquantel, mantendo o seguimento em consulta externa.

Conclusão: Em conclusão, temos uma doente assintomática com schistosomíase genitourinária cujo diagnóstico foi confirmado através da peça operatória da histerectomia realizada no contexto de HUA. Este caso salienta a importância da multidisciplinaridade nos cuidados de saúde, nomeadamente entre a ginecologia, urologia, doenças infecciosas e anatomia patológica. Além disso, demonstra a necessidade de um alto grau de suspeição para esta patologia em doentes provenientes de áreas endémicas da schistosomíase, tendo em conta a ausência de sintomas e a possível evolução neoplásica na infeção crónica.

PO 25

MALFORMAÇÕES MULLERIANAS – DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO: CASO CLÍNICO

Laura Gomes; Francisca Magno; Tereza Paula;
Filomena Sousa

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Introdução: As anomalias congênitas do trato genital feminino resultam de anomalias no desenvolvimento embrionário ao nível da fusão dos canais de Muller e reabsorção do septo inter-Mulleriano. A sua prevalência na população geral é de 5,5%. A presença de um septo vaginal longitudinal está frequentemente associado a anomalias uterinas, nomeadamente útero septado completo ou parcial.

Descrição do caso: Mulher, 25 anos, nuligesta, enviada à consulta de Ginecologia por suspeita de malformação do trato genital, queixas de dispareunia e dificuldade na colocação de tampão vaginal. Sem antecedentes pessoais de relevo, menarca aos 12 anos, ciclos regulares com catamênios de 5 dias, associados a dismenorrea ligeira, e coitarca aos 19 anos. No exame ginecológico era possível visualizar um septo longitudinal na vagina e dois colos uterinos.

A ecografia pélvica tridimensional (3D) evidenciou uma malformação mulleriana U2a/C2/V1 (útero septado com septo parcial de 22mm, dois colos sendo o esquerdo hipoplásico e um septo vaginal longitudinal não obliterante). Realizou vaginoscopia e histeroscopia que evidenciou um septo vaginal dos dois terços superiores da vagina, dois colos uterinos bem visualizados, sem comunicação entre si, e uma cavidade uterina única com um septo incompleto até ao nível do istmo, sendo possível entrar na mesma através de cada um dos colos. Tendo em conta a sintomatologia, decidiu-se realização de septotomia por laser, que decorreu sem intercorrências. Dois meses após o procedimento, a utente apresen-

tou-se sem queixas, e ao exame objetivo visualizou-se uma vagina ampla e os dois colos uterinos, sem resquícios do septo.

Conclusão: A correção de septos vaginais pode realizar-se com técnicas de ressecção, recorrendo a instrumentos de corte e coagulação de histeroscopia ou laparoscopia. Neste caso, optou-se por septotomia com laser de CO₂, com um bom resultado.

Perante o diagnóstico de uma anomalia congênita do trato genital, a necessidade de correção depende dos sinais e sintomas presentes, assim como dos planos reprodutivos da mulher.

PO 26

CHOQUE HEMORRÁGICO EM CONTEXTO DE INVERSÃO UTERINA NÃO PUERPERAL

Mariana Leal; Margarida Neves da Silva;
Marta Campos; Marta Barbosa; Conceição Brito;
Sandra Batista

CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Introdução: A inversão uterina não puerperal é um evento raro causado pela distensão do miométrio, geralmente devido à presença de miomas ou sarcomas de crescimento rápido, gerando pressão pélvica e dilatação do colo. Clinicamente apresenta-se por hemorragia uterina anormal (HUA) e dor pélvica, com palpação e/ou visualização de uma massa em protusão pelo colo do útero.

Descrição do caso: Mulher de 50 anos, 2G1P, com antecedentes de depressão e hipertensão arterial, recorreu ao serviço de Urgência por HUA e fadiga. Previamente foi medicada com desogestrel, tendo suspenso a sua toma 2 meses antes, por iniciativa própria. Apresentava pele e mucosas desidratadas, pressão arterial de 84/44 mmHg, frequência cardíaca de 87 bpm e encontrava-se apirética. Ao espéculo, apresentava hemorragia ativa e a vagina encontrava-se preenchida por coágulos. A palpação bimanual revelou uma massa em

protusão pelo colo do útero, sendo a ecografia transvaginal inconclusiva quanto à origem da mesma. Atendendo à instabilidade hemodinâmica e hemoglobina de 7,5 g/dL, foi decidida exploração ginecológica no bloco operatório. Sob sedação, o exame com espéculo revelou uma massa avermelhada, alongada e friável com cerca de 7 cm, acima do introito vaginal, suspeitando-se de uma inversão uterina, tendo sido decidida laparotomia exploradora urgente. Após abertura da parede abdominal, durante a inspeção da cavidade pélvica, confirmou-se a inversão total do útero, com repuxamento dos anexos para o canal vaginal. Foi realizada histerectomia subtotal e anexectomia esquerda, com exérese do útero totalmente invertido. Não foi possível a remoção total do colo, devido à sua dilatação e extinção, e conseqüente dificuldade na identificação dos seus limites. Foram administradas 4 unidades de glóbulos rubros no intra-operatório; a hemoglobina era de 7,2 g/dL e a doente apresentava-se hemodinamicamente estável no fim do procedimento. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta ao 5.º dia de internamento. O exame histológico revelou um útero e anexo esquerdo sem alterações patológicas.

Conclusão: Apesar de, neste caso, não ter sido identificada uma causa e de não existir patologia ginecológica anterior, coloca-se como hipótese a expulsão prévia de um mioma, com necrose do seu pedículo, permanecendo o útero invertido.

A inversão uterina é uma causa rara de HUA e conseqüente choque hemorrágico. Devido à sua baixa prevalência, é necessário um elevado grau de suspeição para o seu diagnóstico.

PO 27

TUMOR NEUROENDÓCRINO PRIMÁRIO DO OVÁRIO: UMA ENTIDADE INCOMUM

Andreia M Miranda; Maria Torres; Luísa Silva; Avelina Almeida; Rosália Coutada; Agostinho Carvalho; Sofia Carvalho; Sónia Carvalho
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: As neoplasias neuroendócrinas do ovário são raras. Representam 0,1% dos tumores ováricos e < 5% de todos os tumores neuroendócrinos. Podem surgir isoladamente ou como parte de outra lesão ovárica, nomeadamente teratomas quísticos maduros ou imaturos.

Apenas parte deles surgem como tumores primários do ovário, sendo que os restantes tem origem metastática, decorrentes de neoplasias dos sistemas gastrointestinal ou respiratório.

Pela raridade e número limitado de casos relatados na literatura, não há consenso sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos neste tipo de tumores.

Descrição do caso: Os autores descrevem o caso clínico de uma mulher de 31 anos, saudável, referenciada a consulta de Ginecologia por massa anexial em ecografia ginecológica de rotina. A ecografia ginecológica realizada na consulta revelou quistos uniloculares bilaterais, com ecogenicidade mista com cerca de 5 cm, fortemente a favor de corresponderem a teratomas.

No seguimento, realizou tomografia computadorizada que revelou áreas de calcificação e gordura, compatível com a hipótese diagnóstica e foi proposta para quistectomia bilateral laparoscópica. A cirurgia decorreu sem intercorrências, tal como o pós-operatório.

O resultado anatomopatológico revelou teratoma maduro bilateral, com neoplasia neuroendócrina num dos ovários não se conseguindo afirmar origem primária associada ao

teratoma ou origem secundária.

O seguimento foi realizado em consulta de Grupo de Ginecologia Oncológica e foi orientada para o IPO-Porto. Em exames subsequentes confirmou-se a origem primária do ovário, não se identificando sinais de doença à distância da neoplasia neuroendócrina identificada. Na tomografia por emissão de positrões com análogos de somatostatina revelou atividade à esquerda e realizou por esse motivo anexectomia esquerda no Hospital de origem, cujo exame anatomopatológico não revelou malignidade.

Atualmente, mantém-se assintomática e o exame ginecológico é normal. Em consulta de Grupo de Ginecologia Oncológica foi decidido seguimento em consulta semestral durante 5 anos.

Conclusão: O caso clínico ilustra uma situação de neoplasia neuroendócrina do ovário associada a teratoma, que pode surgir em qualquer idade e constitui um diagnóstico muito raro. Por esta razão, não há guidelines específicas relativas ao seguimento deste tipo de tumores. O tratamento cirúrgico parece ser fundamental e é geralmente suficiente. Para além disso, o prognóstico parece ser bastante favorável, com uma longa sobrevida livre de progressão.

PO 28

UM CASO RARO DE LEIOMIOSSARCOMA PRIMÁRIO DO OVÁRIO

Andreia M Miranda; Luísa Silva; Maria Torres; Avelina Almeida; Rosália Coutada; Agostinho Carvalho; Daniel Pereira de Melo
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: O leiomiossarcoma do ovário é um tumor muito raro. Faz parte do subgrupo de tumores do músculo liso e constitui < 1% dos tumores ováricos. Surgem geralmente em mulheres na pós-menopausa.

Devido à sua raridade, a etiologia, características histológicas, comportamento clínico

e tratamento ainda não são totalmente conhecidos. As orientações relativas ao estadiamento e tratamento seguem as guidelines dos tumores epiteliais do ovário.

O prognóstico dos leiomiossarcomas ováricos é desfavorável, dependendo do estadio, tamanho, grau e índice mitótico do tumor, e a recidiva ocorre principalmente no abdómen e na pelve.

Descrição do caso: Os autores descrevem o caso clínico de uma mulher de 78 anos, com DPOC, referenciada a consulta de Ginecologia por massa anexial esquerda volumosa. A massa anexial foi diagnosticada em ecografia ginecológica, que terá realizado em internamento por traqueobronquite aguda, por queixas de dor abdominal.

No seguimento, realizou ressonância magnética abdómino-pélvica que revelou massa heterogénea com 90 x 60 x 80 mm, de aparente origem anexial esquerda de natureza neofor-mativa, com endométrio normal. O marcador tumoral CA-125 era normal.

Propôs-se para cirurgia com exame extemporâneo da massa anexial. Realizou laparotomia exploradora, lavado peritoneal, histerectomia total, anexectomia bilateral e omentectomia infracólica. O exame extemporâneo revelou um tumor de tecido estromal, não se excluindo a possibilidade de sarcoma. A cirurgia decorreu sem intercorrências, tal como o pós-operatório. O resultado anatomopatológico definitivo revelou neoplasia de células fusiformes do ovário de grau intermédio, como imunofenótipo de músculo liso, com duas características de malignidade (atipia citológica e mitoses frequentes), sem necrose neoplásica evidente, compatível com leiomiossarcoma do ovário, com lavado peritoneal e restantes estruturas sem alterações.

O seguimento foi realizado em consulta de Grupo de Ginecologia Oncológica e foi orientada para o IPO-Porto. Foi solicitada revisão de lâminas, que confirmou o diagnóstico e decidido não haver benefício de tratamento

adjuvante, pelo que teve alta e manteve vigi-
lância no hospital de origem.

Atualmente mantém seguimento em consulta
de Ginecologia, está assintomática com exa-
me ginecológico normal e sem alterações ab-
dómino-pélvicas.

Conclusão: Os leiomiiossarcomas do ovário
são achados incidentais raros em mulheres
na pós-menopausa, com um comportamento
agressivo e mau prognóstico.

Assim, o diagnóstico precoce e o tratamento ci-
rúrgico com citorredução melhoram a sobrevida.

PO 29

CARCINOSARCOMA – UMA NEOPLASIA MALIGNA DO ÚTERO RARA

Margarida Basto Paiva¹; Mariana Santos¹;

Vera Sousa²; Vera Veiga²

¹Hospital Barreiro; ²IPO Lisboa

Introdução: O carcinosarcoma é uma neoplasia
rara com um comportamento agressivo. Embo-
ra represente menos de 5% de todos os tumo-
res do útero, é responsável por mais de 15%
das mortes relacionadas com neoplasia malig-
na do útero. Geralmente diagnosticado em es-
tádios avançados, em comparação com outros
cancros endometriais, está associado, frequen-
tamente, a um prognóstico desfavorável.

Objetivos: Avaliação das características socio-
demográficas, da apresentação e evolução
clínica de mulheres diagnosticadas com car-
cinosarcoma.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo de
coorte, realizado entre 2014 e 2022 num cen-
tro oncológico de referência, em doentes com
diagnóstico histológico de carcinosarcoma.
Os critérios de inclusão foram: pacientes sub-
metidas a terapêutica cirúrgica como trata-
mento primário, com a realização da cirurgia
e vigilância no centro oncológico participante.
Os dados clínicos e histopatológicos foram
consultados nos processos e a análise esta-
tística realizada em SPSS®.

Resultados: Um total de 66 mulheres apre-
sentaram resultado histológico na peça
compatível com carcinosarcoma, destas 54
preenchiem os critérios de inclusão no estu-
do. A idade média das doentes foi de 70 anos
[46-88 anos]. A maioria das participantes
apresentava pelo menos excesso de peso e
encontravam-se na pós-menopausa. Apro-
ximadamente um terço das doentes tinham
antecedentes de cancro e 13% tinham rea-
lizado radioterapia pélvica prévia. O principal
sintoma de apresentação foi a hemorragia
uterina anormal, ocorrendo em 85% das
participantes ao diagnóstico. Das mulheres
submetidas a biópsia prévia à cirurgia (N:50),
60% apresentava diagnóstico concordante
com carcinosarcoma. A distribuição por esta-
dios (FIGO 2009) foi a seguinte: 37% estadio
I; 15% estadio II; 32% no estadio III; 16% no
estadio IV. Das participantes, 41 realizaram
terapêutica adjuvante, das quais 61% foram
submetidas a quimioterapia e radioterapia,
32% realizaram apenas quimioterapia e 7%
apenas radioterapia. A sobrevivência global
mediana foi de 20 meses [2-73 meses], e
a sobrevivência global aos 5 anos de 17%.
Além disso, constatou-se que a sobrevida
global média nos estádios avançados (III e
IV) foi significativamente inferior aos estádios
iniciais (I e II), sendo respetivamente 17 e 29
meses ($p < 0,05$).

Conclusão: Este estudo corrobora a natureza
agressiva, descrita na literatura, do carcino-
sarcoma. Verificou-se uma taxa de sobrevida
global aos 5 anos de 17%, com uma sobre-
vivência global mediana de 20 meses, taxas
inferiores ao descrito, frequentemente, para
outros cancros endometriais. Estes resultados
reforçam a necessidade de estratégias mais
eficazes na deteção precoce e no tratamen-
to, de forma a melhorar os desfechos destes
pacientes.

PO 30

HISTEROSCOPIA: CORRELAÇÃO ENTRE ACHADOS HISTEROSCÓPICOS E DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

Margarida Basto Paiva¹; Rita Silva²; Vera Veiga³; Vera Sousa³

¹Hospital Barreiro; ²Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ³IPO Lisboa

Introdução: A histeroscopia é, atualmente, um método diagnóstico e terapêutico fundamental na abordagem da patologia endometrial. Compreender a correlação entre os achados histeroscópicos e o diagnóstico histológico é assim essencial para uma correta abordagem clínica.

Objetivo: Avaliar a correlação entre os achados histeroscópicos e o diagnóstico histológico.

Materiais e métodos: Estudo observacional de coorte em mulheres que realizaram histeroscopia com biópsia, entre janeiro de 2019 e dezembro de 2022, num centro de referência oncológico. Análise estatística realizada com recurso ao SPSS®. A concordância entre os achados histeroscópicos e histológicos foi avaliada recorrendo ao índice de Kappa, com os resultados agrupados em três categorias (achados normais, benignos e lesões malignas e pré-malignas).

Resultados: Um total de 529 mulheres foram submetidas a histeroscopia com biópsia. A idade média das participantes foi de 58 anos [25 e 92 anos, DP 12,7 anos]. A maioria das mulheres (72%) encontrava-se na pós-menopausa. As principais indicações para a histeroscopia foram pólipos ou espessamento endometrial (73%), seguidos de hemorragia uterina anormal (15%) e suspeita de lesão maligna (6%). Os resultados histológicos foram compatíveis em 69% com achados benignos (pólipos em 65%, miomas em 2%, outros em 1%) e com lesões malignas ou pré-malignas em 8 e 7% dos casos respetivamente. Dos 46 casos com histologia compatível com neoplasia, 83% apresentaram achados suspeitos na

histeroscopia, 11% achados compatíveis com hipertrofia endometrial e os restantes foram compatíveis com achados histeroscópicos benignos. Quanto aos achados histológicos de hiperplasia, estes foram compatíveis em 43% com achados sugestivo desta patologia, em 47% com achados sugestivos de pólipos e em 10% compatíveis com achados suspeitos de malignidade. A comparação entre achados histeroscópicos e os resultados histológicos, com base nas três categorias, verificou-se um índice de Kappa de 0,644, indicando um nível de concordância forte.

Conclusão: Neste estudo, verificou-se uma concordância forte entre achados histeroscópicos e achados histológicos. Apesar desta concordância, é importante realçar que os achados histeroscópicos deverão ser complementados com biópsia, uma vez que o diagnóstico histológico continua a ser o goldstandard na avaliação da patologia endometrial.

PO 31

HEMATOCOLPOS/HEMATOMETRA EM ADOLESCENTE: UMA CAUSA RARA DE DOR PÉLVICA

Vanessa Vieira; Carla Rodrigues; Ângela Rodrigues; Fernanda Geraldês; Fernanda Águas
CHUC

Introdução: As malformações do trato genital feminino constituem um grupo heterogéneo de anomalias secundárias a defeitos ocorridos durante a organogénese. A sua epidemiologia permanece desconhecida, no entanto, diversos estudos apontam para que a sua prevalência varie entre 0,4 e 10,8% na população geral. Dado muitas vezes serem assintomáticas ou se associarem a sintomas inespecíficos, pensa-se que esta prevalência esteja subestimada.

Pela grande diversidade de anomalias possíveis, a sua apresentação clínica é muito variável, podendo incluir alterações do padrão

menstrual, disfunções sexuais, dor pélvica e infertilidade.

Descrição do caso: Adolescente de 12 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, enviada a consulta de Ginecologia da Infância e Adolescência por quadro de dor pélvica cíclica, tipo cólica, com doze meses de evolução e ausência de menarca. Ao exame objetivo apresentava desenvolvimento pubertário normal, integridade himenial, permitindo a introdução de “cotonete” numa profundidade de três centímetros. Orientada para realização de ecografia e ressonância magnética pélvicas, que demonstraram presença de volumosos hematocolpos e hematometra. Colocada a hipótese de septo vaginal transversobstrutivo, foi-lhe proposto uma abordagem cirúrgica.

Submetida a laparoscopia diagnóstica, secção e exérese do septo vaginal transversobstrutivo, seguida de histeroscopia diagnóstica. A exploração da cavidade pélvica confirmou a presença de volumosos hematocolpos e hematometra, hematossalpinge à esquerda e focos de endometriose peritoneal dispersos na cavidade pélvica, não tendo sido identificadas quaisquer outras anomalias do aparelho reprodutivo. Após drenagem do hematocolpos foi possível verificar o retorno do útero e colo às suas dimensões normais. À histeroscopia, visualizou-se colo uterino único, uma cavidade endometrial ampla, com os ostia tubar visualizados.

Teve alta, aconselhada a utilizar moldes vaginais para evitar a estenose vaginal.

Na consulta pós-operatória, mantinha hemorragias de privação regulares com estoprogestativo, sem dismenorreia e com boa tolerância ao uso dos moldes vaginais. Ao exame objetivo, foi possível a introdução digital e toque do colo uterino.

Conclusão: O septo vaginal transversobstrutivo é uma anomalia pouco frequente apresentando na maioria dos casos um orifício de drenagem.

Este caso retrata um septo vaginal transversobstrutivo, condicionando ausência de menarca e distensão uterina responsáveis pela dor e compressão das estruturas pélvicas.

A utilização de dilatadores vaginais no pós-operatório revela-se de grande importância já que, prevenindo a estenose vaginal, permite um restabelecimento anatómico perfeito, evitando sequelas do foro sexual ou reprodutivo.

PO 32

CASUÍSTICA DO CA. DO ENDOMÉTRIO EM MULHERES = 45 ANOS NUM CENTRO DE REFERÊNCIA PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA

Cassandra Lemper¹; Vera Sousa²; Vera Veiga²

¹Hospital de Beja; ²IPO Lisboa

Introdução: O cancro do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente e ocorre sobretudo na pós-menopausa. No entanto está muitas vezes associado a fatores de risco como excesso de estrogénios, síndrome metabólica e a síndrome de Lynch, podendo assim manifestar-se em mulheres jovens. Dado que o sintoma inicial mais comum é a hemorragia uterina anormal, pode também acarretar o atraso do diagnóstico em mulheres em idade reprodutiva.

Objetivos: Descrever as características das mulheres jovens com cancro do endométrio acompanhadas no IPOLFG durante um período de 21 anos.

Material e métodos: Foi solicitado ao Registo Oncológico Nacional (RON) o levantamento dos casos de cancro do endométrio em mulheres com 45 ou menos anos entre 2003 e 2023.

Resultados: Foram identificadas 29 mulheres acompanhadas na nossa instituição entre 2003 e 2023. A idade mediana das pacientes foi de 40 anos [28;45]. O tempo mediano de acompanhamento foi de 57 meses [1;180], sendo que 6 pacientes ainda se encontram em vigilância no momento de levantamento dos dados.

79% das mulheres apresentavam fatores de risco típicos, nomeadamente excesso de peso (75,0%), menarca antes dos 12 anos (31,0%), diabetes mellitus (20,7%), hipertensão arterial (17,2%), síndrome dos ovários poliquísticos (6,9%) e síndrome de Lynch (3,4%). Em 72,4% dos casos as pacientes apresentaram com hemorragia uterina anormal e em 20,7% tratou-se de um achado ecográfico.

28 pacientes foram submetidas a cirurgia (93,1%), sendo que 3 foram realizados fora da nossa instituição. 96,4% foram submetidas a histerectomia abdominal e salpingooforectomia bilateral e em 53,6% foram realizados procedimentos adicionais para completar o estadiamento. 5 pacientes apresentaram tumores síncronos do ovário.

Os tipos histológicos identificados foram: 81,4% endometrióide baixo grau, 18,6% endometrióide alto grau e 6,9% outros subtipos de alto grau. 69,0% das pacientes encontravam-se em estadio I (FIGO 2009), 20,7% em estadio II, 6,9% em estadio III e 3,4% em estadio IV. 48,3% tiveram alta ao fim dos 5 anos e 24,1% faleceram. A sobrevivência aos 5 anos foi de 75,9%. 2 pacientes foram perdidas durante o seguimento.

Conclusões: Podemos concluir que se trata de um tumor raro com uma incidência de 1,38 casos por ano no IPOLGF mas que acarreta uma taxa de mortalidade elevada.

PO 33

LEIOMIOMATOSE PERITONEAL DISSEMINADA APÓS HISTERECTOMIA

Maria Rui Torres¹; Mafalda Simões²; Maria Gomes³; Paulo Ribas³; Almerinda Petiz³

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE/Hospital de Santa Luzia; ²CHUC, Hospital da Universidade de Coimbra; ³IPO Porto

Introdução: O fibromioma uterino é o tumor pélvico benigno mais frequente na mulher em idade reprodutiva. A localização mais fre-

quente é uterina, no entanto pode apresentar-se em locais como ligamento largo, colo, vagina ou peritoneu. Apresenta-se um caso raro de uma mulher com leiomiomatose peritoneal disseminada após histerectomia.

Caso clínico: Doente de 47 anos, enviada à consulta de Ginecologia do IPO-Porto, por nódulo da parede abdominal e massa pélvica. Tratava-se de uma doente com antecedentes de miomectomia e posterior histerectomia total e salpingectomia bilateral laparoscópica por patologia miomatosa há 10 anos. Ao exame físico, apresentava uma lesão bilobada sólida, com 4cm, fixa à cúpula vaginal. Era ainda palpável um nódulo doloroso na parede abdominal, na fossa ilíaca direita, com 3cm. Efetuou uma TC abdomino-pélvica que revelou massa com 62 x 52 x 50 mm na cúpula vaginal e outra, subcutânea, na fossa ilíaca direita, com 32 mm. Procedeu-se a biópsia do nódulo da parede abdominal cujo resultado revelou neoplasia mesenquimatosa fusocelular com diferenciação muscular lisa, sem sinais de malignidade. Decidido em consulta de Grupo Multidisciplinar exérese das lesões pélvicas e da parede abdominal.

Submetida a laparotomia exploradora onde se constatou a presença de cerca de dez lesões na cavidade pélvica e de uma, supra-aponevrótica, na parede abdominal, macroscopicamente compatíveis com leiomiomas, tendo-se procedido à sua exérese. O resultado histológico definitivo confirmou tratar-se de tumores com diferenciação de tipo músculo liso, compatíveis com leiomiomatose peritoneal disseminada.

Conclusão: A leiomiomatose peritoneal disseminada é uma entidade rara, mais frequente em mulheres em idade fértil. Deve ser considerada esta hipótese na presença de massas pélvicas em doentes com antecedentes de histerectomia ou miomectomia via laparoscópica.

PO 34

CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASOR DA VAGINA – UM CASO CLÍNICO

Inês Gil Dos Santos¹; Margarida Cordoeiro²;

Cristina Tavares¹; Helena Veloso¹;

Maria João Carinhas¹

¹Maternidade Júlio Dinis; ²Unidade local de Saúde Viseu Dão Lafões/Hospital S. Teotónio

Introdução: As neoplasias primárias da vagina são raras, mas a metastização vaginal sistémica ou local proveniente de estruturas ginecológicas, não é incomum, pelo que a maioria das neoplasias vaginais são metastáticas, muitas vezes resultantes de neoplasias primárias do endométrio, cérvix e vulva. A prevalência de carcinoma vaginal in situ ou invasor é de 1/100 000 mulheres, tipicamente carcinoma de células escamosas, com uma idade média ao diagnóstico de 60 anos. Tais como nos carcinomas cervicais, a maioria dos casos associa-se a infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV).

Descrevemos um caso de carcinoma epidermóide invasor da vagina.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de uma mulher de 45 anos com antecedentes de histerectomia total por persistência de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau (CIN3) após 2 conizações (margem cirúrgica resultante com lesão). Foi incluída novamente no rastreio populacional, tendo sido encaminhada para a consulta de Patologia do Colo do hospital da área de residência por HSIL com HPV 18+ e 31+. Foi posteriormente referenciada à nossa instituição por VaIN3. Realizou-se novamente vaginoscopia com biópsia, da qual resultou “VaIN3 com foco suspeito, mas não conclusivo, de neoplasia invasiva”.

Por suspeita de neoplasia invasiva da vagina, foi submetida a exérese de lesão vaginal com LASER e vaporização LASER da vagina, tendo o exame histológico da peça cirúrgica resultante demonstrado “lesão extensa de VaIN3 e

carcinoma epidermóide invasor”.

A doente foi referenciada à consulta de Ginecologia Oncológica e de Oncologia Médica, tendo iniciado tratamento com QT/RT radical, e onde mantém vigilância.

Conclusão: A vigilância após terapêutica curativa para o carcinoma cervical (ainda que in situ) é uniformemente recomendada, tendo como principal objetivo a deteção precoce de recorrências com indicação para terapêutica potencialmente curativa. No entanto, embora mais raro, e tal como no caso apresentado, existe a possibilidade de diagnóstico de lesões independentes do trato genital inferior, por vezes com gravidade superior. Destaca-se a importância de uma abordagem multidisciplinar.

PO 35

PODE A TROMBOSE DA VEIA OVÁRICA SER UMA COMPLICAÇÃO DA HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA?

Nicoleta Pinzari; Maria Luis Alves; Pedro Ceia;

Beatriz Ferreira; Helena Filipa Machado;

Elisabete Santos; Gonçalo Ramos; Isabel Duarte;

Andreia Antunes

ULS- RL

Introdução: A trombose da veia ovárica (TVO) é uma entidade extremamente rara, geralmente associada ao pós-parto (incidência de 1:3000 partos). No entanto, casos isolados têm sido relatados em mulheres fora do contexto da gravidez, especialmente após procedimentos cirúrgicos incluindo os minimamente invasivos ou em situações de malignidade. Os mecanismos fisiopatológicos subjacentes envolvem lesão endotelial, estase venosa e hipercoagulabilidade. A apresentação clínica é frequentemente inespecífica, o que dificulta o diagnóstico precoce, levando a atrasos na instituição da terapêutica. Surge assim uma necessidade crescente de diretrizes claras para o diagnóstico e orientação clínica desta patologia.

Descrição do caso: Mulher de 44 anos, ges-

ta 2, Para 2, portadora de anel vaginal como método contraceptivo, foi encaminhada para consulta de ginecologia devido a hemorragia uterina anormal. À ecografia ginecológica apresentava um útero heterogêneo e aumentado de volume, à custa de um mioma sub-seroso com 64 mm e imagem sugestiva de volumoso pólipó endometrial, pelo que foi submetida a histeroscopia cirúrgica. No período pós-operatório, iniciou sintomas sugestivos de infecção do trato urinário e foi medicada empiricamente. Devido à persistência dos sintomas urinários e a uma urocultura positiva para *Klebsiella pneumoniae* multirresistente, recorreu ao serviço de Urgência. A paciente referia mal-estar geral, dor supra-púbica, disúria e urina com odor fétido. Ao exame objetivo, estava subfebril, com dor à palpação abdominal na região supra-púbica, sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose ligeira (10.300 células/mm³) sem neutrofilia e Proteína C Reativa elevada (56 mg/L). Foi realizada uma ecografia abdominal que revelou uma lesão na região anexial direita, hipocogénica, homogénea, vascularizada, com dimensões de aproximadamente 79x58 mm, sendo recomendada investigação adicional. Neste contexto, foram solicitados marcadores tumorais, CA 125 e CA 19.9, cujos valores se encontravam normais. A Tomografia Computorizada revelou útero globoso devido a provável fibromioma, medindo 78 mm no corpo e fundo uterino, produzindo efeito de massa sobre a região anexial direita. Foram também observadas múltiplas varicosidades sinuosas na vertente lateral do útero, uma delas apresentando imagem sugestiva de trombo suboclusivo até ao polo inferior do rim direito. A paciente iniciou terapêutica com enoxaparina e teve alta medicada com Edoxabano 60 mg/dia até reavaliação clínica e imagiológica.

Conclusão: A TVO cursa com sintomas abdo-

minais inespecíficos e não ocorre exclusivamente no pós-parto. É necessário um elevado grau de suspeição de forma a permitir o diagnóstico precoce desta entidade em doentes submetidas a procedimentos cirúrgicos recentemente, permitindo assim, reduzir a morbimortalidade associada a esta patologia.

PO 36

COLPOCLEISIS TOTAL VERSUS PARCIAL NO TRATAMENTO DO PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Maria Henriques; Ana Bello; Cristina Nércio; Guida Gomes; Patrícia Isidro Amaral
MAC

Introdução: A cirurgia obliterativa para o tratamento do prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma opção viável em utentes com comorbilidades sem desejo de vida sexual com penetração vaginal, e poderá ser feita com ou sem preservação do útero - colpocleise total *versus* parcial (técnica de LeFort).

A decisão da preservação do útero prende-se com vários fatores, incluindo a idade, presença de comorbilidades ou existência de patologia endometrial associada.

Objetivos: Comparar os resultados após colpocleisis total *versus* parcial no tratamento do POP.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos casos de utentes submetidas a cirurgia obliterativa num centro terciário entre setembro de 2016 e janeiro de 2024. Excluídas utentes hysterectomizadas. A amostra foi dividida em dois grupos: G1 – submetidas a colpocleise total (n = 12) e G2 – submetidas a colpocleise parcial de LeFort (n = 12).

Resultados: A idade média das utentes foi inferior no G1 comparando com o G2 (76,7 *versus* 84,1, p < 0,05). Não houve diferença estatisticamente significativa relativamente a paridade, obesidade ou presença de pelo menos uma outra comorbilidade.

Relativamente à avaliação pré-cirúrgica, todas apresentavam um estadio POP segundo a classificação Baden-Walker ≥ 3 , 71% com um POP G4 (83,3% *versus* 58%, $p = 0,37$). No G1, 41,7% apresentavam alterações endometriais ou anexiais, não havendo alterações ecográficas registadas no G2 ($p < 0,05$).

O tempo de internamento após a cirurgia foi superior no G1 (2,4 *versus* 1,6 dias, $p < 0,05$). Não houve diferença significativa na taxa de complicações perioperatórias (16,7% *versus* 8,3%, $p = 1$).

Em relação aos resultados cirúrgicos, o sucesso anatómico, definido como POP ≤ 1 , foi superior no G1 (100% *versus* 58,3%, $p < 0,05$). Dos quatro casos do G2 com POP > 1 , três referiam interferência na qualidade de vida. Não houve diferença significativa quanto ao surgimento de incontinência urinária de novo (16,7% *versus* 9,1%, $p = 1$).

Conclusões: Em concordância com a literatura, houve um maior risco cirúrgico associado a colpocleise total, com um internamento mais prolongado após a cirurgia e uma maior taxa de complicações, embora não estatisticamente significativa. Por outro lado, a taxa de recidiva foi maior nas utentes submetidas a colpocleise parcial, tendo sido superior ao descrito na literatura, o que poderá ter sido condicionado pelo tamanho reduzido da amostra.

PO 37

A VULVOVAGINITE COMO CERNE DE DIAGNÓSTICO DA OXIURIASE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Lisandra Mendonça; Carolina Canha; Inês Mesquita; Helena Solheiro
Unidade local de Saúde Viseu Dão Lafões/Hospital S. Teotónio

Introdução: A oxiuriase é uma infeção parasitária intestinal causada pelo parasita *Enterobius vermicularis*, particularmente comum na

infância, frequentemente assintomática, mas que quando sintomática geralmente cursa com prurido anal. Todavia, em raras situações pode afetar o sistema reprodutor feminino manifestando-se como uma vulvovaginite e ocasionalmente granulomas peritoneais e/ou pélvicos. Neste sentido, a vulvovaginite é caracterizada por uma história de prurido vulvovaginal que agrava à noite com períodos de recorrência mesmo após tratamento direcionado. Outros sintomas menos comuns incluem enurese, insónia, anorexia, irritabilidade e dor abdominal que exige a realização do diagnóstico diferencial com apendicite. O diagnóstico geralmente é realizado através da identificação direta de oxiúros na zona anal ou pelo teste do celofane com pesquisa de parasitas microscopicamente. Neste último caso, é aconselhada a pesquisa à noite ou logo pela manhã antes de proceder à higiene, com repetição ao fim de 3 dias para aumentar a sensibilidade do teste.

Descrição de caso clínico: Menina de 8 anos com antecedentes pessoais de rinite alérgica sob corticoterapia que recorre por múltiplas vezes à urgência por queixas de dor vulvovaginal com 18 meses de evolução. Neste contexto, realizou ecografia suprapúbica que não revelou qualquer alteração.

No seguimento do estudo, fez pesquisa de *Enterobius vermicularis* nas fezes que foi positiva, tendo realizado tratamento com albendazol e metronidazol acompanhada de desparasitação de toda a família e animais domésticos.

Todavia, e por persistência de sintomatologia vulvovaginal com períodos de agravamento, foi encaminhada à consulta de Ginecologia e Adolescência. Na consulta, a mãe da jovem referiu ter visualizado estruturas compatíveis com oxiúros na vulva, tendo mesmo em sua posse um vídeo a confirmar a sua presença. Neste enquadramento, repetiu medicação an-

tiparasitária com mebendazol e albendazol. Fez controlo parasitário nas fezes à posteriori, que revelou ser negativo.

Posteriormente e cerca de 5 meses depois, a jovem voltou a ter recorrência dos sintomas vaginais, pelo que foi proposta à utente e família realizar esquema terapêutico prolongado com mebendazol durante 4 meses (1 comprimido 14/14 dias). De momento, a jovem encontra-se sem queixas e com um desenvolvimento psicomotor adequado à sua idade. **Conclusão:** Com este caso, pretende-se enfatizar a importância de enquadrar os sintomas da utente num contexto multissistémico. Na presença de queixas vulvovaginais, principalmente em idade pediátrica, este diagnóstico deve ser sempre considerado apesar de pouco comum, uma vez que pode provocar queixas invalidantes, prolongadas e recorrentes se não tratado adequadamente e exige um seguimento prolongado para avaliar recidiva de infeção.

PO 38

HEMOPERITONEU DE REPETIÇÃO EM IDADE FÉRTIL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Inês Sargaço; Maria Inês Barradas; Inês Taborda Leal; Filipe Nóbrega; Filipa Castro Coelho; Maria Lília Remesso; Luís Miguel Farinha
Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal

Introdução: A dor pélvica aguda é geralmente definida como dor abdominal inferior com menos de 3 meses de evolução. Estima-se que a dor pélvica não menstrual afete mais de um terço das mulheres em idade reprodutiva. Apesar da elevada incidência, a abordagem e o tratamento podem constituir desafios importantes, atendendo à necessidade de considerar vários diagnósticos diferenciais.

Descrição do caso: Jovem de 24 anos, melanodérmica, GOPO, admitida por quadro de dor abdominal de instalação súbita, náuseas e lipotimia. A anamnese revelou anteceden-

tes de laparoscopia diagnóstica há 6 meses por hemoperitoneu atribuída a rotura folicular, sem outros dados de relevo (medicada com contraceptivo oral combinado, que suspendeu). Ao exame objetivo, encontrava-se hipotensa e taquicárdica, com dor difusa à palpação abdominal. A ecografia ginecológica por via vaginal comprovou os achados da TC-AP realizada à admissão, e objetivou útero em ante-versoflexão, endométrio com 8,1 mm; ovário esquerdo sem alterações; área anexial direita com formação heterogénea a rodear o ovário com 66,6 x 48,8 mm; presença de líquido ecogénico 116 x 35 mm, sugestivo de hemoperitoneu (imagem anexa). Após solicitação de estudo analítico (B-hCG < 0,2), tipagem e reserva de unidade de eritrócitos, foi proposta para laparoscopia diagnóstica. Confirmou-se hemoperitoneu e a presença de um aglomerado de coágulos recobrimdo o polo superior do ovário direito, constatando-se rotura da parede ovárica direita compatível com provável rotura folicular/ ovulação. Procedeu-se à coagulação e posterior aspiração de aproximadamente 1,5l de sangue. O facto de se tratar de um segundo episódio motivou discussão multidisciplinar. Neste seguimento, e atendendo à ausência de alterações analíticas a justificar avaliação em contexto de internamento (hemoglobina normal, ligeiro aumento do tempo de protrombina), foi referenciada para consulta de coagulopatias, que aguarda. Alta ao 1º dia, clinicamente bem, medicada com contraceptivo oral combinado.

Conclusão: A dor pélvica em idade fértil pode constituir verdadeiras emergências. Condições ginecológicas comuns incluem rutura de gravidez ectópica, rutura de quisto do ovário, torção ovárica e doença inflamatória pélvica. A rutura de uma gravidez ectópica ou de um quisto ou foliculo do ovário podem condicionar hemorragia intraperitoneal potencialmente grave.

PO 39

O TAMANHO IMPORTA: TROMBOSE VENOSA EXTENSA COMO MANIFESTAÇÃO DE ÚTERO MIOMATOSO GIGANTE

Bárbara Laranjeiro; João Paulo Marques;

Fátima Peralta; Fernanda Águas

CHUC

Introdução: Os miomas são os tumores uterinos benignos mais prevalentes. Apesar da sintomatologia associada ser diversa, miomas subserosos, principalmente se volumosos, condicionam sintomas por compressão de estruturas adjacentes, como sensação de peso pélvico e sintomas urinários ou intestinais, e, em casos raros, podem associar-se a trombose venosa profunda (TVP), por compressão de vasos pélvicos.

Descrição do caso: Doente de 53 anos recorreu à urgência por edema e rubor do membro inferior direito (MID). Antecedentes de TVP do membro inferior esquerdo há 2 anos, medicada com anticoagulante oral. Apresentava abdómen distendido, com exuberante circulação colateral, palpando-se massa dura, a ocupar toda a cavidade abdominal. Apresentava anemia (7g/dL) e ligeira elevação dos parâmetros inflamatórios. A ecografia com estudo doppler do MID revelou trombose venosa (TV) femoral direita total, não se identificando a extremidade superior do referido trombo, e TV ilíaca externa direita total. Avaliada por Cirurgia Vascular, foi internada e iniciou enoxaparina. Para esclarecimento da extensão do trombo e da formação abdominal, realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, que identificou volumosa massa sólida, heterogênea, com 25 cm de diâmetro, de origem mal definida, podendo ter como ponto de partida o útero e que comprimia os grandes vasos retro-peritoneais, com opacificação da veia cava inferior (VCI) e TV ilíaca direita. Realizou, também, ressonância magnética, que confirmou a existência de útero gigante polimiomato-

so, a ocupar a cavidade abdomino-pélvica, condicionando compressão da VCI, com circulação sistêmica colateral compensatória, e a extremidade proximal do trombo na confluência da veia femoral com a veia ilíaca direitas. Foi realizada laparotomia com incisão mediana xifo-púbica: constatado útero gigante, com múltiplos miomas subserosos e intramurais que se estendiam desde o fundo até ao istmo, com exuberantes varicoceles bilateralmente e prega vesicouterina não identificável, com a cúpula vesical suspensa a nível do corpo uterino. Procedeu-se a histerectomia total e anexectomia bilateral, com laceração incidental da bexiga, corrigida intraoperatoriamente. O estudo histológico da peça operatória (6305 gr) confirmou útero com múltiplos leiomiomas volumosos. A doente teve alta ao 6º dia e foi avaliada posteriormente em consulta, com excelente evolução pós-operatória.

Conclusão: A TVP associada a patologia miomatosa é uma consequência rara, que pode ser potencialmente fatal se não for identificada e tratada atempadamente. O exame objetivo e os exames de imagem assumem particular importância, permitindo um adequado diagnóstico e planeamento cirúrgico. Dado os riscos associados e a dificuldade acrescida na realização de histerectomia em úteros volumosos é fundamental a referência para centros terciários, com equipas cirúrgicas experientes.

PO 40

UMA FORMA ATÍPICA DE APRESENTAÇÃO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA – A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Nicoleta Pinzari; Pedro Ceia; Ana Rita Alves; Maria Luis Alves; Cátia Santos; Diana Castanheira; Maria Celeste Castelão; Helena Filipa Machado; Andreia Antunes

ULS- RL

Introdução: A endometriose é uma doença benigna e progressiva, dependente de estrogénios, caracterizada pela presença de tecido en-

dometrial fora da cavidade uterina, originando um processo inflamatório crónico nos órgãos adjacentes aos focos de endometriose. Embora as lesões sejam frequentemente encontradas na pelvis, elas podem afetar diversos órgãos. A endometriose profunda, uma variante específica, envolve a penetração do tecido endometrial até 5 mm abaixo do peritoneu, contribuindo para os sintomas dolorosos associados. Esta doença é prevalente em mulheres em idade reprodutiva. A incidência precisa não é bem estabelecida, devido à variedade de apresentações clínicas e aos desafios diagnósticos. A laparoscopia com confirmação histológica continua sendo o “*gold standart*” para o diagnóstico definitivo de endometriose.

Descrição do caso: Mulher de 36 anos, nuligesta, sem antecedentes pessoais relevantes, que utiliza método contraceptivo de barreira, foi encaminhada para consulta de patologia cervical por apresentar uma lesão vegetante do fundo de saco posterior da vagina com aspeto semelhante a couve-flor, de consistência duro-elástica, indolor ao toque e com aproximadamente 3 cm de diâmetro. Sem outras queixas. Na avaliação ecográfica identificou-se um quisto de 34 x 25 x 35 mm com conteúdo não homogéneo ao nível do ovário direito. Posteriormente, foi submetida a uma colposcopia que não revelou anormalidades, adicionalmente realizou citologia cervical e pesquisa de HPV, ambos com resultados negativos. Foi proposta e aceite a realização de biópsia da lesão cujo resultado histológico foi inconclusivo. O estudo completou-se com a exclusão de presença de marcadores tumorais. Durante um período de 1 ano, a paciente permaneceu assintomática, com resultados histológicos e marcadores tumorais consistentes. Uma reavaliação ecográfica mostrou ovário direito com quisto 36 x 40 x 32 mm, conteúdo heterogéneo reticulado, sugestivo de quisto hemorrágico; ovário esquerdo ocu-

pado por quisto eco-denso homogéneo, avascular medindo 21 x 23 mm sugestivo de endometrioma. Como avaliação complementar foi realizada Ressonância Magnética abdominopélvica que revelou um maciço fibrótico de contornos espiculados na região retro-cervical/retro-uterino, medindo 30 x 44 x 37 mm, que invade o fundo saco posterior da vagina e repuxa os anexos em “*kissing ovary sign*”, compatível com endometriose profunda. Além disso, foi observado um endometrioma no ovário esquerdo de 34 mm de diâmetro.

Conclusão: Os achados clínicos da endometriose são variáveis e inespecíficos, dependendo de vários fatores. O diagnóstico definitivo nem sempre é alcançado, mas os exames de imagem têm-se mostrado cada vez mais eficazes em fornecer evidências sugestivas. Isso não apenas evita abordagens invasivas, mas também possibilita o início de um tratamento adequado.

PO 41

IMPACTO DA OBESIDADE NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS PÓLIPOS ENDOMETRIAIS

Maria Carolina Sousa Simões; Ana Rita Aparício; Vanessa Vieira; Dora Antunes; Maria João Carvalho; Fernanda Águas
ULS Coimbra

Introdução: A obesidade é uma doença crónica, complexa e multifatorial, com um grande impacto na morbimortalidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, trata-se de uma pandemia global, estimando-se uma prevalência de 29% em Portugal. A obesidade representa um fator de risco para o aparecimento de várias comorbilidades, incluindo a patologia endometrial. Embora a sua etiologia e patogénese sejam ainda pouco conhecidas, os pólipos endometriais representam achados ginecológicos frequentes, associando-se a um baixo risco de malignidade. A obesidade

representa um fator de risco para o aparecimento destas lesões, parecendo associar-se a uma maior prevalência de lesões pré-malignas/malignas, no entanto desconhecem-se ainda quais os mecanismos envolvidos nesta associação.

Objetivo: Avaliar o impacto da obesidade no diagnóstico e abordagem terapêutica dos pólipos endometriais.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e comparativo, incluindo as mulheres submetidas a polipectomia no serviço de Ginecologia da ULS de Coimbra entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2022. De acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), foram considerados 2 grupos: obesas (IMC \geq 30Kg/m²) vs. não obesas (IMC < 30Kg/m²). A análise estatística foi realizada através do SPSS v29 ($p < 0,05$).

Resultados: Foram incluídas 161 mulheres, das quais 56 obesas (24,8%) e 105 não obesas (65,2%). A média de idades ($60,8 \pm 12,5$ vs. $55,5 \pm 11,9$), a taxa de multiparidade (83,9% vs. 74,3%) e o status pós-menopausa (76,8% vs. 61,0%) foram superiores no grupo de doentes obesas ($p < 0,05$). Também neste grupo se observou uma maior prevalência de outras comorbilidades concomitantes (80,4% vs. 59,0%, $p < 0,05$). A existência de sintomas foi mais frequente nas doentes obesas (69,6% vs. 53,3%), contudo este resultado não atingiu significado estatístico ($p = 0,06$). A dimensão média do maior pólipo foi também superior nas doentes obesas ($21,3 \pm 12,3$ vs. $17,4 \pm 7,3$, $p < 0,05$). Não se verificaram outras diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao número médio de pólipos ($1,5 \pm 0,8$ vs. $1,5 \pm 0,8$) ou à existência de características histeroscópicas suspeitas de malignidade (7,1% vs. 3,8%), ($p = n.s.$). A técnica cirúrgica utilizada na polipectomia, bem como o local da sua realização (ambulatório/internamento) e o resultado histológico, incluindo hiperplasia atípica e carcinoma, não

diferiram entre ambos os grupos ($p = n.s.$). Não se verificaram diferenças significativas entre doentes obesas vs. não obesas na análise de subgrupos de acordo com o status hormonal (pré e pós-menopausa), ($p = n.s.$).

Conclusão: No nosso estudo, a obesidade pareceu associar-se a um aumento da sintomatologia relacionada com os pólipos endometriais, bem como as suas dimensões. No entanto, e contrariamente ao descrito na literatura, não se verificaram diferenças significativas no que respeita à abordagem terapêutica e risco de malignidade.

PO 42

O DESAFIO DA ABORDAGEM ÀS MASSAS ANEXIAIS

Carolina Canha; Márcia Coimbra; Inês Mesquita; Joana Santos; António Pipa
Hospital de São Teotónio, E.P.E., Viseu

Introdução: As massas anexiais são uma patologia ginecológica frequente, na maioria das vezes benigna. No entanto, a grande preocupação na sua abordagem é conseguirmos excluir a neoplasia do ovário, que apesar de rara, é o cancro ginecológico com maior taxa de mortalidade.

Objetivos: Avaliar os diferentes métodos complementares de diagnóstico (MCDTs) na abordagem das massas anexiais.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, incluindo 81 mulheres submetidas a cirurgia ginecológica por massa anexial, no serviço de Ginecologia de um hospital nível II, no ano de 2022. Foram analisados os MCDTs realizados: ecografia transvaginal, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RMN), ROMA e CA125. A análise estatística foi realizada através do programa STATA17, para um valor de $p < 0,05$ estatisticamente significativo.

Resultados: Das 81 mulheres incluídas neste estudo, 52% apresentavam-se na pré-me-

nopausa e 48% na pós-menopausa, sendo a idade média de 52 anos.

Os diagnósticos histológicos mais frequentes foram de cistadenoma seroso e teratoma maduro cístico, correspondendo a 23% (n = 19) dos casos cada. O diagnóstico de malignidade verificou-se em 11 casos (13.6%).

Na avaliação ecográfica, foram aplicadas as *simple rules* do IOTA para caracterização das massas: 64% apresentavam características de benignidade, 10% de malignidade e 22% eram inconclusivas. Foi realizada TC ou RMN após avaliação ecográfica em 35% dos casos, nomeadamente em 63% das massas caracterizadas como malignas, em 22% das inconclusivas e em 38% das benignas.

Verificou-se que as *simple rules*, ROMA e CA-125 apresentavam especificidade de 92.3%, 91.7% e 98.4%, e sensibilidade de 50.0%, 30.0% e 36.3%, respetivamente. Quanto aos valores preditivos positivos (VPP) estes foram de 50.0%, 37.5% e 80.0% e os negativos (VPN) de 92.3%, 88.7% e 89.9%, respetivamente. A presença de malignidade relacionou-se com positividade para estes testes ($p = 0.001$, $p = 0.046$, $p < 0.000$, respetivamente). Foi realizada TC ou RMN em 100% dos casos com ROMA positivo ($p < 0.000$).

A maioria das cirurgias ocorreram por abordagem laparoscópica (54%).

Conclusões: Face à especificidade e VPN das *simple rules*, a sua negatividade permite-nos uma abordagem expectante com maior segurança. O valor de CA-125 apresenta uma maior sensibilidade e especificidade quando comparado com o ROMA, pelo que poderá ponderar-se o seu uso de forma isolada.

PO 43

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DA VAGINA (VAIN) – UMA NOVA REALIDADE

Inês Gil Dos Santos¹; Margarida Cordoeiro²; Marta Campos³; Cristina Tavares¹; Maria João Carinhas¹

¹Maternidade Júlio Dinis; ²Unidade local de Saúde Viseu Dão Lafões/Hospital S. Teotónio; ³Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Introdução: O diagnóstico de neoplasia intraepitelial da vagina (VaIN) tem vindo a aumentar, como resultado do uso sistematizado da colposcopia e da implementação do rastreio para a presença de vírus do papiloma humano (HPV). A VaIN é um diagnóstico raro, com uma incidência estimada de 0,2 casos / 100 000 mulheres. A idade média ao diagnóstico encontra-se entre os 43-60 anos. Entre os fatores de risco encontra-se o antecedente de histerectomia por neoplasia intraepitelial cervical (CIN) de alto grau, pelo que doentes que desenvolvem VaIN pouco tempo após cirurgia por CIN podem apresentar extensão vaginal da doença cervical que não foi detetada e tratada. As mulheres encontram-se, normalmente, assintomáticas, e a maioria dos diagnósticos é feita em exames de rotina. Devido à sua raridade, a história natural da doença não foi ainda completamente caracterizada. No entanto, estudos retrospectivos sugerem que 2-8% dos casos vêm a progredir para carcinoma invasor da vagina.

Apresentamos um caso de VaIN com seguimento ao longo de 10 anos.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de uma mulher de 62 anos, com antecedentes de histerectomia total aos 30 anos por hemorragia uterina anómala em contexto de fibromiomas uterinos. Foi inicialmente referenciada à consulta de patologia do colo da nossa instituição por persistência histológica de VaIN2 em biópsia vaginal em 2019 (previamente com VaIN1 desde 2011, até surgimento de VaIN2

em 2016), tendo sido submetida a exérese da lesão com LASER, tendo o estudo anatomopatológico da peça revelado presença de VaIN2/3. A doente manteve vigilância em consulta, tendo realizado citologia, teste HPV e vaginoscopia em timing apropriado (com citologia NILM e posteriormente ASCUS, e HPV AR positivo para outros, que negatizou em 2022). Voltou a realizar biópsia vaginal com achados de VaIN1 em 2022.

Dados os achados e história clínica, a utente foi orientada para manutenção de seguimento no hospital da área de residência.

Conclusão: Devido à sua raridade, a história natural da doença não foi ainda completamente caracterizada, no entanto, devido à evolução científica e tecnológica na área da patologia do colo e do trato genital inferior, tem sido cada vez maior a taxa diagnóstica. O follow-up é realizado normalmente ao longo de vários anos, devido ao risco de recorrência das lesões, e o risco de progressão para carcinoma invasor é ~2-8%.

PO 44

MIOMAS INTRAMURAIS: FATORES PREDITIVOS DE DESFECHOS REPRODUTIVOS

Catarina Cabral Soares¹; Ana Rita Alves²; Manuel Fonseca³; Maria João Carvalho³; Fernanda Águas³

¹Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha; ²Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; ³Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O papel da miomectomia na melhoria dos resultados reprodutivos ainda é controverso, sobretudo nos miomas intramurais. No contexto de PMA, a miomectomia está reservada para situações específicas.

Objetivo: Avaliar o impacto da miomectomia por via abdominal nos desfechos reprodutivos.

Métodos e materiais: Estudo *coorte* retros-

petivo, incluindo mulheres submetidas a miomectomia num hospital terciário entre 2013 e abril de 2023.

Foi realizada uma análise comparativa de fatores demográficos, clínicos e cirúrgicos consoante o diagnóstico de gravidez clínica após cirurgia. Posteriormente, realizou-se uma subanálise considerando apenas miomas intramurais.

Resultados: No referido período, 252 mulheres foram submetidas a miomectomia por via abdominal, das quais 149 (59,1%) manifestavam desejo de gravidez posterior.

A média de idade foi $35,6 \pm 4,7$ anos [25;54], 82,6% eram nulíparas e 44,3% tinham história de infertilidade.

A média do diâmetro do maior mioma no estudo imagiológico pré-operatório foi $63,8 \pm 25$ mm [10;165].

Em 20,8% (n = 31) dos casos, a miomectomia foi realizada por laparoscopia, em 53,7% (n = 80) foi realizada miomectomia múltipla e houve entrada na cavidade endometrial em 10,1% (n = 15) dos casos.

Nesta amostra, 78 (52,3%) mulheres engravidaram posteriormente à cirurgia, tendo este grupo uma média de idade à data da cirurgia significativamente inferior das que não engravidaram ($34,2 \pm 4,4$ vs $37,0 \pm 4,7$ anos; $P < 0,001$).

A taxa de gravidez foi influenciada por miomectomia de mioma intramural (48,7% vs 29,6%; $P = 0,017$), ao contrário da remoção de mioma subseroso (42,3% vs 60,6%; $P = 0,026$).

Considerando as 68 mulheres submetidas a miomectomia por mioma intramural, 43 (63,2%) engravidaram, das quais 10 após técnicas de PMA.

Destaca-se maior frequência de mulheres com história de infertilidade no grupo sem gravidez após miomectomia por mioma intramural (41,9% vs 72%; $P = 0,016$).

Não se verificou diferença significativa na taxa

de gravidez das miomectomias por mioma intramural considerando idade, diâmetro do maior mioma, técnica cirúrgica, número de miomas removidos ou entrada na cavidade endometrial. Concluindo, a idade, história de infertilidade e localização do mioma foram os fatores com maior influência nos desfechos reprodutivos após miomectomia.

A remoção de miomas intramurais parece estar associada a uma taxa de gravidez significativamente maior em comparação com os subserosos. No caso dos miomas intramurais, para além dos antecedentes de infertilidade, não foi possível determinar outros fatores preditivos dos desfechos reprodutivos, nomeadamente a dimensão do mioma.

A técnica cirúrgica e a entrada na cavidade endometrial não se relacionaram com maior frequência de gravidez.

São precisos mais estudos para identificar as mulheres que mais beneficiam de miomectomia para melhoria da fertilidade.

PO 45

CARCINOMA PRIMÁRIO DA TROMPA – UM DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO RARO

Ena Virga¹; Daniela Encarnação¹;
Kristina Hunderova²; Marcella Veras¹; Virgílio Flor¹;
Fernando Guerreiro¹

¹Unidade Local de Saúde do Algarve/Hospital de Portimão; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O carcinoma primário da trompa é um tumor ginecológico raro que se assemelha clinicamente e histologicamente ao tumor epitelial do ovário. A clínica inespecífica condiciona muitas vezes um pior prognóstico pelo atraso no tratamento, mas uma investigação imediata pode levar a um diagnóstico correto, ainda numa fase inicial. O tratamento cirúrgico e quimioterápico é similar ao tumor do ovário, mas o prognóstico do carcinoma primário da trompa pode ser melhor compa-

rativamente a este outro, por tendencialmente ser diagnosticado num período mais precoce.

Descrição do caso: Mulher de 65 anos, IO: 1001 - 1 parto eutócico, menopausa aos 57 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, foi enviada à consulta de ginecologia por presença de massas anexiais diagnosticadas em regime privado. Referia apenas um desconforto pélvico inespecífico, tendo procurado atendimento médico por antecedentes familiares (irmã) de cancro do colo do útero e cancro do pulmão.

A ecografia transvaginal identificou na região anexial direita e retrouterina uma lesão unilocular sólida e alongada, de mobilidade reduzida, com 80 x 33 x 74 mm, de paredes irregulares, e conteúdo em vidro fosco, sem sombras acústicas. A lesão continha no seu interior três projeções papilares, a maior com 16x13x14 mm (doppler score de 2). Avaliação ADNEX model: - Risco de benignidade: 72.3% - Risco de malignidade: 27.7%. Realizou RM pélvica que revelou hematossalpinge bilateral, com presença de componentes sólidos no interior da trompa direita, que demonstravam realce. Havia maior visibilidade nas sequências de subtração, tratando-se de um realce progressivo, não hipervascular, com provável presença de coágulos adjacentes que demonstram restrição à difusão. Documentando-se então que as duas áreas com realce correspondem a dois focos polipóides com cerca de 14 e 13 mm, fazendo suspeitar de processo neofornativo com ponto de partida na trompa. Os gânglios identificados na cavidade pélvica e a nível para-aórtico abrangido não tinham critérios dimensionais patológicos. Os marcadores tumorais CA 125, CEA e CA 19.9 encontravam-se dentro da normalidade.

A doente foi submetida a histerectomia total abdominal + anexectomia bilateral + linfadenectomia pélvica bilateral e lomboarética

+ omentectomia e biópsias peritoneais. O resultado histopatológico revelou carcinoma seroso de alto grau da trompa direita com envolvimento da superfície da serosa, sem invasão linfovascular, T1b N0, FIGO IB. Foi proposta em consulta multidisciplinar para quimioterapia adjuvante com Carboplatino + Paclitaxel, com boa tolerância até o momento. **Conclusão:** O caso clínico apresentado demonstra a importância do diagnóstico imagiológico precoce do carcinoma primário da trompa. Numa mulher pós-menopausa, este tipo de tumor ginecológico raro tem de ser levado em conta como diagnóstico diferencial no caso de uma massa anexial.

PO 46

MIOMAS OUTSIDE THE BOX

Sara Paiva¹; Daniela David²; Joana Oliveira²; Maria João Carvalho²; João Paulo Marques²; Teresa Rebelo²; Fernanda Águas²

¹Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães;

²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Estima-se que os miomas sejam os tumores pélvicos mais comuns na mulher em idade fértil, surgindo predominantemente no corpo uterino. Em raros casos, podem localizar-se na vagina ou no cérvix, sobretudo no compartimento anterior. Nestes, a sintomatologia é variável, podendo ser assintomáticos ou associar-se a desconforto pélvico e/ou vaginal, dispareunia ou queixas urinárias. O diagnóstico e caracterização da lesão são realizados por ecografia transvaginal (TV) e/ou ressonância magnética (RM) pélvica. O prognóstico é favorável, sendo o tratamento de eleição, nos casos sintomáticos, a exérese cirúrgica. O tipo de intervenção e a via de abordagem (vaginal ou abdominal) dependem do tamanho, localização e extensão do mioma e do plano reprodutivo da mulher.

Descrição dos casos: Entre outubro de 2023

e abril de 2024, foram referenciadas para o serviço de Ginecologia da Unidade Local de Saúde de Coimbra 4 mulheres por massas vaginais, que se revelaram miomas. À exceção do caso 4, todas referiam desconforto vaginal.

Caso 1: 63 anos, com sensação de ocupação da vagina. Objetivado abaulamento da parede anterior, de consistência duroelástica, ocupando todo o compartimento anterior da vagina. A ecografia TV e a RM pélvica confirmaram a presença de formação nodular (90 x 63 x 79 mm) sem relação com o corpo uterino. A doente foi submetida a histerectomia total e anexectomia bilateral laparoscópicas e a miomectomia por via vaginal.

Caso 2: 42 anos e antecedentes de HPV de alto risco. Durante a colposcopia identificou-se formação nodular no lábio anterior do colo, muito vascularizada e dolorosa ao toque. Na ecografia TV não foi possível excluir a malignidade da lesão (28 x 23 x 21 mm). A doente foi submetida a miomectomia por via vaginal.

Caso 3: 43 anos, com dispareunia e incontinência urinária de esforço. Objetivado abaulamento da parede anterior da vagina, nodular, de consistência fibroelástica. A RM pélvica e ecografia TV revelaram mioma na parede anterior da vagina com 36 mm de maior eixo, tendo sido excluída invasão uretral.

Caso 4: 46 anos, assintomática. Palpação de formação endurecida no 1/3 superior da vagina, à esquerda. A ecografia TV revelou formação arredondada e bem delimitada (29 x 26 x 23 mm), à esquerda do colo, com um eixo vascular na sua direção, sugerindo mioma cervical.

As intervenções cirúrgicas e respetivos pós-operatórios decorreram sem incidentes, com melhoria clínica franca e resultados histológicos concordantes com leiomioma. O caso 3 foi proposto para miomectomia vaginal e o caso 4 aguarda consulta de decisão terapêutica.

Conclusão: O diagnóstico de miomas em

localização atípica é desafiante pela sua raridade e a sua exérese pode ser complexa pelo risco hemorrágico e de lesão de órgãos adjacentes associado à eventual distorção anatômica, exigindo destreza cirúrgica. Apesar da via de abordagem não ser consensual, é evidente o benefício do tratamento cirúrgico nos casos sintomáticos.

PO 47

MELANOMA VULVAR – UM DIAGNÓSTICO MUITAS VEZES TARDIO

Joana Figueiredo¹; Catarina Soares¹; Inês Peralta¹; Teresa Vasconcelos¹; Catarina Vasconcelos²; Sandra Valdoleiros¹; Vera Oliveira¹; Angela Marques¹
¹Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha; ²Hospital CUF Torres Vedras

Introdução: O melanoma maligno vulvar é uma entidade rara que representa 5% de todas as neoplasias vulvares e 1% de todos os melanomas. Apresenta uma taxa de sobrevida aos 5 anos de 47% e uma elevada taxa de recorrência e metastização, para além de diminuir significativamente a qualidade de vida dos doentes. Tem como manifestações mais frequentes prurido, hemorragia vaginal, corrimento, dispareunia e sensação de massa vulvar. O diagnóstico de melanoma vulvar é muitas vezes atrasado devido à sua localização e sintomas frustes.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 65 anos, saudável, pós-menopáusicas, que recorreu ao serviço de Urgência devido a uma massa vulvar com mais de 2 meses de evolução e ulceração recente. A doente negava outras queixas, incluindo dor ou hemorragia.

Ao exame objetivo verificou-se a presença de uma tumefação sólida e heterogénea ao nível do clítoris com cerca de 5cm. Esta massa apresentava zonas hiperpigmentadas irregulares e era móvel em relação a planos profundos. Restante exame objetivo sem alterações. Foi realizada biópsia da massa com recurso a

patch no serviço de Urgência, tendo o resultado anatomopatológico revelado melanoma maligno com invasão linfovascular.

A doente foi conseqüentemente referenciada para um hospital diferenciado em patologia oncológica e foi submetida a excisão radical da lesão vulvar (vulvectomia) e biópsia de gânglio sentinela bilateral. Por presença de metástase ganglionar foi posteriormente submetida a linfadenectomia inguinal direita e iniciou também quimioterapia. As cirurgias decorreram sem intercorrências e a peça operatória tinha margens livres.

No entanto, cerca de 6 meses após a primeira cirurgia verificou-se um agravamento do estado geral da doente com astenia e perda ponderal. A PET nessa altura revelou metástases ganglionares, hepáticas, peritoneais multifocais, intestinais, uterinas e ósseas.

A doente acabou por falecer 21 meses após o diagnóstico.

Conclusão: O melanoma vulvar é uma patologia rara cujo prognóstico pode ser influenciado por um diagnóstico atempado. É importante que as mulheres procedam à sua auto-observação para que detetem precocemente qualquer alteração e que seja realizado um exame vulvovaginal cuidadoso em cada observação médica. Sempre que houver lesões vulvovaginais suspeitas estas devem ser biopsadas o mais precoce possível para assim permitir a orientação adequada.

PO 48

ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL ASSINTOMÁTICO NA PÓS-MENOPAUSA

Andreia Mota de Sousa; Fabiana Castro; Sílvia Torres; Isabel Meireles; Conceição Nunes; Cristina Oliveira

Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

Introdução: A ecografia transvaginal constitui uma ferramenta importante no estudo do endométrio, permitindo o rastreio da patologia

endometrial pré-maligna/maligna. Em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas, não é consensual a espessura endometrial a partir da qual devem ser realizados estudos adicionais para exclusão destas patologias.

Objetivo: Determinar a espessura endometrial que se associa ao aumento do risco de patologia endometrial pré-maligna/maligna em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas.

Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo que incluiu todas as mulheres na pós-menopausa com espessamento endometrial assintomático (≥ 5 mm), submetidas a histeroscopia diagnóstica/cirúrgica em office, durante os primeiros 4 meses do presente ano.

Resultados: Durante o período em estudo, foram realizadas 320 histeroscopias em regime office. Em 88 dos casos o motivo da sua realização foi a presença de espessamento endometrial assintomático na pós-menopausa. Destes, 14 foram excluídos por não estar disponível informação ecográfica das dimensões do espessamento endometrial. Das mulheres que cumpriram os critérios de inclusão ($n = 74$), a média da idade foi de 63,9 anos, o IMC médio de 29,42kg/m² [21,61 – 40,37] e a idade média da menopausa de 50 anos. A nuliparidade foi um fator de risco em 8,1% das mulheres estudadas e a comorbilidade mais prevalente foi a hipertensão arterial (48,6%), seguida da dislipidemia (39,2%) e da diabetes mellitus (16,2%). Quatro casos apresentavam antecedente pessoal de cancro da mama tratado com inibidores da aromatase, e um caso de Síndrome de Lynch.

O espessamento endometrial das mulheres estudadas encontrava-se entre os 5-10 mm em 67,6% ($n = 50$) dos casos, entre 11–14 mm em 18,9% ($n = 14$) e ≥ 15 mm em 13,5% dos casos ($n = 10$). A patologia pré-maligna/pré-maligna foi diagnosticada em 3 casos (4,05%): 1 caso com hiperplasia sem atipia, 1 caso de hiperplasia com atipia e 1 caso de

cancro endometrióide G1, sendo o espessamento endometrial em todos os casos ≥ 15 mm. Nos restantes casos, o diagnóstico mais comum foi de pólipo endometrial (70,3%).

Conclusões: A determinação de um *cut-off* consensual para o estudo endometrial em mulheres pós-menopausa assintomática é de extrema importância para a redução de estudos adicionais desnecessários de forma segura e sem redução da acurácia diagnóstica. No presente estudo, a espessura endometrial associada a patologia pré-maligna/maligna em mulheres pós-menopausa assintomáticas foi de ≥ 15 mm. No entanto, é necessário alargar a amostra em estudo para permitir conclusões mais robustas.

PO 49

OOFORITE XANTOGRANULOMATOSA: UM DIAGNÓSTICO RARO E DESAFIANTE

Daniela Oliveira Albuquerque¹; Catarina Neves²; Daniela David¹; Eduardo Baptista¹; Ângela Rodrigues¹; Maria João Carvalho¹; Maria Fernanda Águas¹

¹ULS Coimbra; ²Unidade Local de Saúde do Algarve/ Hospital de Portimão

Introdução: A ooforite xantogranulomatosa é uma forma rara de inflamação xantogranulomatosa (< 50 casos descritos) caracterizada pela existência de um infiltrado inflamatório de linfócitos, plasmócitos, macrófagos, células gigantes multinucleadas e neutrófilos, que provoca destruição tecidual focal ou generalizada. De etiologia desconhecida, é mais comum em mulheres em idade reprodutiva.

A doença inflamatória pélvica, o uso de DIU, a endometriose e o consumo inadequado de antibióticos foram identificados como fatores predisponentes.

Descrição do caso: Doente de 32 anos, sem antecedentes patológicos de relevo. Familiar de 1º grau com antecedentes de carcinoma do ovário.

Referenciada para consulta de Ginecologia após detecção ecográfica de quisto anexial esquerdo com 57 mm, 3 meses após parto vaginal sem intercorrências ou complicações infecciosas.

Apresentava queixas de dismenorreia ligeira e oligomenorreia e não utilizava contraceção hormonal. Ausência de febre. Foi realizada ecografia transvaginal que revelou 2 formações quísticas uniloculares do ovário esquerdo (OE), a maior com 65 mm, sugestivas de endometriomas típicos e sinais de endometriose profunda (torus uterino, ligamentos útero-sagrados e parede anterior do retossigmoide). Doseamento CA-125 de 112U/mL. O estudo foi complementado com RM pélvica que revelou “formação expansiva no OE com 104 x 78 x 85 mm, de conteúdo heterogéneo (líquido e sólido), não favorecendo hipótese de endometrioma. Lesão suspeita ORADS-5. Nóculo sugestivo de implante peritoneal. Focos de endometriose no torus e ligamentos útero-sagrados. Espessamento da parede anterior do reto e junção retossigmoideia. Gânglios borderline na cadeia ilíaca externa esquerda e paramétrio esquerdo.”

Dada a suspeita de malignidade e a discordância entre os exames complementares de diagnóstico, foi proposta laparotomia exploradora com estudo extemporâneo, tendo-se encontrado massa anexial com 100 mm, de conteúdo purulento, sem vascularização, aderente à parede do reto, goteira parietocólica e apêndice. Peritoneu e omento sem alterações, tendo sido realizada anexectomia esquerda e apendicectomia. O estudo histológico da massa anexial foi compatível com ooforite xantogranulomatosa e o estudo microbiológico foi positivo para *E. coli* ESBL+ e *Streptococcus anginosus*, pelo que realizou antibioterapia com piperacilina/tazobactam durante 14 dias.

Manteve seguimento na consulta, encontrando-se assintomática sob drospironona em

contínuo.

Conclusão: A ooforite xantogranulomatosa é um diagnóstico raro e desafiante, que se apresenta como uma massa anexial, imagiologicamente sugestiva de malignidade, que pode invadir estruturas adjacentes e associar-se a aumento do CA 125.

PO 50

FATORES PREDITIVOS DE LAQUEAÇÃO TUBAR BILATERAL

Lisandra Mendonça; Carolina Canha; Inês Mesquita; António Pipa; Ana Sousa

Unidade local de Saúde Viseu Dão Lafões/Hospital S. Teotónio

Introdução: A laqueação tubar bilateral (LTB) é o método mais utilizado para contraceção definitiva a nível mundial. A literatura revela uma variação no seu uso entre 8.1% e 22,3% das mulheres nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, respetivamente. Trata-se de um método muito eficaz que pode ser realizado maioritariamente por laparoscopia ou laparotomia.

Objetivos: Comparar as características epidemiológicas, clínicas, cirúrgicas e pós cirúrgicas entre mulheres submetidas a LTB laparotómica e laparoscópica bem como averiguar as técnicas cirúrgicas utilizadas em cada via de abordagem.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo para o qual foram consultados os processos clínicos de todas as mulheres que realizaram LTB entre 1 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2021. As mulheres foram incluídas em 2 grupos com base na via de abordagem cirúrgica adotada: laparoscopia vs laparotomia. A análise estatística foi realizada com recurso à plataforma IBM SPSS® v 22.0. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

Resultados: No período de estudo, um total de 210 mulheres foram submetidas a LTB, sendo

que a maioria foi por laparoscopia (51.4% vs 48.6%). Neste último grupo, a maioria (99%) das LTB foram realizadas no mesmo tempo operatória que a cesariana, sendo que a decisão da via de abordagem esteve exclusivamente dependente da indicação da cesariana e não das características da amostra populacional. Analisando e comparando cada característica entre os dois grupos é possível verificar que no que diz respeito à média de idades (38.4 ± 4.7 vs 37.9 ± 0.5 anos), aos antecedentes pessoais médicos, à paridade (multiparidade 50% vs 48.5%), interrupções voluntárias da gravidez prévias (4.3% vs 2.9%) e hábitos tabágicos (6.1% vs 6.7%) não houve uma diferença estatisticamente significativa entre grupos, o que contrariamente não aconteceu com o índice de massa corporal (28.1 ± 4.6 vs 31.7 ± 6.0 Kg/m², $p < 0.001$), cirurgias abdominais prévias (15.7% vs 37.4%, $P < 0.001$) e contraceção prévia utilizada cujas diferenças foram estatisticamente significativas entre grupos. Relativamente à Laparotomia foi possível constatar que a técnica preferencialmente utilizada foi a de Parkland (71.6%). No que concerne ao período pós-operatório, houve uma diferença estatisticamente significativa nos dias de internamento ($< 1 \pm 0.3$ dia vs 4.3 ± 1.9 dias, $p < 0.001$) com uma duração inferior a um dia nas mulheres submetidas a laparoscopia. Por outro lado, não houve uma diferença estatisticamente significativa entre grupos nas complicações pós-operatórias nem em taxas de falha de método, sendo esta última nula em ambos os grupos.

Conclusões: Em suma, foi possível confirmar que a LTB laparoscópica e laparotômica são eficazes e que a abordagem laparoscópica é segura e apresenta baixas taxas de complicações associadas e tempo de internamento reduzido.

PO 51

ALÉM DA PUBERDADE – EXPLORANDO A PATOLOGIA MAMÁRIA NA ADOLESCÊNCIA

Catarina Cabral Soares¹; Ana Rita Alves²; Andreia Gaspar³; Ângela Rodrigues⁴; Joana Belo⁵; Fernanda Geraldês⁵; Fernanda Águas⁵

¹Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha; ²Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; ³Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ⁴Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra; ⁵Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O desenvolvimento mamário é um importante marco na transição para idade adulta. A maioria das anomalias mamárias na adolescência são benignas. No entanto, podem ser motivo de preocupação para a adolescente e pais, pelo receio de malignidade e pela influência na sua autoestima e autoimagem.

Objetivos: Descrição e análise crítica da conduta e desfechos clínicos de patologia mamária na adolescência.

Material e métodos: Estudo descritivo retrospectivo, incluindo adolescentes referenciadas à consulta de Ginecologia de um hospital pediátrico terciário por suspeita de patologia mamária entre 01/06/2011 e 31/12/2023.

Resultados e conclusões: Das 3025 adolescentes referenciadas à consulta de Ginecologia no referido período, 214 (7%) apresentavam queixas mamárias, nomeadamente nódulos palpáveis (119), mastalgia (24), anomalias do tamanho e simetria (34) ou patologia inflamatória (14). Foi confirmada presença de patologia mamária em 145 (67,8%), as quais foram incluídas no estudo.

As 145 adolescentes encontravam-se no período pós-menarca, com média de idade de 15,3 anos e 31% eram utilizadoras de contraceção hormonal.

Entre os 96 casos confirmados de presença de massas mamárias, os diagnósticos mais

frequentes foram fibroadenoma e patologia fibroquística. A abordagem inicial foi majoritariamente conservadora, através de vigilância clínica e ecográfica. Foi realizada biópsia em 9 casos (10,4%). Houve indicação para excisão do nódulo mamário em 44 casos, por alterações histológicas da biópsia, dimensão e crescimento da massa, sintomas associados e ansiedade. O estudo histológico correspondeu na sua maioria a fibroadenomas mamários (39), identificando-se também 2 tumores filóides, 2 adenomas tubulares e um caso de adenose esclerosante.

Das 30 adolescentes com diagnóstico de anomalias do tamanho e simetria, 11 (36,7%) foram propostas para cirurgia de simetrização após desenvolvimento pubertário completo.

Nos 11 casos de mastite, a conduta incluiu antibioterapia e vigilância, não se verificando complicações ou recidivas.

Os casos de corrimento mamilar relacionaram-se com hiperprolactinemia ou ectasia ductal. Não se verificaram casos de malignidade.

Nódulos e as assimetrias mamárias são as patologias mamárias mais frequentes na adolescência. Na maioria dos casos foi recomendada vigilância clínica e ecográfica. A abordagem deve ser sobretudo conservadora, uma vez que a malignidade é extremamente rara nesta faixa etária.

PO 52

HIMENOTOMIA COM LASER CO2 – UM CASO COM HÍMEN MICROPERFORADO

Catarina Marçal Silva¹; Filipa Osório²; Filipa Ribeiro²

¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²Hospital da Luz Lisboa

O hímen microperforado é uma anomalia congénita do hímen. Esta patologia pode cursar com um corrimento fétido por retenção parcial do fluxo menstrual, incapacidade de colocar/remover tampões ou de iniciar relações sexuais com penetração. O tratamento cirúrgico mais comum é realizado com uma inci-

ção cruciforme do hímen com energia bipolar. No entanto a utilização de laser CO2 permite uma incisão mais precisa, com menos fibrose e dor pós-operatória. O vídeo demonstra uma himenotomia com laser CO2 numa mulher de 21 anos com um hímen microperforado, sem outras malformações associadas.

ORGANIZAÇÃO



MAJOR SPONSOR



SPONSORS

SECRETARIADO



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

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS