

205ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Ginecologia *Oncológica*

HF Ipanema Park, Porto

17 e 18 janeiro de 2025

Programa
Program



CURSOS PRÉ-REUNIÃO

08:30h Abertura de Secretariado | *Opening of registration desk*

09:00-13:00h **CURSO 1** | *COURSE 1*

O papel da ecografia na Ginecologia Oncológica | *The role of ultrasound in Gynecological Oncology*

Organização: Núcleo de Ecografia da SPG

Organization: Ultrasound Group of the SPG

09:00-09:15h **Introdução** | *Introduction*

Ana Sofia Fernandes

09:15-09:45h **Carcinoma endometrial e avaliação da sua disseminação loco-regional**

Endometrial carcinoma and evaluation of its loco-regional spread

Marina Gomes

09:45-10:05h **Tumores do músculo liso uterino** | *Uterine smooth muscle tumors*

Dusan Djokovic

10:05-10:30h **Cancro do colo do útero e avaliação da sua disseminação loco-regional**

Cervical cancer and evaluation of its loco-regional spread

Elena Teodorico 

10:30-11:00h Coffee break

11:00-11:20h **Diagnóstico diferencial de massas anexiais** | *Differential diagnosis of adnexal masses*

Inês Reis

11:20-11:40h **Avaliação ecográfica da disseminação intra-abdominal do cancro do ovário**

Ultrasound evaluation of intra-abdominal spread of ovarian cancer

Patrícia Pinto

11:40-12:10h **Ecografia intraoperatória** | *Intraoperative ultrasound*

Srdjan Saso 

12:10-12:30h **Procedimentos diagnósticos guiados por ecografia em Oncologia Ginecológica**

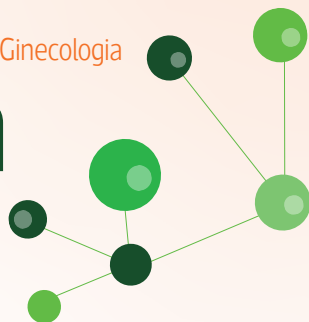
Ultrasound-guided diagnostic procedures in Gynecological Oncology

Sofia Raposo

12:30-13:00h **Conceito do cirurgião-ecografista – Conclusões do curso** | *Concept of the surgeon-ultrasonographer – Course conclusions*

Dusan Djokovic, Geraldina Castro & Ana Sofia Fernandes

Ginecologia *Oncológica*



09:00-13:00h **CURSO 4 | COURSE 4**

Anatomia, variações e complicações | Anatomy, variations and complications

Organização: Secção de Ginecologia Oncológica da SPG

Organization: Gynecological Oncology Section of the SPG

09:00-09:30h **Espaços retroperitoneais/paramétrios | Retroperitoneal spaces/parametria**

Mónica Pires

09:30-10:00h **Nervos | Nerves**

Paulo Aldinhas

10:00-10:30h **Coffee break**

10:30-11:00h **Gânglio sentinela | Sentinel lymph node**

Cláudia Andrade

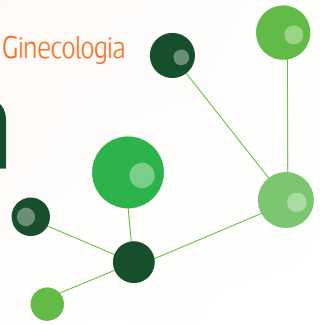
11:00-11:30h **Vasos e Linfadenectomias | Vessels and lymphadenectomies**

Hugo Gaspar

11:00-11:30h **Ureter, uretra, vulva e suas relações | Ureter, urethra, vulva, and their relations**

Lúcia Correia

Ginecologia Oncológica



PROGRAMA

Sexta-feira, 17 de janeiro de 2025 | Friday, January 17th, 2025

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

14:00-14:30h **SESSÃO DE ABERTURA** | **OPENING SESSION**
Fátima Faustino, Henrique Nabais & Cristina Frutuoso

14:30-15:30h **MESA-REDONDA 1** | **ROUND TABLE 1**
Highlights dos consensos

15:30-16:00h **SIMPÓSIO 1** | **SYMPOSIUM 1** 
A era da imuno-oncologia: Impacto no tratamento em 1L do cancro do endométrio avançado ou recorrente
The era of immuno-oncology: Impact on first-line treatment of advanced or recurrent endometrial cancer
Cristiana Marques & Gonçalo Fernandes

16:00-16:30h Coffee break
Apresentação de Posters | *Poster Session*
POA 02 - POA 04
Moderadoras | *Chairs:* Alexandra Pregal & Cláudia Andrade

16:30-18:00h **MESA-REDONDA 2** | **ROUND TABLE 2**
Cancro do colo do útero | *Cervical cancer*
Moderadoras | *Chairs:* Vanda Patrício, Luísa Carvalho & Susana Sousa
Carcinoma do colo do útero de baixo risco precoce – O novo standard of care | *Early stage cervical cancer of low risk – The new standard of care*
Mariana Vide
Cirurgia minimamente invasiva – Quando e como? | *Minimally invasive surgery – When and how?*
Hugo Gaspar
Avanços no tratamento sistémico no carcinoma do colo uterino localmente avançado | *Advances in the systemic treatment of locally advanced cervical cancer*
Filipa Silva
Novos desafios na era da RT “conformacional” | *New challenges in conformal radiation therapy*
Inês Góis 

18:00–19:00h

COMUNICAÇÕES LIVRES | ORAL COMMUNICATIONS

Moderadoras | *Chairs*: Alexandra Pregal & Teresa Diniz da Costa

CO 01 ESTUDO PROSPETIVO: O MÉTODO OSNA® NA DETECÇÃO DE METÁSTASES GANGLIONARES NO CANCRO ENDOMETRIAL

Daniela Melo; Cláudia Andrade; Guilherme Fontinha; Ana Melo Gomes; Rui Almeida; Cristina Frutuoso

CO 02 TUMORES BORDERLINE DO OVÁRIO: 12 ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM CENTRO TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA – IPO-PORTO

Paulina Costa; Andreia Martins; Marina Gomes; João Costa; Carla Bartosch; Vanda Patrício

CO 03 ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO VS CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DO ENDOMÉTRIO

Francisca Pinho Silva; Catarina Paulo-De-Sousa; Isabel Lobo Antunes; Anabela Colaço; Ana Rodrigues

CO 04 CANCRO DO COLO ÚTERO T1B2 VALE A PENA OPERAR? 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM CENTRO ONCOLÓGICO NACIONAL

Daniel Oliveira Silva; Vera Sousa; Lúcia Correia; Margarida Bernardino

CO 05 BIÓPSIA DE GÂNGLIO SENTINELA NA CICATRIZ DE CARCINOMA DA VULVA – É EXEQUÍVEL E SEGURO?

Mariana Teves; Vera Veiga; Mariana Ormonde; António Gomes; Ana Francisca Jorge; Lúcia Correia

CO 06 IMPACTO DA CIRURGIA REDUTORA DE RISCO NO CANCRO DO OVÁRIO EM MULHERES BRCA-MUT COM CANCRO DE MAMA

Pedro Antunes Meireles; Sofia Fragoso; Paula Rodrigues; Berta Lopez; Lúcia Correia; Beatriz Mira; Ana Luís; Isália Miguel; Fátima Vaz

V 01 ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DE RECIDIVA DE NEOPLASIA DO ENDOMÉTRIO

Vanessa Vieira; Ana Português Duarte; Teresa Rebelo; Cristina Frutuoso; Cláudia Andrade

V 02 BIÓPSIA DE GÂNGLIO SENTINELA NO CANCRO DO ENDOMÉTRIO POR VIA ROBÓTICA – QUAL A DIFERENÇA

Ana Aparício; Maria João Carvalho; Sara Campos; Teresa Rebelo; Cristina Frutuoso; Fernanda Águas; Cláudia Andrade

19:00h

Assembleia Geral SPG

20:30h

Jantar de Palestrantes | *Faculty dinner*

07:30h Abertura de Secretariado | *Opening of registration desk*

08:00–09:00h **PETIT-DEJEUNER COM HISTÓRIA** | *BREAKFAST WITH HISTORY*

A evolução da Ginecologia Oncológica nos últimos 30 anos

The evolution of Oncologic Gynecology in the past 30 years

Daniel Pereira da Silva, Ana Francisca Jorge, Deolinda Pereira,

Henrique Nabais & Mónica Pires

09:00–10:00h **MESA-REDONDA 3** | *ROUND TABLE 3*

Cancro do ovário | *Ovarian cancer*

Moderadores | *Chairs:* Rui Almeida, Rita Sousa & Mónica Nave

Lesões tubárias – Do diagnóstico à orientação terapêutica | *Tubal lesions*

– From diagnosis to therapeutical guidance

Joana Ferreira & Mariana Ormonde

Abordagem dos quadrantes abdominais superiores | *Approach to the upper abdomen*

Abreu de Sousa

O futuro do tratamento do cancro do ovário platino resistente | *The future treatment of platinum resistant ovarian cancer*

Aínoa Madariaga

10:00–10:30h Coffee break

Apresentação de Posters | *Poster Session*

POA 1; POA 05– POA 07

Moderadores | *Chairs:* Teresa Diniz da Costa & Hugo Gaspar

10:30–11:00h **SIMPÓSIO 2** | *SYMPOSIUM 2*

Pembrolizumab no tratamento de 1ª linha do carcinoma

do endométrio avançado ou recorrente | *Pembrolizumab for 1st line treatment of advanced or recurrent endometrial cancer*

Mónica Nave



11:00–12:00h **MESA-REDONDA 4** | *ROUND TABLE 4*

Cancro do endométrio/corpo uterino | *Endometrial cancer/uterine cancer*

Moderadoras | *Chairs:* Cristina Frutuoso, Raquel Mota & Filomena Santos

Cancro do endométrio: Estratificação de risco ao diagnóstico – Em que ponto estamos? | *Endometrial cancer: Risk stratification at diagnosis*

– Where are we?

Carla Bartosch

Papel da linfadenectomia pélvica e para-aórtica na suspeita de doença ganglionar | *Pelvic and paraaortic lymphadenectomy in the presence of suspicious adenopathies*

João Casanova

Os outros sarcomas – Para além do leiomiossarcoma | *The other sarcomas*

– Beyond leiomyosarcoma

Miguel Abreu

12:00–12:30h **CONFERÊNCIA | CONFERENCE**
IA ao serviço da reabilitação de sobreviventes | AI in the rehabilitation of cancer survivors
Moderadora | Chair: Fátima Vaz
Palestrante | Speaker: Pietro Lapidari 

12:30–14:00h Almoço | Lunch

14:00–14:30h **SIMPÓSIO 3 | SYMPOSIUM 3**  **MSD**  AstraZeneca
O estado da arte no cancro do ovário: Dados de vida real em Portugal e reflexões | The state of the art in ovarian cancer: Real-world data in Portugal and reflections
Mónica Nave & Cristina Frutuoso

14:30–15:45h **MESA-REDONDA 5 | ROUND TABLE 5**
Para além da cirurgia padrão | Beyond the pattern surgery
Moderadores | Chairs: Lúcia Correia, Paulo Correia & Dusan Djokovic
O cirurgião ecografista | The surgeon sonographer
Patrícia Pinto
Radiologia de intervenção no cancro ginecológico | Interventional radiology in gynecological cancers
Belarmino Gonçalves
O papel da cirurgia exenterativa na ginecologia oncológica atual | The role of exenterative surgery in modern oncologic gynecology
Plúvio Coronado 
Cirurgia torácica: RO a que custo? | Thoracic surgery: RO at what cost?
Ivan Bravio

15:45–16:30h **MESA-REDONDA 6 | ROUND TABLE 6**
Preservação de fertilidade | Fertility preservation
Moderadores | Chairs: Teresa Almeida Santos, Rui Miguelote & Teresa Carvalho
Limites para preservação de fertilidade nos cancros ginecológicos | Limits to fertility preservation in gynecologic cancers
Marina Gomes
Papel da procriação medicamente assistida no cancro ginecológico | Role of the medically assisted reproduction in gynecologic cancer
Ana Sofia Pais

16:30–16:45h **ENTREGA DO PRÉMIO SPG 2024**
Fátima Faustino & Henrique Nabais
Apresentação do artigo vencedor | Winning article presentation: Prediction of surgical outcome in advanced ovarian cancer by imaging and laparoscopy: A narrative review
Patrícia Lopes Pinto

16:45-17:15h

SIMPÓSIO 4 | SYMPOSIUM 4



Combate ao HPV: Estratégias de vacinação e eliminação

Combatting HPV diseases: Vaccination and elimination strategies

Pedro Vieira Baptista

17:15-17:30h

Coffee break

17:30-18:30h

SESSÃO 1 | SESSION 1

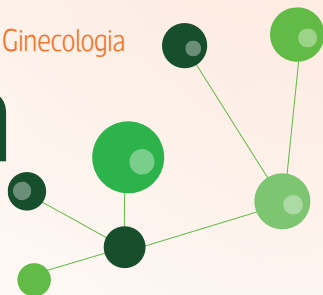
Literacia e tabus em Ginecologia Oncológica | Literacy and taboos in Gynecologic Oncology

Moderadores | *Chairs:* Henrique Nabais, Graça Freitas, Fátima Faustino, Susana Almeida, Tamara Houssong Milagre & Cristiana Fonseca

18h30

ENCERRAMENTO DA REUNIÃO

Ginecologia Oncológica



Comunicações Orais

CO 01

ESTUDO PROSPETIVO: O MÉTODO OSNA® NA DETEÇÃO DE METÁSTASES GANGLIONARES NO CANCRO ENDOMETRIAL

Daniela Melo; Cláudia Andrade; Guilherme Fontinha;
Ana Melo Gomes; Rui Almeida; Cristina Frutuoso
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais
da Universidade de Coimbra

Introdução: O cancro endometrial é a neoplasia ginecológica mais diagnosticada na Europa. Como a maioria dos tumores são detetados em estadios iniciais, a taxa de metastização ganglionar é baixa e a sobrevivência aos 5 anos é superior a 90%. Dez por cento destas doentes apresentam metástases ganglionares no momento do diagnóstico, com impacto no tratamento proposto e prognóstico associado. O ensaio de amplificação de ácidos nucleicos (OSNA) é um sistema de deteção de metástases que determina quantitativamente o mRNA de citoqueratina 19 num ganglio linfático metastizado, dando informação sobre o tamanho dessas metástases, em curto espaço de tempo e com alta especificidade. Estudos recentes demonstraram a sua aplicabilidade e precisão no estudo do ganglio sentinela (GS) no cancro do endométrio (CE). **Objetivos:** Avaliar o desempenho do método OSNA na deteção de metástases do GS em doentes com CE em estadio inicial, compa-

rando-o com o método de ultrastaging (considerado o *gold standard*).

Material e métodos: Estudo prospetivo, sem intervenção clínica, com inclusão de mulheres com CE primário em estágio inicial expressando CK19, propostas para cirurgia de estadiamento cirúrgico com biópsia do GS, entre novembro de 2022 e abril 2024. Em todos os gânglios, foram efetuados dois tipos de estudo: ultrastaging e OSNA. Cada gânglio foi seccionado em fatias perpendiculares ao maior eixo, com atribuição das fatias ímpares para o método OSNA e pares para o método *ultrastaging*.

Resultados: Foram incluídas 33 doentes e 109 GS. Em apenas 90 GS foi possível avaliar ambos os métodos. A idade média foi de 70 anos (34–86). A média do índice de massa corporal foi 30.8 kg/m² (21.2–44.0). Quanto ao risco pré-cirúrgico, foi baixo em 46% (n=15) das doentes, intermédio em 33% (n=11) e alto em 11% (n=7). A maioria das doentes foi diagnosticada com histologia endometrióide (n=30, 90,9%), grau 1/2 (n=28, 84,8%), sem envolvimento do espaço linfovascular (n=25, 75,7%). No total, 4 (12,1%) doentes apresentaram GS metastáticos (células tumorais isoladas, micrometastases ou macrometastases). Em 90 GS avaliados, 6 (6,7%) apresentaram metástases: os dois métodos detetaram 3 (3,3%) GS com micrometastases e 1 com macrometastases (1,1%). Houve discrepância em 2 GS: 1º OSNA negativo / *ultras-*

taging positivo para células tumorais isoladas; 2º OSNA positivo para micrometastase / ultrastaging positivo para macrometastases. O método OSNA apresentou 83,3% de sensibilidade, 100% de especificidade e 98,9% de acuidade.

Discussão/conclusões: A utilização do método OSNA não se mostrou inferior ao ultrastaging no estadiamento de doentes com CE. Além disso permite a avaliação GS integral e em curto espaço de tempo.

No entanto, será necessário aumentar a amostra para melhor validação da técnica.

CO 02

TUMORES BORDERLINE DO OVÁRIO: 12 ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM CENTRO TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA – IPO-PORTO

Paulina Costa¹; Andreia Martins²; Marina Gomes³; João Costa³; Carla Bartosch³; Vanda Patrício³

¹Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão; ²MAC – Maternidade Alfredo da Costa; ³IPO Porto

Introdução: Os tumores *borderline* do ovário (TBO) representam cerca de 15% de todas as neoplasias malignas do ovário e são considerados uma entidade independente entre os cancros epiteliais do ovário. São frequentemente diagnosticados em mulheres jovens, pelo que a possibilidade de uma cirurgia de conservadora deve ser considerada. Estes tumores geralmente apresentam um bom prognóstico e uma elevada taxa de sobrevivência. Ainda assim, o seu comportamento biológico, o tipo de tratamento mais adequado e a sua orientação ainda permanecem controversos.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo a partilha de experiência de um centro de referência terciário na gestão de TBO, através da análise das suas características clínicas, diagnóstico, tratamento cirúrgico e resultados. Pretendemos ainda analisar as diferenças entre os principais subtipos de TBO: seroso (TBO-S) e mucinoso (TBO-M).

Material e métodos: Estudo retrospectivo coor-

te sobre mulheres diagnosticadas com TBO no IPO-Porto entre janeiro de 2008 e dezembro de 2020, com *follow-up* até dezembro de 2023. Os dados das características demográficas, história clínica, tratamento cirúrgico e seguimento foram obtidos dos registos eletrónicos. A análise estatística foi realizada com *Excel* e *SPSS v.26*.

Resultados: Foram incluídas um total de 64 mulheres. A idade média foi de $55,4 \pm 16,8$ anos, sendo que 12,5% tinham menos de 40 anos. O valor médio de CA-125 foi de 31,1 ($15,5-74,6$ U/mL), estando elevado em 48,3% dos casos. Em relação ao subtipo histológico, o tipo mucinoso foi o mais prevalente (59,4%), seguido do tipo seroso (37,5%) e seromucinoso (3,1%). A laparotomia foi a principal via de abordagem cirúrgica, tendo-se realizado cirurgia conservadora em 7 pacientes (6 tratadas com anexectomia unilateral e uma com anexectomia bilateral por envolvimento bilateral). Durante o período de estudo, apenas ocorreu um caso de recidiva, numa paciente com TBO-S, previamente tratada com cirurgia conservadora, após 70 meses, tendo sido tratada com cirurgia radical, uma vez que já tinha completado o seu plano reprodutivo. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa relativamente ao estadiamento entre os grupos TBO-S e TBO-M: nos TBO-S 50% eram estadio IA, 20,8% estadio IC, 12,5% estadio IIB e IIIA e 4,2% estadio IB; nos TBO-M, 92,1% eram estadio IA, 5,3% estadio IC e um caso no estadio IIIA ($p=0,001$). O grupo TBO-M apresentou significativamente menos envolvimento extra-ovárico e menos implantes não invasivos em comparação com TBO-S ($p<0,05$). Além disso, o grupo dos TBO-M apresentou mais sintomas ao diagnóstico e tumores de maiores dimensões ($p<0,05$). Não foram encontradas diferenças relativamente à presença de microinvasão e níveis de CA-125.

Discussão/conclusões: Nesta coorte as doentes apresentaram excelente prognóstico

com uma taxa de recidiva muito baixa. Destacamos também algumas diferenças entre os dois subtipos mais comuns de TBO.

CO 03

ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO VS CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DO ENDOMÉTRIO

Francisca Pinho Silva; Catarina Paulo-De-Sousa; Isabel Lobo Antunes; Anabela Colaço; Ana Rodrigues
ULS Santa Maria - Unidade Local De Saúde

O carcinoma do endométrio é a neoplasia ginecológica mais frequente. A maioria dos diagnósticos ocorre precocemente, 80% no estadio I. A ressonância magnética (RMN) é a técnica radiológica de eleição para avaliação e planeamento cirúrgico destas doentes. Pela existência de subestadiamento pré-operatório em 20-30% das doentes, o estadiamento do carcinoma do endométrio é cirúrgico.

Comparar o estadiamento pré e pós-operatório realizado por RMN ou Tomografia Computorizada (TC) em mulheres diagnosticadas com neoplasia do endométrio.

Estudo observacional retrospectivo, que incluiu mulheres com diagnóstico de cancro do endométrio, entre jan/2017 e dez/2020, num centro terciário. Foi utilizado o estadiamento FIGO 2009. A população foi dividida em dois grupos, de acordo com o tipo de estadiamento pré-operatório realizado (RMN vs TC). Analisou-se a concordância entre o estadiamento pré e pós-cirúrgico em cada grupo (subestadiamento, concordância e sobre-estadiamento). Foram excluídos os casos sem acesso ao relatório da RMN/TC e cuja cirurgia foi realizada noutro centro.

Foram incluídas 35 mulheres, com idade média de 69 anos (± 11 anos). Os tipos histológicos encontrados na peça operatória foram 14 adenocarcinomas (ADC) G1 (40%), 13 ADC G2 (37%), 2 ADC G3 (6%), 4 ADC serosos (11%), 3 carcinosarcomas (9%) e 1 sem identificação de neoplasia (3%). A mediana do intervalo de tempo entre o estadiamento pré-operatório e a cirurgia foi de 41 dias (IIQ 24-61). Cerca de

um terço (10/35) foram operadas com intervalo inferior a 1 mês e 6% (2/35) após 6 meses. Relativamente ao estadiamento pré-cirúrgico, 74% (26/35) foram estadiadas por RMN e 26% (9/35) por TC. No grupo que efetuou RMN, houve concordância no estadiamento pré e pós-cirúrgico em 35% dos casos (9/26) vs 22% (2/9) no grupo com TC. Identificaram-se 4 casos de subestadiamento (25%) e 13 de sobre-estadiamento (50%) no grupo da RMN vs 3 casos de subestadiamento (33%) e 4 casos de sobre-estadiamento (44%) no grupo da TC.

Excluindo os casos com um intervalo superior a 90 dias entre o estadiamento pré-operatório e a cirurgia, verificou-se 43% concordância (9/21), 15% subestadiamento (3/21), 43% sobre-estadiamento (9/21) no grupo com RMN e 29% concordância (2/7), 14% sub-estadiamento (1/7), 57% sobre-estadiamento (4/21) no grupo com TC.

A RMN parece ter maior concordância no estadiamento pré e pós-operatório, em comparação com a TC, reforçando a sua importância. Contudo, tanto a RMN como a TC apresentaram limitações relevantes já identificadas noutros estudos, com taxas significativas de subestadiamento e sobre-estadiamento – o que reforça a importância da validação do uso do gânglio sentinela nestes tumores. O intervalo entre estadiamento pré-operatório e cirurgia pode influenciar a acuidade do estadiamento pré-operatório, devendo ser minimizado para reduzir discrepâncias e otimizar o prognóstico das doentes.

CO 04

CANCRO DO COLO ÚTERO T1B2 VALE A PENA OPERAR? 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM CENTRO ONCOLÓGICO NACIONAL

Daniel Oliveira Silva¹; Vera Sousa²; Lúcia Correia²; Margarida Bernardino²

¹Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho; ²IPO Lisboa

Introdução: O carcinoma do colo do útero continua a ser o cancro ginecológico mais frequente em mulheres jovens. Doentes com

tumores $\leq 4\text{cm}$ são habitualmente candidatas a tratamento cirúrgico, sendo a quimiorradioterapia uma alternativa terapêutica. No entanto, uma vez que a estratégia terapêutica deve ter por objetivo evitar a combinação do tratamento cirúrgico radical e radioterapia adjuvante, a seleção das candidatas a terapêutica cirúrgica deve ser otimizada por forma a reduzir a morbilidade decorrente da dupla terapêutica.

Objetivos: Este estudo visou caracterizar as doentes com carcinoma do colo do útero submetidas a histerectomia radical tipo C1 e avaliar a relação entre o maior eixo tumoral e a necessidade de terapêutica adjuvante com (quimio)radioterapia.

Metodologia: Estudo descritivo retrospectivo unicêntrico dos casos de carcinoma do colo do útero submetidos a histerectomia radical tipo C1 num centro oncológico português, entre janeiro de 2020 e outubro de 2024. Foi analisada a necessidade de terapêutica adjuvante em função do maior eixo tumoral final, considerando os seguintes intervalos: $\leq 20\text{mm}$, $]20\text{-}30\text{]mm}$ e $]30\text{-}40\text{]mm}$.

Foi utilizado o software *SPSS v29.0* para análise estatística e considerado um nível de significância $\alpha=0,05$.

Resultados: O estudo incluiu 92 doentes, com idade mediana de 46 (30-69) anos.

O carcinoma pavimentocelular associado ao HPV foi o tipo histológico mais frequente (53.3%), seguido pelo adenocarcinoma de tipo comum associado ao HPV (44.6%).

De acordo com o estadiamento da FIGO 2018, os estádios definitivos foram, por ordem decrescente: IB1 (43.5%), IB2 (41.3%), IIIC1p (13%), IIA1 (1.1%) e IIB (1.1%).

Quanto ao maior eixo tumoral final, este foi $\leq 20\text{ mm}$ em 46.7% dos casos, entre $]20\text{-}30\text{] mm}$ em 38%, e entre $]30\text{-}40\text{] mm}$ em 15.2%. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre tumores $]30\text{-}40\text{]mm}$ e a realização de terapêutica adjuvante (valor

$p:0.037$). Esta ($n=25$) foi necessária em 8/43 (18.6%) dos casos com tumores $\leq 20\text{mm}$, em 10/35 (28.6%) dos tumores entre $]20\text{-}30\text{]mm}$ e em 7/14 (50%) dos casos com tumores $]30\text{-}40\text{]mm}$. Neste último grupo a principal indicação para adjuvância foi a presença de metastização ganglionar.

Conclusão: Os resultados vão de encontro à impressão clínica dos autores de que a histerectomia radical pode não ser a melhor opção terapêutica para os cancros do colo do útero com maior eixo superior a 30mm, dado que metade dos casos vai necessitar de terapêutica adjuvante. Contudo, uma vez que esta avaliação tem como principal limitação o reduzido número de tumores entre 30-40 mm, abre-se uma janela de oportunidade para a realização de um estudo multicêntrico.

CO 05

BIÓPSIA DE GÂNGLIO SENTINELA NA CICATRIZ DE CARCINOMA DA VULVA – É EXEQUÍVEL E SEGURO?

Mariana Teves¹; Vera Veiga²; Mariana Ormonde²; António Gomes²; Ana Francisca Jorge²; Lúcia Correia²

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada; ²IPO Lisboa

Introdução: O envolvimento ganglionar linfático é o fator prognóstico mais importante no carcinoma pavimentocelular (CPC) da vulva. A biópsia do gânglio sentinela (BGS) está indicada no mesmo tempo operatório da excisão radical da lesão vulvar, sendo a sua eficácia e segurança nos casos de excisão tumoral prévia menos avaliadas. Existe o risco teórico de que essa excisão possa afetar a drenagem linfática e comprometer a precisão da BGS.

Objetivo: Avaliar os resultados da BGS realizada após excisão prévia de CPC vulvar.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, envolvendo doentes referenciadas para um centro oncológico nacional após diagnóstico de CPC em biópsia excisional da vulva. Foram incluídos tumores unifocais, com

< 4cm, e gânglios clinicamente negativos, submetidos a BGS entre 2006 e 2023, sem lesão vulvar macroscópica à data da cirurgia. Os gânglios sentinela (GS) foram identificados após injeção peri-cicatricial de radioisótopo e corante azul vital. Todos os casos foram submetido a ultrastadiamento patológico.

Resultados: Foram incluídos 22 casos. A mediana da idade das doentes foi de 57 anos (mín. 32 – máx. 88). Em todos os casos tinha sido realizado encerramento direto do defeito cutâneo. Em 21 casos foi realizada excisão radical centrada à cicatriz aquando da BGS, por ausência de margens cirúrgicas de segurança na excisão prévia.

Dezoito tumores localizavam-se lateralmente à linha mediana (15 à esquerda, 3 à direita) e 4 eram medianos.

A taxa de deteção do GS foi de 95,5% (n=21). Num caso de tumor lateral esquerdo não foi identificado o GS, procedendo-se a linfadenectomia inguinal homolateral. Nos restantes 17 tumores laterais, a drenagem foi homolateral em 14 casos e bilateral em 3 casos. Nos 4 tumores medianos a drenagem foi bilateral. Foi identificada metastização ganglionar num GS, caso posteriormente submetido a radioterapia inguinal adjuvante. Identificou-se tumor residual numa peça de alargamento radical da cicatriz. O tempo mediano de seguimento foi de 73 meses (mín. 8 – máx 151). Não foram registadas recidivas inguinais.

Conclusões: Apesar da pequena amostra, a BGS após excisão incidental de CPC da vulva parece ser uma opção viável e segura. Apesar de esta técnica permitir reduzir a morbilidade decorrente da realização de linfadenectomia inguinal previamente recomendada neste contexto, os autores relembram que em caso de lesões vulvares suspeitas as biópsias excisionais estão contraindicadas.

CO 06

IMPACTO DA CIRURGIA REDUTORA DE RISCO NO CANCRO DO OVÁRIO EM MULHERES BRCA-MUT COM CANCRO DE MAMA

Pedro Antunes Meireles; Sofia Fragoso; Paula Rodrigues; Berta Lopez; Lúcia Correia; Beatriz Mira; Ana Luís; Isália Miguel; Fátima Vaz
IPO Lisboa

Introdução: As variantes patogénicas germinativas (VP) nos genes BRCA1 e BRCA2 estão associadas à Síndrome Hereditária de Cancro da Mama e do Ovário. As mulheres portadoras de VP apresentam um risco significativamente elevado de desenvolver cancro do ovário (CO) ao longo da vida. A salpingo-ooforectomia (SOB) redutora de risco é recomendada para prevenir o CO, mas a sua influência na prevenção de segundos cancros ginecológicos e na sobrevivência após diagnóstico de cancro da mama permanece em investigação.

Objetivos: Avaliar a incidência de CO em mulheres com cancro de mama BRCA1/2 e investigar o impacto da SOB na sobrevivência global (OS) e no número de mortes evitáveis.

Material e métodos: Dos indivíduos que consentiram em seguimento prospetivo, foram incluídas neste estudo 345 doentes (116 com mutação BRCA1 e 229 BRCA2), que tiveram cancro de mama como primeiro diagnóstico oncológico. Destas, 77.6% das portadoras de mutação BRCA1 e 76.9% das BRCA2 realizaram SOB, totalizando 78.0% de todas as doentes. A incidência de CO foi analisada em doentes submetidas e não submetidas a SOB. Utilizaram-se modelos de Cox para avaliar associações entre SOB, incidência de segundos cancros e OS, ajustando para idade, gene mutado, subtipo tumoral e características clínicas.

Resultados: Entre as doentes que não realizaram SOB, 28 (36.8%) desenvolveram CO. Nas doentes que realizaram SOB, 5 (1.9%) tinham neoplasia tubo-ovárica na peça cirúrgica. Embora as doentes que realizaram

SOB tenham apresentado maior incidência de doença invasiva, exibiram um tempo mediano significativamente superior de sobrevivência livre de doença invasiva (iDFS: 73.5 vs. 33.0 meses, $p = 0.001$) e taxas superiores de OS (135.0 vs. 105.5 meses, $p = 0.015$). Além disso, o número estimado de mortes evitáveis devido à realização de SOB foi de 15 em 269 mulheres BRCA-mutadas. A SOB esteve associada a uma redução significativa na incidência de CO (HR 0.42). As associações foram mais pronunciadas em portadoras de mutações BRCA1.

Discussão/conclusões: A SOB demonstrou um impacto positivo significativo na redução da incidência de CO, além de melhorar a OS e o tempo de iDFS em mulheres com cancro de mama BRCA-mutadas. Com uma estimativa de 15 mortes evitadas em 269 mulheres BRCA-mutadas, os nossos dados reforçam a importância do aconselhamento genético e da implementação precoce de estratégias cirúrgicas redutoras de risco para otimizar os desfechos clínicos em doentes de alto risco.

V 01

ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DE RECIDIVA DE NEOPLASIA DO ENDOMÉTRIO

Vanessa Vieira; Ana Português Duarte; Teresa Rebelo; Cristina Frutuoso; Cláudia Andrade
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O cancro do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais comum em países desenvolvidos. Os estadios iniciais estão associados a bom prognóstico. Quando recidivam, a terapêutica deve ser individualizada.

Caso clínico: Mulher de 62 anos submetida a histerectomia total, anexectomia bilateral, biópsia de gânglio sentinela e linfadenectomia pélvica laparoscópica por um Adenocarcinoma endometrióide do endométrio G2, com ILV extensa - FIGO (2009) IB. Ao 3º ano de follow up foi identificada na fossa ilíaca direita (FID), junto aos vasos ilíacos externos, uma formação sugestiva de volumosa adenopatia/conglomerado adenopático.

Descrição do procedimento: Laparoscopia diagnóstica da cavidade pélvica e abdominal. Identificação da lesão suspeita na FID com cerca de 4cm, acima dos vasos ilíacos externos. Enucleação da lesão com energia bipolar e ultrassónica. Identificação da artéria e veia ilíaca externa direita, dificultada por fibrose de cirurgia prévia. A adenopatia foi removida em *endobag*, terminando com revisão da hemostase.

Conclusão: A cirurgia de recidiva por via minimamente invasiva, apesar de incomum, pode ser uma opção em recidiva oligometastática no cancro do endométrio.

V 02

BIÓPSIA DE GÂNGLIO SENTINELA NO CANCRO DO ENDOMÉTRIO POR VIA ROBÓTICA – QUAL A DIFERENÇA?

Ana Aparício; Maria João Carvalho; Sara Campos; Teresa Rebelo; Cristina Frutuoso; Fernanda Águas; Cláudia Andrade

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

A biópsia de gânglio sentinela é atualmente recomendada para estadiamento ganglionar no cancro do endométrio.

A cirurgia minimamente invasiva, laparoscópica ou robótica, é a via preferencial. A abordagem sistematizada e passos essenciais não sofrem alterações, nomeadamente injeção de verde de indocianina no colo uterino, identificação de referências anatómicas, confirmação da marcação após excisão do gânglio e remoção em contentor adequado. As taxas de deteção, tempo operatório, taxa de conversão e complicações são semelhantes; mas haverá diferenças?

A deteção por fluorescência no sistema *Da-Vinci* é feita pelo *FireFly*, sistema integrado e acionado diretamente pelo cirurgião principal. O uso de aspirador é substituído por um instrumento monopolar que, embora mais preciso, tem risco acrescido de disrupção de cadeias linfáticas e lesão de órgãos adjacentes. O braço extra confere mais autonomia ao cirurgião compartivamente à dependência do ajudante na laparoscopia. A ergonomia do cirurgião é outra vantagem. A ausência de tato na via robótica é colmatada pela visualização 3D imersiva altamente ampliada que permite melhor percepção de profundidade.

POA 01

FREQUÊNCIA DE MUTAÇÕES BRCA1/2 EM DOENTES COM CANCRO DO OVÁRIO: ESTUDO RETROSPECTIVO DA VIDA REAL

Ana Rita Lopes¹; Deolinda Pereira¹; Manuel Teixeira¹;
Ana Peixoto¹; Maria José Bento¹; Pedro Leite-Silva¹;
Ana Sofia Silva¹; Rita Calisto¹; Patrícia Redondo¹;
Ângela Dias²; Inês Moital²; Filipa Bernardo²

¹IPO Porto; ²AstraZeneca

Introdução: O cancro de mama (CM) e o cancro do ovário (CO) hereditários, associados a mutações BRCA1/2, apresentam maior risco e pior prognóstico.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo avaliar a frequência de mutações BRCA1/2 em doentes com CO epitelial não mucinoso e caracterizar a prática de avaliação molecular.

Métodos: Estudo coorte, retrospectivo, com base em dados do registo do IPO–Porto (IPOP), incluindo mulheres adultas com diagnóstico de CO epitelial não mucinoso, incluindo carcinossarcomas, entre 2017 e 2019.

Resultados: Foram identificadas 228 doentes com CO, 119 cumpriram os critérios de elegibilidade das quais 100 realizaram avaliação BRCA1/2. O principal critério para exclusão do estudo foi ter realizado tratamento fora do IPOP. A principal razão para a não realização do teste genético foi a não elegibilidade para tratamento sistémico e/ou sobrevivência global esperada <3 meses.

A idade média das doentes testadas foi 61,6 anos. A prevalência de mutações BRCA1/2 foi de 15,0% (15/100), 8 (53,3%) somáticas e 7 (46,7%) germinativa, destas 57,1% (n=4/7) tinham histórico familiar de CM ou CO em parentes de 1º grau.

A histologia mais comum foi serosa 71,0% (n=71/100), 93,3% em doentes mutadas (n=14/15) e 67,1% em doentes não mutadas (n=57/85). De acordo com o estadiamento FIGO,

47,0% das doentes (n=47/100) foram diagnosticadas em estadiamento III, 27,0% (n=27/100) estadiamento I-II e 26,0% (n=26/100) em estadiamento IV.

A maioria das doentes BRCA-positivas realizaram cirurgia (n=6/15; 40,0%) ou quimioterapia neoadjuvante (neo-CT) seguida de cirurgia (n=6/15; 40,0%). Quase metade das doentes não mutadas foram submetidas a cirurgia (n=42/85; 49,4%) como primeira opção de tratamento. Das doentes que receberam neo-CT (35,3%; n=30/85), 53,3% (16/30) foram submetidas a cirurgia.

Discussão/conclusões: Os resultados deste estudo indicam uma prevalência de 15% de mutações BRCA1/2 em doentes com CO, em linha com publicações anteriores, com maior prevalência das variantes somáticas. Esta descoberta destaca a relevância das estratégias de prevenção para o CO.

POA 02

CANCROS HEREDITÁRIOS E VARIANTES PATOGENÉTICAS NO GENE RAD51: CARACTERIZAÇÃO DE FAMÍLIAS DE ALTO RISCO

Gonçalo Freitas¹; Inês Sargaço²; Ana Sofia Alves²;
Sara Câmara²; Rita Freitas²

¹Ministério Saúde, ARS Norte, CH São João, CH São João - S João, Serviço Ginecologia; ²Hospital Central do Funchal

Introdução: Os cancros ginecológicos representam um desafio na saúde, especialmente em populações com predisposições hereditárias. O gene RAD51 codifica uma proteína crucial em mecanismos de reparação recombinada homóloga com importância a nível da manutenção da estabilidade genómica. Mutações nos parálogos deste gene, nomeadamente do RAD51C e RAD51D, estão associados a um risco aumentado de cancro hereditário da mama e do ovário, embora também, mas com menor associação, com cancros não ginecológicos.

Objetivo: Caracterização das famílias com variantes patogénicas do gene RAD51 com foco nos desfechos oncológicos associados e seguimentos preconizados.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo das famílias com mutações no gene RAD51, seguidas na consulta de risco familiar, no Hospital Dr. Nélio Mendonça, na Ilha da Madeira, desde 30-11-2018 até 30-11-2024. Os dados foram recolhidos através da identificação dos casos-índice e caracterização biodemográfica e neoplasias associadas. Posteriormente, foi realizada uma análise familiar detalhada para identificar história neoplásica familiar e padrões hereditários associados.

Resultados: Foram identificados dez casos-índice com mutações no gene RAD51, todos do sexo feminino, sendo a maioria com ascendência no noroeste da Madeira. Estes foram identificados a partir de quatro casos de cancro da mama, três de cancro do ovário, um carcinoma das trompas de Falópio, um de cancro colorretal e um caso por história familiar relevante. A idade ao diagnóstico variou entre 36-55 anos no cancro da mama e 52-82 anos no do ovário. Foram identificadas sete mutações nos parálogos do gene RAD51: três no RAD51C e quatro no RAD51D. De todas as famílias, foram testados 36 indivíduos, com 21 resultados positivos. Desses, seis com história neoplásica identificada: dois cancros do ovário; dois cancros da mama; um leiomiossarcoma uterino e um tumor carcinóide do brônquio.

Discussão/conclusões: A associação entre mutações no gene RAD51 e cancros ginecológicos está bem estabelecida na literatura, enquanto a sua relação com cancros não ginecológicos permanece menos caracterizada. Estes resultados destacam a importância do rastreio genético e aconselhamento de indivíduos de alto risco, permitindo a deteção precoce e gestão do risco oncológico associado a mutações neste gene. Assim, intervenções profiláticas,

como a salpingo-ooforectomia e o rastreio precoce, são cruciais para a gestão do risco.

POA 03

CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS COM MUTAÇÃO PIK3CA: COMO A TERAPIA-ALVO PODE VENCER PROBABILIDADES

Mafalda Sousa; Teresa Bruno; Margarida Bernardino; Catarina Cardoso; Fátima Vaz
IPO Lisboa

Introdução: O carcinoma de células claras (CCC) ginecológico é uma neoplasia rara (5-25% dos carcinomas do ovário, com proporção menor noutras localizações), frequentemente associado à endometriose. Apresenta elevada agressividade e baixa sensibilidade à quimioterapia (QT) com base em platina, fatores que contribuem para um mau prognóstico. O canal de Nuck é uma estrutura embrionária cuja persistência é rara. Apresentamos um caso clínico cujas particularidades tornaram desafiante a sua abordagem.

Caso clínico: Mulher de 55 anos, com antecedentes de histerectomia total por patologia benigna e hidradenite supurativa aos 42 anos, apresentou drenagem cutânea serosa na região vulvar com meses de evolução. Em maio de 2021 uma TC toraco-abdominopélvica revelou tumor sólido no canal de Nuck direito com ulceração cutânea e adenomegalias inguinais ipsilaterais. A RMN pélvica identificou ainda um tumor do ovário esquerdo de difícil caracterização e metástases peritoneais acima da cúpula vaginal. A biópsia da tumefação cutânea diagnosticou adenocarcinoma papilar de provável origem ginecológica. Após excisão da lesão supra-púbica direita+celulectomia inguinal e pélvica, confirmou-se CCC de origem ginecológica (ovário ou foco de endometriose) com metástases cutâneas e ganglionares. Após laparotomia de citorredução e estadiamento a histologia mostrou que o tumor do ovário era quisto; a omentectomia e biópsias ganglionares confirmaram metástases do CCC. Estádio IVB.

Cinco meses após tratamento sistémico primário com duplete de platina (Carboplatina e Paclitaxel), documentou-se progressão ganglionar, tendo realizado linfadenectomia à esquerda em outubro/2022. Foi proposta para radioterapia (RT) e a TC de replaneamento mostrou progressão de doença local sob RT, pelo que suspendeu. Iniciou tratamento sistémico com Gemcitabina e discutido o caso em MTB (molecular tumor board). Após NGS foi identificada mutação somática no gene PIK-3CA, o que permitiu iniciar tratamento com Alpelisib. Após 1 ano e 4 meses de Alpelisib, observa-se resposta completa ao tratamento. **Conclusão:** Este caso ilustra a complexidade e o desafio do diagnóstico e tratamento do CCC ginecológico não só pela localização rara, mas principalmente pela baixa sensibilidade à QT. Reforça ainda a importância da pesquisa de alvos terapêuticos para estabilização da doença e melhoria do prognóstico.

POA 04

SINDROME MIELODISPLASICA ASSOCIADA A TERAPEUTICA DO CARCINOMA DO OVÁRIO VP BRCA – PLATINA OU IPARP?

Amanda Hirschfeld; Isália Miguel; Pedro Meirelles;
Fátima Vaz
IPO Lisboa

Introdução: O cancro do ovário é o mais letal entre os tumores ginecológicos em Portugal, com uma taxa de mortalidade estimada em 70%, quando diagnosticado em estádios avançados. O carcinoma seroso de alto grau (CSAG), o subtipo mais comum, caracteriza-se por uma alta taxa de resposta inicial à quimioterapia baseada em platina, embora cerca de 2/3 das doentes apresentem recidiva nos primeiros dois anos após o tratamento. Os inibidores da PARP (iPARP) aumentaram a sobrevivência livre de progressão e global, principalmente em doentes portadores da variante patogénica BRCA(VP BRCA). Contudo, os efeitos adversos e complicações do uso

prolongado destes agentes continuam sendo desafios importantes na Oncoginecologia.

Descrição do caso: Mulher de 64 anos, diagnosticada em 2015 com CSAG do ovário (FIGO IIb) e VP BRCA2, tratada com cirurgia de citorredução primária e quimioterapia adjuvante com duplete de platina, com resposta completa. Após 6 meses de vigilância, confirmada a primeira recidiva (1 lesão hepática), pelo que fez *re-challenge* com platina. Por resposta completa após 6 ciclos, iniciou Olaparib de manutenção, que manteve durante 53 meses, enquanto esteve assintomática e sem evidência de doença. Após 53 meses, o iPARP foi descontinuado devido 2ª recidiva (cúpula vaginal). Realizada cirurgia de citorredução secundária, seguida de QT (cisplatina-ciclofosfamida), com resposta completa e intervalo livre de doença de 9 meses. Em agosto/2022, recorrência de doença com múltiplas metástases. Apesar de novas linhas de QT, a resposta frustra aos tratamentos e a toxicidade hematológica motivaram a interrupção dos tratamentos. Doente persistiu com bicitopenia grave apesar de 6 meses livre de platina e 23 meses sem iPARP. A avaliação medular por biópsia e citogenética diagnosticou Síndrome Mielodisplásica (SMD) com monossomia 7, cuja etiologia está associada a terapêutica. Doente evoluiu desfavoravelmente, com infeções e internamentos recorrentes que culminaram no seu óbito em fevereiro de 2024.

Conclusão: O caso clínico assemelha-se aos dados da literatura no cenário do CSAG VP BRCA recidivante. A duração da resposta ao olaparib foi similar ao de vários estudos, como o SOLO-2. A eficácia decrescente da platina nos tratamentos sucessivos subsequentes também se assemelharam ao descrito na literatura. A toxicidade hematológica grave e ocorrência de neoplasias secundárias são eventos menos frequentes dos iPARP, embora na população VP BRCA e exposição prolongada a QT o risco seja sensivelmente

maior. No SOLO-2, a ocorrência de SMD/LMA foi 2x superior no grupo exposto a olaparib, composto maioritariamente por doentes com 4 linhas terapêuticas prévias, assim como a nossa doente. A trajetória clínica deste caso reflete a complexidade do CSAG recidivante multitratado e a necessidade de vigilância hematológica rigorosa em doentes VP BRCA.

POA 05

A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA COM TRAM – EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS

Rita Vasconcelos; Paulina Barbosa; Milene Costa; Rafaela Pires; Nuno Barros; Diana Santos; Luís Castro; Maria José Rocha
ULS Braga

Introdução: A reconstrução mamária imediata oferece vantagens estéticas e psicológicas após mastectomia. Contudo, permanece controversa no cancro da mama localmente avançado devido às possíveis complicações e potenciais atrasos no início do tratamento adjuvante.

Objetivos: Descrever os resultados e complicações na reconstrução imediata com retalho pediculado do músculo reto abdominal transverso (TRAM).

Material e métodos: Estudo observacional e retrospectivo que incluiu todas as mulheres com cancro da mama submetidas a mastectomia com reconstrução imediata com TRAM, entre janeiro de 2022 e dezembro de 2024 na Unidade de Senologia da ULS Braga. Como variáveis foram incluídos os antecedentes pessoais, as características tumorais, a abordagem terapêutica, as complicações cirúrgicas e o *follow-up*.

Resultados: Foram analisados 31 casos de cancro da mama com uma média de *follow up* de 20 meses. A idade média das pacientes foi 48.5 ± 7.5 anos e 45.2% estavam na menopausa. Quanto às comorbilidades, cerca de 59.4% tinham excesso de peso ou obesidade e 19.4% eram fumadoras.

A maioria correspondia a carcinoma ductal

invasor (87.1%; n=27), com subtipo luminal B (45.2%; n=14). Foram classificados como localmente avançados em 54.9% e axila positiva em 81% dos casos. 80.6% submetidas a quimioterapia neoadjuvante com resposta completa em apenas 35.5% casos.

Em relação à cirurgia, em 74.6% a mastectomia com reconstrução foi acompanhada de esvaziamento axilar. O tempo cirúrgico médio foi de 171 minutos, com uma mediana de 10.7 dias de internamento (mínimo 4; máximo 59 dias).

Em relação às complicações específicas da reconstrução, destaca-se a necessidade de reintervenção cirúrgica em 4 casos para desbridamentos/plastias de deiscência; 2 plastias por necrose do complexo areolo-mamilar; 3 remodelamentos por necrose do retalho (apenas 1 total) e 2 herniorrafia incisional com abdominoplastias. De ressaltar que, as restantes complicações registadas foram resolvidas em ambulatório. Foi feita uma análise comparativa entre a necessidade de reintervenção cirúrgica e não se verificou uma associação com as comorbilidades, incluído o tabagismo ou com o estágio da doença.

Em relação aos tratamentos adjuvantes, 98.5% realizou radioterapia adjuvante com uma média de 69.5 ± 18 dias após cirurgia, sendo superior nas fumadoras. ($\bar{x} = 88.8$ dias; $p < 0.016$).

No *follow-up*, foram identificados 5 casos de metastização à distância com uma média de 20 meses após o diagnóstico inicial de cancro e 3 mortes pela progressão da doença. Verificou-se uma sobrevivência global aos 2 anos de 81.3% (n=13/16) e sobrevivência livre de doença de 75% (n=13/16).

Conclusões: O retalho TRAM pediculado é uma opção na reconstrução em pacientes com cancro da mama, mas não está isento de complicações. Verificou-se uma necessidade de reintervenção em 36% das pacientes e um maior intervalo de tempo até ao início da RT adjuvante nas mulheres fumadoras.

POA 06

HEMOFAGOCITOSE LINFHISTIOCITÁRIA INDUZIDA POR PEMBROLIZUMAB: DESAFIO EM ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

Telma Martins; Ana Rita Freitas; João Serôdio;
Marta Vaz Batista; Catarina Favas
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Os inibidores do *checkpoint* imunológico (ICIs) podem causar diversas toxicidades imunomediadas. A hemofagocitose linfhistiocitária (HLH) é uma apresentação clínica rara, que pode surgir como consequência do tratamento com pembrolizumab.

Apresentação do caso: Mulher de 50 anos, sem antecedentes relevantes, diagnosticada com cancro do colo do útero localmente avançado. A ressonância magnética (RM) pélvica inicial (dezembro 2022) revelou lesão no colo uterino de 87 x 65 x 79 mm, com extensão ao corpo uterino, terço superior da vagina, gordura perirrectal, contacto com a fáscia mesorretal e invasão bilateral dos paramétrios, hidrometra e adenopatias obturadoras e ilíacas externas bilaterais. Tomografia por emissão de positrões com tomografia computadorizada (PET-TC-FDG) inicial (março 2023): doença adenopática retroperitoneal, cadeias ilíacas externas, cervical e axilar bilateral. Por biopsia axilar (abril 2023) não conclusiva, foi tratada como doença localmente avançada.

A doente realizou quimiorradioterapia com cisplatina (40 mg/m²) de 5 a 28 de julho de 2023, completando 5 ciclos. Fez radioterapia com IMRT e IGRT, com 45Gy/25 fr sobre a pélvis e cadeias ganglionares lombo-aórticas e inguinais, 19,8Gy/11fr nas adenopatias e 22Gy/11fr sobre a lesão uterina. A tomografia computadorizada do tórax, abdómen e pélvis (TC-TAP) e RM pélvica de julho de 2023 mostraram resposta parcial. Em maio de 2024, por recidiva local irressuscável, iniciou quimioterapia (carboplatina e paclitaxel) em combinação com pembrolizumab (PDL-1 CPS = 20). A doente teve boa tolerância

à imunoterapia nos primeiros quatro ciclos, sem efeitos adversos imunológicos.

Em julho 2024, foi internada por febre e neutropenia grave, com suspeita de abscesso pélvico, iniciando antibioterapia. Durante o internamento, apresentou pancitopenia, febre elevada, citólise hepática, ferritina >10.000 ng/mL e recetor interleucina-2 (IL-2R) de 10.787 pg/mL, sugerindo HLH induzida por pembrolizumab. De referir ainda hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia e hepatomegalia. Iniciou pulsos de metilprednisolona 500 mg/dia, evoluiu favoravelmente, tendo sido realizada descida progressiva da corticoterapia. Retomou tratamento antineoplásico com quimioterapia (sem pembrolizumab) a 3 de setembro de 2024. No entanto, em outubro de 2024, foi internada por sépsis de ponto de partida urinário, com evolução desfavorável, vindo a falecer.

Conclusão: A HLH induzida por pembrolizumab é rara, mas grave. A deteção precoce e intervenção imediata são essenciais para melhorar os resultados, embora o prognóstico seja reservado. Os sintomas podem assemelhar-se a outras condições inflamatórias, mas a deterioração clínica associada a alterações laboratoriais (pancitopenia, ferritina e IL-2R elevados) podem sugerir HLH. Dada a sua raridade, um elevado índice de suspeição clínica é crucial para diagnóstico e tratamento.

POA 07

NEM SEMPRE O QUE PARECE, É – O DIAGNÓSTICO DESAFIANTE DE UM TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO PÉLVICO

Sara Sousa De Melo Sereno¹; Vanda Patrício²;
Marina Gomes²; Mónica Pires²; Mariana Vide²;
João Lages Dos Santos³; Carla Bartosch²; Mariana Afonso²
¹Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /
²Hospital de S. Sebastião; ³IPO Porto; ³Centro Hospitalar
de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O tumor fibroso solitário (TFS) é um tumor fibroblástico raro, de origem mesenquimatosa. Classicamente associado a uma

localização intratorácica, pode surgir também na cavidade peritoneal e pélvis. A maioria apresenta um comportamento benigno, mas 10 a 30% podem ter um comportamento agressivo.

Descrição do caso: Mulher, 62 anos, pós-menopausa, com antecedentes de hipertensão arterial e hipotireoidismo, recorre ao Serviço de Urgência por dor hipogástrica, com irradiação lombar. À observação, apresentava volumosa massa pélvica, descrita na ecografia transvaginal como uma formação heterogênea complexa com cerca de 10 cm, na região anexial direita, aparentemente independente do útero. Em tomografia computadorizada, descrita como volumoso mioma com necrose central procidente do contorno anterior do útero. Em ressonância magnética, descrita como massa heterogênea pélvica, anteriormente ao corpo do útero, indissociável de ambos os ovários, sugerindo neoplasia do ovário. Marcadores tumorais negativos.

Encaminhada para consulta de Ginecologia Oncológica, em reunião multidisciplinar é proposta para laparotomia exploradora com estudo extemporâneo de massa pélvica e cirurgia de acordo. Intraoperatoriamente, visualizado tumor pélvico sólido com cerca de 9 cm, hipervascularizado, aderente ao peritoneu pré-vesical e mesentério do cólon sigmóide, irrigado por cordão vascular com origem nos vasos epigástricos. Após laqueação deste e disseção laboriosa, constatação de aderência da massa à trompa esquerda, interpretando-se intraoperatoriamente como podendo ter origem anexial, embora com vascularização aberrante. Excisão da massa, cujo exame extemporâneo sugeria tratar-se de um tumor de células da granulosa do adulto. Realizada histerectomia total, salpingectomia bilateral, anexectomia contralateral (ovário direito visualizado, sem alterações), omentectomia infracólica e biópsias peritoneais.

O exame anatomopatológico definitivo da peça operatória mostrou tratar-se de um TFS de risco metastático intermédio [classifica-

ção da Organização Mundial da Saúde (OMS 2020)], destacando-se, do estudo imunohistoquímico, positividade para vimentina, CD34, STAT6 e BCL2. O ovário esquerdo foi identificado na peça, sem alterações, atribuindo-se a origem do TFS ao mesênquima perigástrico de onde partia a vascularização.

Conclusão: O presente caso ilustra a dificuldade que o diagnóstico diferencial de uma tumefação pélvica representa. Não tendo o TFS um aspeto imagiológico patognômico, os métodos de imagem são, por norma, insuficientes para esta distinção, sendo o exame anatomopatológico e o estudo imunohistoquímico relevantes para o diagnóstico definitivo. Estão descritas características anatomopatológicas que permitem a classificação do TSF em benigno, intermédio ou maligno (OMS 2020). Não há orientações clínicas consensuais para o tratamento sistêmico.

PO 01

HIPERANDROGENISMO NA PÓS-MENOPAUSA: DESVENDANDO UM TUMOR OVÁRICO RARO

Filipe Nóbrega; Maria Inês Leal; Maria Inês Barradas; Maria Inês Sargaço; Hugo Gaspar; Filipa Abreu Santos; Manuel Pontes Encarnação
Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal

Introdução: Os tumores de células de Leydig do ovário são raros, representando menos de 0,5% dos tumores do ovário. São tumores de células dos cordões sexuais e do estroma considerados benignos e estão frequentemente associados à produção excessiva de androgénios, com o surgimento de sinais de virilização. O diagnóstico é desafiante, especialmente em mulheres pós-menopáusicas, onde a produção hormonal ovárica é normalmente reduzida. Este caso enfatiza a necessidade de reconhecer sinais de hiperandrogenismo em mulheres pós-menopáusicas, reforçando o papel da Ginecologia na abordagem integrada com outras especialidades.

Descrição do caso: Mulher de 64 anos, menopáusica desde os 55 anos, referenciada pelo Endocrinologista à consulta de Ginecologia por hirsutismo e alopecia progressivos. Apresentava antecedentes de hipertensão arterial, síndrome depressivo e tireoidectomia por carcinoma micropapilar da tireoide em 2011. Negava tabagismo ou hábitos tóxicos. Ao exame ginecológico, identificou-se clitoromegalia sem outras alterações relevantes. A ecografia ginecológica revelou um nódulo no ovário esquerdo, hiperecogénico e não vascularizado (16x11mm), confirmado pela TAC e ressonância magnética como um nódulo sólido anexial esquerdo (24x17mm), classificado como O-RADS 4. Esta classificação sugere risco intermédio a elevado de malignidade, reforçando a necessidade de avaliação histológica. Os exames laboratoriais pré-operatórios mostraram hiperandro-

genismo com testosterona total de 3,07 ng/mL, testosterona livre 11.9 pg/mL e androstenediona de 5,18 ng/mL.

Foi submetida a histerectomia total com ane-xectomia bilateral laparoscópica. O exame histológico revelou um tumor sólido limitado ao estroma ovárico, constituído por células com núcleos vesiculosos, nucléolo evidente e citoplasma granular eosinofílico. O estudo imunocitoquímico inibina A, Melan A e calretinina positivos. Estes achados eram compatíveis com um tumor do estroma gonadal/cordões sexuais, nomeadamente tumor de células de Leydig.

No seguimento pós-operatório, observou-se normalização do doseamento hormonal (testosterona total <0,02 ng/mL, testosterona livre 0.27 pg/mL e Androstenediona <0.02 ng/mL) e melhoria do hirsutismo e alopecia, embora mantivesse a clitoromegalia aos 8 meses de *follow-up*.

Conclusão: Este caso evidencia a relevância de uma abordagem multidisciplinar no diagnóstico de tumores raros do ovário associados a virilização. A excisão cirúrgica é curativa e conduz à normalização dos sintomas e parâmetros hormonais na maioria dos casos. A raridade deste tumor sublinha a importância do diagnóstico diferencial em mulheres pós-menopáusicas com sinais de hiperandrogenismo.

PO 02

MASSA PÉLVICA GIGANTE NA MENOPAUSA – PARA ALÉM DA NEOPLASIA DO OVÁRIO. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Taborda Leal; Filipa Castro Coelho; Filipa Abreu Santos; Hugo Gaspar; Manuel Pontes; Luis Miguel Farinha
Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: Os leiomiomas uterinos são tumores benignos frequentes em ginecologia, afetando mais de 70% das mulheres. Os sintomas mais comuns incluem hemorragia uterina

anormal, massa abdominal, dor abdominal e sintomas relacionados com compressão de órgãos adjacentes. Leiomiomas uterinos gigantes são raros na menopausa. Devido ao tamanho do tumor, pode ocorrer isquemia, necrose e degeneração quística, o que poderá, eventualmente dificultar o diagnóstico diferencial entre leiomioma, sarcoma uterino ou tumor do ovário.

Descrição do caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher pós-menopáusica de 51 anos que recorreu ao serviço de urgência de um hospital particular por obstipação e dor abdominal com uma semana de evolução. Analiticamente, apresentava leucocitose (21000, N:86%) e PCR 206. A TAC revelou presença de volumosa massa quística com 21x15x14cm de diâmetro, com características suspeitas de malignidade, com possível ponto de partida anexial. A utente foi referenciada ao serviço Ginecologia do Hospital Central do Funchal para posterior orientação. A utente encontrava-se apirética e o abdómen distendido e doloroso à palpação. Ecograficamente, destacava-se uma massa pélvica bem circunscrita, com conteúdo heterogêneo, com 19x14x16cm de diâmetro, *color score* 3 e presença de uma fina lâmina no flanco esquerdo. A utente foi internada para estudo etiológico da formação pélvica, analgesia e tratamento do possível foco infeccioso. Cumpriu 7 dias de antibiótico com boa resposta clínica e analítica. Foi pedida nova TAC-TAP que descrevia presença de volumosa formação pélvica, possivelmente de origem anexial, com 20x13cm de diâmetros axiais, em localização suprauterina, estendendo-se à transição abdominopélvica, de contornos regulares e ausência de adenopatias lombo-aórticas/pélvicas. Os marcadores tumorais eram normais. A utente foi proposta para laparotomia exploradora.

Intraoperatoriamente, constatou-se presença de massa de grandes dimensões (20cm), a ocupar toda a cavidade pélvica, em torção, com origem na parede uterina esquerda. Útero

e anexos sem alterações. Procedeu-se a excisão da massa, com envio da mesma para exame extemporâneo, que revelou tratar-se de um tumor de células musculares fusiformes compatível com leiomioma uterino. Procedeu-se também a histerectomia e anexectomia. A utente teve alta em D2 pós-operatório. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de uma neoplasia mesenquimatosa benigna com áreas edematosas e outras hemorrágicas, com aspeto morfológico sugestivo de leiomioma. O útero e os anexos não apresentavam alterações sugestivas de malignidade.

Conclusão: O diagnóstico de grandes massas pélvicas em mulheres na pós-menopausa é um desafio na prática clínica. Embora a ecografia, a TAC-AP ou a RM possam ser utilizadas para determinar o tamanho e localização da massa, por vezes, pode ser difícil obter um diagnóstico pré-operatório definitivo.

PO 03

CARCINOSSARCOMA ENDOMETRIAL COM METÁSTASE PRIMÁRIA NA MAMA E AXILA – UM CASO RARO

Inês Taborda Leal; Maria Inês Barradas; Inês Sargaço; Gonçalo Freitas; Filipa Castro Coelho; Filipa Abreu Santos; Hugo Gaspar; Manuel Pontes
Hospital Dr. Nélito Mendonça

Introdução: O carcinosarcoma do endométrio (CSE) é um carcinoma do endométrio (CE) de alto grau, raro e agressivo, responsável por 5% de todas as neoplasias malignas uterinas. Para além da idade (>60 anos), outros fatores de risco para o CSE incluem a raça negra e a radioterapia pélvica prévia. Cerca de 30% dos doentes apresentam metástases ganglionares no diagnóstico (dx) e 10% disseminação metastática (sobretudo no pulmão). Cerca de 60% dos doentes com doença aparentemente em fase inicial no momento do dx inicial, após a cirurgia (cx), têm um estadió mais avançado, devido a disseminação metastática oculta. Pela sua raridade, não existe até à data, um

consenso sobre o tratamento ideal do CSE. Em estádios avançados (FIGO III-IV), a cx citotórredutora deve ser considerada quando a ressecção macroscópica completa é viável, com um perfil aceitável de morbilidade e qualidade de vida para a doente.

Descrição do caso clínico: Mulher de 68 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do reto, submetida a QRT neoadjuvante em 2016, recorreu ao serviço de urgência por hemorragia uterina anómala e foi, por este motivo, referenciada para histeroscopia urgente. A biópsia endometrial revelou tratar-se de um CE desdiferenciado/carcinossarcoma, com P53 anormal e MLH1, MSH2/6 e PMS2 com padrão normal. Foi pedida TAC-TAP de estadiamento que revelou a presença de um nódulo hiperdenso na mama esquerda (ME) de 11 mm, adenopatias ipsilaterais e adenopatia para-aórtica esquerda única de 9 mm. A RM pélvica demonstrou invasão difusa do miométrio, com extensão ao terço externo e ao colo do útero, sem evidência de outras adenopatias. Foi realizada biópsia da lesão da ME, cujo dx AP foi de carcinoma papilar, CERB2+. Foram consideradas como hipóteses dx: dois tumores síncronos vs metástase mamária de tumor primário endometrial.

A doente foi proposta para *cx upfront*, considerando o CE e exames de imagem compatíveis com doença com critérios de ressecabilidade. Foi realizada histerectomia, anexectomia, omentectomia, linfadenectomia pélvica/lombo-aórtica bilateral, lavagem peritoneal, tumorectomia da ME e esvaziamento axilar esquerdo. O estudo AP confirmou o dx de CSE com presença de metástases ganglionares pélvicas, lomboaórticas e no omento. O estudo AP da peça de tumorectomia e gânglios axilares excisados confirmou tratarem-se de metástases de tumor ginecológico.

Conclusão: Os CSE são neoplasias raras, com escassa evidência disponível sobre a abordagem e tratamento desta patologia e por,

isso ainda pouco consensual. Deste modo, é fundamental, o envolvimento de uma equipa multidisciplinar e da doente na decisão do melhor tratamento a adotar.

Este foi um caso desafiante pela apresentação atípica de metástase mamária, na ausência de outras metástases em localizações mais frequentes.

PO 04

MASSA ANEXIAL GIGANTE AOS 16 ANOS – PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE E VIA DE ABORDAGEM – DOIS DILEMAS

Inês Taborda Leal; Inês Sargaço; Gonçalo Freitas; Filipa Castro Coelho; Filipa Abreu Santos; Hugo Gaspar; Manuel Pontes
Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: As neoplasias do ovário em mulheres em idade reprodutiva são um problema ginecológico frequente e, se nas neoplasias benignas, a quistectomia ovárica é obrigatória para a preservação do potencial reprodutivo feminino e evicção de uma menopausa cirúrgica precoce, nos tumores *borderline*, a preservação do tecido ovárico é muitas vezes questionada, pelo receito de comprometer a sobrevida da doente. A cirurgia minimamente invasiva é a via preferencial na maioria dos casos de quistectomia ovárica pelas suas vantagens, no entanto, grandes massas ováricas, podem impor dificuldades técnicas e aumento do risco de rotura do quisto.

Descrição do caso clínico: Apresentamos o caso de uma adolescente de 16 anos, saudável, referenciada ao serviço de urgência (SU) de pediatria pelos cuidados primários, por dor abdominal e febre com uma semana de evolução. Referia aumento do perímetro abdominal há cerca de um ano. Tinha como antecedentes uma infeção urinária medicada dois dias antes. À admissão do SU, apresentava-se em posição anti-álgica, com fácies de dor. Ao exame objetivo tinha o abdómen distendido, doloroso à palpação, onde se palpava uma

massa no hipogastro. Analiticamente apresentava leucocitose de 12000, PCR 37, transaminases, amilase e lipase normais e B-hcg negativa. A urina II não tinha alterações.

A ecografia transabdominal relevou a presença de uma neoformação multiloculada de grande volume que se estendia até à região epigástrica, com conteúdo anecogénico e CS1. Foi pedida uma TAC-AP com contraste endovenoso que descrevia a presença de uma volumosa formação quística, com contornos regulares, com 22,3x12x21,3cm e provável origem ovárica à direita. O estudo complementar por RM-pélvica confirmou a presença de uma formação quística pélvica com 23x16x20cm, na dependência do ovário direito que apresentava alguns septos finos na porção superior (ORADS-3) e sem adenomegalias mesentéricas, ilíacas ou pélvicas suspeitas. O CA-125 era de 54 e os restantes marcadores tumorais eram normais.

O caso foi discutido em equipa multidisciplinar e, tendo em consideração a idade da doente e os exames de imagem, que favoreciam etiologia benigna, optou-se pela drenagem ecoguiada do conteúdo do quisto, seguido de quistectomia laparoscópica. O procedimento decorreu sem intercorrências. O exame anatomopatológico confirmou tratar-se de um cistadenoma mucinoso.

Conclusão: Este foi um caso desafiante pelas dimensões atípicas da massa anexial e pela idade da doente, em que existia a preocupação de preservação do potencial reprodutivo, por um lado, e por outro, a evicção de uma incisão xifo-púbica, que teria, com certeza, um impacto negativo na auto-estima desta adolescente.

A abordagem escolhida é lícita em casos de massas ováricas sem sinais evidentes de malignidade nos exames laboratoriais ou nos exames de imagem.

PO 05

TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI-LEYDIG – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Paulo-De-Sousa; Francisca Silva; Isabel Lobo Antunes; Anabela Colaço; Ana Rodrigues
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Os tumores de células de Sertoli-Leydig do ovário são um tipo raro de tumor de células estromais do cordão sexual que afeta mulheres jovens (20-30 anos). Habitualmente unilaterais, podem ter mutações genéticas em 60%. O padrão histológico e o grau de diferenciação têm importância prognóstica e terapêutica. A maioria dos tumores tem comportamento benigno (80%). A presença de elementos heterólogos ou padrão retiforme na avaliação histológica fazem suspeitar de um comportamento maligno.

Descrição do caso: Mulher de 29 anos, G0, menarca aos 11 anos, ciclos regulares com dismenorreia primária. Sem antecedentes relevantes. Referenciada à consulta de Ginecologia Oncológica por tumor pélvico associado a dor na fossa ilíaca direita e hemorragia uterina anómala com 3 meses de evolução. Ao toque bimanual identificou-se massa pélvica que se insinuava no fundo de saco lateral direito, consistência elástica, indolor, móvel, ocupando o hipogastro com ~10cm maior eixo. Índice de ROMA pré-menopausa de 21%, restantes marcadores negativos. Na Ecografia Ginecológica observou-se uma massa pélvica anterior ao útero com provável origem no ovário direito medindo 9x8x9cm, sólida com áreas quísticas, de contornos bem definidos, *color score* 3. Realizou Ressonância Magnética pélvica que identificou lesão com provável epicentro no ovário direito de natureza quística complexa multiloculada, coexistindo em algumas das locais imagens de aparente natureza hemática, de maiores eixos 8x7x7cm (O-RADS 4). Submetida a

laparoscopia diagnóstica e terapêutica com anexectomia direita, omentectomia e biópsias peritoneais. No exame histológico da peça operatória foi diagnosticado um tumor de células Sertoli-Leydig do ovário, moderadamente diferenciado (G2), com áreas de padrão retiforme e ausência de elementos heterólogos. Epíloon e biópsias peritoneais com tumor do mesmo tipo. Lavado peritoneal negativo. Estadiamento pT2b. Proposta terapêutica adjuvante com 4 ciclos de BEP que cumpriu após conservação do potencial reprodutivo (criopreservação de ovócitos). Decidida em reunião multidisciplinar vigilância clínica 3/3 meses com ecografia ginecológica 6/6 meses. Aos 6 meses de *follow-up* pós cirúrgico (1 mês após completar quimioterapia) encontra-se clinicamente bem, sem evidência de recidiva.

Conclusão: Este é um caso raro de tumor do ovário em idade jovem numa mulher com desejo de preservar a fertilidade no qual se optou por cirurgia conservadora por achados intra-operatórios negativos de doença metastática. Após resultado histológico com evidência de doença intraperitoneal disseminada foi discutida a possibilidade de completar a cirurgia que a doente recusou consciente dos riscos. A diferenciação moderada e o padrão retiforme são achados que conferem pior prognóstico, devendo a doente ter uma vigilância apertada durante os primeiros 2 anos, altura em que ocorrem a maior parte das recidivas.

PO 06

PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO DA MAMA: UM CASO CLÍNICO

Ana F Sousa¹; Joana Margarida Dias²; Paulo Aldinhas²; Paulo Correia²; Rita Sousa²

¹Centro Hospitalar de Leiria; ²IPO Coimbra

Introdução: O pseudotumor inflamatório é uma neoplasia benigna rara, de etiologia desconhecida, caracterizada histologicamente por um estroma fibroso com infiltrado inflamatório. Afeta predominantemente crianças e adultos jovens,

com localização mais comum no pulmão e vias aéreas, mesentério, omento e retroperitônio. Também pode ocorrer em órgãos como fígado, baço, tireoide, trato gastrointestinal, sistema geniturinário e sistema nervoso central. O pseudotumor inflamatório da mama é extremamente raro, geralmente unilateral, podendo ser isolado ou multifocal, com tendência a crescimento local e recorrência após excisão. Clinicamente e em exames de imagem, pode simular lesões como carcinoma ou fibroadenoma. O tratamento de eleição é a excisão completa. Este trabalho apresenta um caso clínico de pseudotumor inflamatório da mama esquerda.

Descrição do caso: Utente de 60 anos foi encaminhada pelos cuidados de saúde primários devido a uma lesão suspeita na mama esquerda, com aparecimento há cerca de dois meses. A mamografia revelou opacidade na transição dos quadrantes externos da mama esquerda, com margens esfumadas, mas bem delimitadas. A ecografia mamária identificou um nódulo superficial subcutâneo, de estrutura mista, predominantemente sólida e vascularizada, com áreas líquidas, medindo 21 × 12 mm, sem adenopatias na axila ipsilateral, classificado como BI-RADS 4C. A biópsia ecoguiada sugeriu linfoma de zona marginal extraganglionar tipo MALT. No exame físico, observou-se um nódulo superficial de superfície irregular, móvel, com 2 cm, na união dos quadrantes externos da mama esquerda, sem adenopatias palpáveis. A doente foi submetida a biópsia excisional, cujo exame anatomopatológico revelou proliferação inflamatória compatível com pseudotumor inflamatório mamário.

Conclusão: O pseudotumor inflamatório pode mimetizar clínica e imagiologicamente um carcinoma mamário. A ressecção cirúrgica completa da lesão é essencial, sendo o prognóstico geralmente favorável. No entanto, há relatos de invasão vascular, recorrência local e metástases à distância. Assim, é fundamental realizar vigilância regular dos casos diagnosticados.

PO 07

TUMOR DE CÉLULAS DA GRANULOSA DO ADULTO: IMPACTO DE DIFERENTES CONTEXTOS HORMONAIS

Cláudia Pinto; Catarina Ferreira; Ana Isabel Cunha; Alexandra Meira; Joana Pereira; Ana Teixeira Castro; Pedro Vieira de Castro

Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Introdução: Os tumores malignos dos cordões sexuais e estroma (TCSE) representam uma minoria das neoplasias malignas do ovário. O tumor das células da granulosa do adulto (TCGA) é o TCSE mais comum, associando-se frequentemente a uma síndrome de hiperestrogenismo, mais evidente na pós-menopausa. Os autores propõem-se a descrever dois casos clínicos de TCGA cuja apresentação diferiu de acordo com o status hormonal da paciente.

Descrição dos casos

Caso 1: Doente de 59 anos, nulípara, pós-menopausa, enviada à consulta de ginecologia por hemorragia vaginal ligeira intermitente com um ano de evolução. A ecografia transvaginal revelou espessamento endometrial de 24mm e formação anexial esquerda multilocular (>10 locais) com componente sólido (color score 2), medindo 106mm (O-RADS 4). A RMN pélvica confirmou os achados suspeitos (O-RADS 5). A histeroscopia mostrou uma formação polipóide com áreas de vascularização exuberante e superfície irregular. A biópsia foi compatível com pólipos do endométrio. Do estudo analítico realizado, de destacar apenas estradiol sérico elevado. O TAC toraco-abdomino-pélvico não evidenciou lesões secundárias. Foi proposta para laparotomia exploradora cujo exame extemporâneo revelou um TCGA. Foi submetida a histerectomia total, anexectomia bilateral, omentectomia infracólica e lavado peritoneal. O exame anatómopatológico definitivo confirmou os achados do exame extemporâneo com doença confinada ao ovário (FIGO IA), hiperplasia endometrial

sem atipia e pólipos endometrial. Foi decidida vigilância, encontrando-se atualmente no 4º mês de pós-operatório, sem sinais de recidiva. **Caso 2:** Doente de 51 anos, 2G2P, portadora de SIU-LNG, avaliada em consulta por achado de tumefação anexial em ecografia ginecológica. A mesma revelava uma formação sólida na dependência do ovário direito, com 69mm de maior dimensão, com vascularização (color score 4) (O-RADS 5); relativamente à cavidade uterina, verificou-se um endométrio não espessado e SIU bem posicionado. Os marcadores tumorais eram negativos. Realizou TAC toraco-abdomino-pélvico, sem evidência de outras lesões. O PET-scan foi negativo para lesões hipermetabólicas. Foi submetida a anexectomia bilateral, cujo estudo anatómopatológico definitivo revelou um TCGA. Face aos achados, a doente foi proposta para estadiamento completo, encontrando-se de momento a aguardar cirurgia.

Conclusão: Contrariamente aos tumores epiteliais do ovário, os tumores não epiteliais apresentam-se frequentemente em estadios iniciais. No caso dos TCGA, a hemorragia uterina anormal no contexto de hiperestrogenismo pode ser a primeira apresentação da doença. Na pré-menopausa, a utilização de progestativos tem uma ação protetora do endométrio, podendo ocultar estes sintomas. Apesar do bom prognóstico associado a estas neoplasias, a vigilância a longo prazo é essencial dada a possibilidade de recidiva tardia.

PO 08

SARCOMAS UTERINOS – CASUÍSTICA DE UM CENTRO HOSPITALAR DE NÍVEL 2

Cláudia Oliveira¹; Andreia Sousa¹; Ana Rita Pinto²; Sílvia Torres¹; Marcília Teixeira²; Olímpia Carmo¹

¹ULS Tâmega e Sousa; ²IPO Porto

Introdução: Os sarcomas uterinos são tumores malignos raros do tecido mesenquimatoso, representando 1% de todos os tumores malignos do sistema reprodutor feminino. In-

cluem uma diversidade de tumores com biologia, história natural e resposta ao tratamento diferentes. O diagnóstico diferencial entre leiomioma e sarcoma uterino é desafiante uma vez que não existem critérios imagiológicos, clínicos ou marcadores tumorais que distingam com segurança estas entidades. Muitas vezes o diagnóstico de sarcoma ocorre de forma acidental, após uma cirurgia realizada no contexto de um leiomioma presumido.

Objetivos: Caracterizar as doentes com diagnóstico de sarcoma uterino e avaliar os desfechos associados.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo com inclusão dos casos cujo o diagnóstico histológico definitivo incluiu tumores classificados como sarcomas uterinos de acordo com a classificação da OMS 2020, no período compreendido entre 01/2017 a 01/2024.

Resultados: Foram analisados 11 casos com diagnóstico histológico definitivo de sarcoma uterino. A média de idades foi de 53 anos [36-82], 54% dos casos tinham mais de 50 anos e encontravam-se na pós-menopausa. Os sintomas mais frequentemente reportados ao diagnóstico foram: dor pélvica (45%); hemorragia uterina anormal pós-menopausa (36%), pré-menopausa (27%) e queixas urinárias (27%). Em 45% dos casos o diagnóstico de sarcoma uterino ocorreu após histerectomia realizada por suspeita de leiomioma uterino. Em 27% dos casos verificou-se um crescimento rápido destas lesões. O tamanho médio das massas tumorais foi de 8,5 cm. Na maioria dos casos o subtipo histológico foi o leiomiossarcoma (7 casos), sendo o estadio IB o mais frequente ao diagnóstico. Em todos os casos as doentes foram submetidas a histerectomia total por laparotomia, e em 7 casos foi proposto tratamento complementar/paliativo com quimioterapia. Observou-se o óbito em 55% dos casos (6 casos), com um tempo médio entre o diagnóstico e o óbito de 7,4 meses.

Conclusão: Embora esta série englobe um

número reduzido de casos, de acordo com a rara prevalência destas neoplasias, os dados obtidos são concordantes com a literatura. O tamanho do tumor e o seu crescimento rápido, sobretudo em mulheres pós-menopausa, são alguns fatores que nos devem alertar para a suspeita de malignidade. Igualmente concordante com o publicado, o subtipo de sarcoma mais frequente foi o leiomiossarcoma, apresentando no geral mau prognóstico, mesmo quando diagnosticado em estadios mais precoces. Apesar da evolução científica dos últimos anos, estas neoplasias continuam a representar um desafio clínico.

PO 09

RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO: UM RARO TUMOR DO COLO DO ÚTERO

Francisca Bastos de Pinho Silva;
Catarina Paulo-De-Sousa; Isabel Lobo Antunes;
Anabela Colaço; Ana Rodrigues
ULS Santa Maria - Unidade Local De Saúde

Introdução: O Rabdomiossarcoma Embrionário (RMS) é uma neoplasia rara com origem em células musculares lisas, que afeta principalmente crianças. Pode surgir em diversas partes do corpo, sendo que o órgão do trato genital feminino onde mais frequentemente se origina é na vagina, seguido do corpo uterino e, em raros casos, no colo do útero. Uma abordagem multidisciplinar, que inclui quimioterapia, radioterapia e cirurgia, tem se mostrado eficaz na melhoria das taxas de sobrevivência. Está associado a um mau prognóstico, excepto quando diagnosticado em estadios iniciais.

Descrição do caso: Mulher, 39 anos, sem antecedentes de relevo, medicada com anti-depressivo e contraceptivo oral combinado. Recorreu ao Serviço de Urgência por corrimento hemático com cheiro fétido, referindo episódio semelhante um ano antes. Ao exame objetivo, constatou-se massa polipoide, em “cacho de uva”, de aspeto necrótico, mole,

com 5x2x2cm, friável, com origem aparente no endocolo e lábio posterior do colo. Realizou-se biópsia da massa, com diagnóstico histológico de pólipo de tipo misto. Após Consulta de Ginecologia, foi submetida a excisão do tumor, cujo diagnóstico histológico revelou um Adenossarcoma com componente Rabdomyosarcomatoso, com invasão linfocascular e atingimento das margens cirúrgicas. Realizou TC de estadiamento, que revelou um nódulo sólido, com 2cm, no exocolo, insinuando-se nos fórnices vaginais, sem aparente extensão ao terço inferior da vagina, e uma adenopatia obturadora, com 12mm. Foi submetida a Histerectomia com Anexectomia bilateral e Linfadenectomia seletiva, por laparotomia. O procedimento cirúrgico e o pós-operatório decorreram sem intercorrências. A análise histopatológica foi compatível com Rabdomyosarcoma Embrionário com origem no colo do útero, margens livres, sem invasão do istmo e paramétrios, com invasão linfocascular e gânglio linfático metastático – Estadio pT1bN1. Realizou nova TC após 1 mês, previamente ao início de Quimioterapia Adjuvante, que demonstrou recidiva pélvica do tumor. Foi novamente submetida a Quimioterapia e, posteriormente, a excisão da recidiva tumoral. Retomou Quimioterapia, tendo sido reinstituída 2 meses depois, em choque séptico, com neutropenia febril. O exame de imagem realizado nesse episódio revelou volumosa recidiva pélvica e abscesso retroperitoneal. Declarou-se óbito nesse mesmo dia.

Conclusão: O caso apresentado ilustra a agressividade do RMS, especialmente quando diagnosticado em estádios mais avançados. Apesar da abordagem multidisciplinar com cirurgia e terapêutica sistêmica, o prognóstico permanece reservado, especialmente quando o tumor apresenta características de invasão linfocascular e metastização. A recidiva precoce, após o tratamento, destaca a importância de um acompanhamento rigoro-

so e a baixa incidência desta neoplasia, principalmente em adultos, realça a importância de novos estudos.

PO 10

BIÓPSIA DO GÂNGLIO SENTINELA NO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO DE ESTÁDIO INICIAL: UM ESTUDO OBSERVACIONAL

Ana Filipa Ferreira de Sousa¹; Sofia Raposo²; Vitor Baltar²; Paulo Correia²; Elizabeth Castelo-Branco²; Sofia Pedrosa²; Sofia Pereira²; Paulo Aldinhas²; Rita Sousa²

¹Centro Hospitalar de Leiria; ²IPO Coimbra

Introdução: O estadiamento cirúrgico com histerectomia total, anexectomia bilateral e linfadenectomia sistemática pélvica e para-aórtica foi o *standard of care* nas doentes com carcinoma do endométrio de estágio inicial. No entanto, estudos demonstraram que a pesquisa e biópsia do gânglio sentinela (BGS) têm uma elevada sensibilidade e um elevado valor preditivo negativo no estadiamento ganglionar, comparável à linfadenectomia sistemática. Este pressuposto alterou o paradigma do estadiamento do carcinoma do endométrio. A injeção do contraste verde de indocianina no colo do útero, em combinação com uma fonte de luz fluorescente, tem sido amplamente utilizada devido à elevada taxa de deteção demonstrada. Assim, a BGS está recomendada para grupos pré-cirúrgicos de baixo e intermédio risco. No grupo de alto risco, a linfadenectomia sistemática pélvica e para-aórtica continua sendo recomendada, embora estudos recentes sugiram que a BGS possa ser uma alternativa eficaz também para este grupo.

Objetivos: Avaliar a validade da BGS na deteção de envolvimento ganglionar em doentes com carcinoma do endométrio em estágio inicial.

Material e métodos: Este estudo observacional, iniciado em janeiro de 2021 no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, inclui mulheres com carcinoma do endométrio e estadiamento pré-cirúrgico pre-

sumido FIGO I-II, submetidas a BGS. Os dados foram recolhidos até novembro de 2024. Nos grupos de alto e intermédio risco pré-cirúrgico, foi realizada linfadenectomia sistemática após a BGS. A análise focou-se na validade diagnóstica da BGS.

Resultados: Foram incluídas 17 mulheres com carcinoma do endométrio submetidas a BGS. Todas estavam na menopausa, com idade média de 63.59 ± 5.85 anos [54-74 anos], e apresentaram metrorragia pós-menopausa como queixa inicial. Onze doentes apresentavam excesso de peso, e quatro tinham obesidade. Cinco eram nupáparas. Em quatro casos, havia suspeita pré-cirúrgica de carcinoma de alto risco. A média de gânglios sentinela detetados por doente foi de 3.23, com identificação de gânglios pélvicos e para-aórticos em três casos. Num caso foram detetadas células tumorais em um gânglio biopsado (carcinoma endometrióide G1) e noutro caso foi identificada metástase ganglionar (carcinoma de células claras). Onze doentes foram submetidas a linfadenectomia sistemática, com média de 15.18 gânglios analisados por doente, sem deteção adicional de envolvimento ganglionar.

Discussão/conclusão: Os resultados preliminares indicam que a BGS é uma alternativa diagnóstica viável para a avaliação de metástases ganglionares de doentes com carcinoma do endométrio presumidamente em estágio inicial.

PO 11

6 ANOS DE ANEXECTOMIAS PROFILÁTICAS POR RISCO GENÉTICO-ESTUDO POPULACIONAL E INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO

Maria Inês Barradas; Maria Inês Sargaço; Ana Sofia Alves; Filipa Abreu Santos; Sara Câmara
Hospital Central do Funchal

Introdução: A anexectomia bilateral profilática (ABP) é a estratégia mais eficaz para reduzir o risco de cancro do ovário nas mulheres portadoras de risco genético. O risco de cancro

do ovário na população em geral é aproximadamente 1,5%. Nas mulheres com mutação BRCA1 é de 35-46%, na mutação BRCA2 é de 13-23%, na síndrome de Lynch é de 3-38% e nas mutações BRIP1 e RAD51 é de 10-15%.

Objetivo: Descrever o perfil das mulheres submetidas a ABP por risco genético de cancro do ovário na Região Autónoma da Madeira e avaliar o seu grau de satisfação após a cirurgia.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo das mulheres submetidas a ABP no Hospital Central do Funchal de 01/01/2019 a 15/12/2024. Foi também efetuado um breve inquérito de satisfação telefónico a estas mulheres

Resultados: 58 mulheres foram submetidas a ABP por risco genético de cancro do ovário no Hospital Central do Funchal de 01/01/2019 a 15/12/2024. Eram portadoras de mutações nos seguintes genes: BRCA1 (14 casos), BRCA2 (33 casos), RAD51 (7 casos), MSH2 (1 caso), ATM (1 caso), TP53 (1 caso), PALB2 (1 caso). 52.8% destas mulheres tinham história pessoal de cancro de mama.

A única variante patogénica do gene BRCA1 detetada foi: c.3331_3334del p.(Gln1111Asnfs*5). Foram detetadas 9 variantes patogénicas do gene BRCA2, sendo a mais frequente: c.9382C>Tp.(Arg3128*).

No diagnóstico histológico dos anexos foram detetados 1 caso de adenofibroma papilar seroso, 1 caso de cistadenoma seroso e 1 caso de STIC + carcinoma do ovário de alto grau bilateral. Idade na data da cirurgia: mediana de 51.5 anos (mín 35; máx 74). Nº dias de internamento: média de 2.02 dias (mín 1; máx 4). Complicações pós-operatórias: 2 casos de infeção do trato urinário, 1 caso de infeção da ferida operatória e 1 caso de síndrome vertiginoso no pós-operatório imediato.

Inquérito de satisfação: Foram obtidas 53 respostas. A maioria (50.9%) considerou que a cirurgia teve um impacto neutro na sua vida e 26.4% considerou que teve um impacto positivo. No entanto, 22.6% reportou que a ci-

rurgia teve um impacto negativo na sua qualidade de vida. As mulheres que reportaram um impacto negativo tinham, em média, 46 anos e os sintomas mais reportados foram sintomas vasomotores, sofrimento psicológico e dor articular. Todas as mulheres inquiridas voltariam a fazer a cirurgia e todas recomendariam esta cirurgia a mulheres portadoras de risco genético.

Conclusão: Este estudo revela a importância da testagem BRCA (e outros genes) na detecção das mulheres com risco genético de cancro do ovário. Uma testagem precoce permite a realização atempada da cirurgia profilática, a prevenção e até a detecção precoce o cancro do ovário. O inquérito de satisfação aplicado mostra que apesar de algumas mulheres reportarem um impacto negativo na sua qualidade de vida, não se arrependem da decisão tomada e até recomendam a cirurgia a outras mulheres com risco. Futuramente, iremos definir estratégias para mitigar este impacto negativo.

PO 12

MANIFESTAÇÃO UTERINA DE LINFOMA NÃO-HODGKIN: O PAPEL DA BIÓPSIA TRANSVAGINAL ECOGUIADA

Paulina Barbosa; Raquel Rodrigues; Natacha Sousa
Hospital de Braga

Introdução: O linfoma não-Hodgkin (LNH) pode apresentar-se de forma intranodal ou extranodal, sendo que esta última ocorre em 25% dos casos primários. A pele e o trato gastrointestinal são os locais mais frequentes de LNH extranodal. O envolvimento do trato genital é incomum, com a maioria dos casos a ocorrer no colo do útero e na vagina, enquanto o corpo uterino é um local excepcionalmente raro para o envolvimento por linfomas. **Descrição do caso:** Uma mulher de 61 anos apresentou-se com dor abdominal difusa e obstipação persistente desde há quatro se-

manas. A ecografia abdominal revelou uma grande massa ganglionar na região abdominal média e na pelve, aparentemente com infiltração uterina difusa. A paciente foi atendida no serviço de urgência onde o exame ginecológico revelou um útero aumentado, com mobilidade reduzida e consistência firme. A ecografia transvaginal e abdominal identificou um útero aumentado (110x91x92mm) com contornos externos lobulados e textura muito heterogénea, contendo múltiplas lesões nodulares por todo o corpo e colo uterinos, altamente vascularizadas (escala de cor 4/4). O endométrio era difícil de definir devido à perda da diferenciação endométrio-miometrio, com cavidade uterina real medindo 4 mm de diâmetro anteroposterior e sem lesões intracavitárias aparentes. O ovário esquerdo não tinha alterações e o ovário direito estava aumentado (32x20x25mm) com aparência heterogénea, possivelmente com envolvimento tumoral. Observou-se ascite de pequeno volume, permitindo a identificação de um implante peritoneal pélvico, aderente ao reto superior, mas sem aparente invasão profunda da parede. Uma lesão sólida semelhante (108x87x79mm) foi identificada no abdómen superior, sugerindo possível adenopatia. Os achados ecográficos sugeriam infiltração linfoproliferativa metastática no útero. A biópsia guiada por ecografia transvaginal Tru-cut® da lesão peritoneal pélvica suspeita permitiu a confirmação histológica de linfoma difuso de grandes células B. A paciente foi encaminhada para uma consulta de hematologia oncológica.

Conclusão: O LNH primário no trato genital feminino é extremamente raro. A biópsia guiada por ecografia tem um papel essencial na abordagem de lesões pélvicas suspeitas, pois permite um diagnóstico precoce, não invasivo e com elevada acuidade, possibilitando um tratamento personalizado e atempado.

PO 13

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE GRANDES CÉLULAS NO OVÁRIO – AINDA MAIS RARO ENQUANTO METÁSTASE

Susana Marques Saraiva; Patrícia Ferreira; Sofia Moura; Soledade Ferreira

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

Introdução: O carcinoma neuroendócrino de grandes células (LCNEC) é um subgrupo raro de cancro neuroendócrino de alto grau. O cancro primário ocorre mais frequentemente no pulmão, mas pode apresentar-se noutras localizações e o local mais comum de metástases é o fígado. A ocorrência de LCNEC ginecológico primário por si só é raro, sendo mais frequente no colo, seguidamente no ovário e no endométrio (taxa de incidência no ovário de aproximadamente 0.15%).

Devido à raridade da LCNEC, não há grandes ensaios clínicos randomizados que definam a abordagem de tratamento ideal para doença localizada ou avançada.

Descrição do caso clínico: Mulher 48 anos, antecedentes cirúrgicos de *bypass*, apendicectomia por laparotomia e cesariana, diagnosticada com LCNEC do pulmão com metastização hepática em 2018, atualmente sob tratamento biológico. Em menopausa há 5 anos. Foi encaminhada à consulta de Ginecologia Oncológica por achado imagiológico em TC de controlo - massa anexial esquerda com 36 x 26 mm, que não era evidente em exame prévio. Realizou RMN após, onde é descrito “lesão expansiva sólida, anexial esquerda, de contornos lobulados, com 53,7 mm de maior dimensão. Sem ascite ou adenomegalias abdominopélvicas”. O CA 125 foi negativo. Após reunião multidisciplinar e por decisão da própria doente, foi submetida a histerectomia total abdominal com anexectomia bilateral, seguida de linfadenectomia pélvica, omentectomia infracólica e biópsias múltiplas em

zonas sãs, por exame extemporâneo revelar “neoplasia maligna – provável carcinoma sólido”. O exame histológico definitivo confirmou carcinoma indiferenciado de grandes células no ovário, com perfil imuno-histoquímico neuroendócrino, compatível com primário de origem pulmonar, sem metástases ganglionares regionais, sem envolvimento peritoneal e com lavado peritoneal negativo para células neoplásicas. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente encontra-se sob tratamento sistémico.

Conclusão: A abordagem terapêutica ideal do LCNEC pulmonar está ainda por definir e o prognóstico é muito reservado.

Devido à reduzida incidência de LCNEC ginecológico, a maioria da literatura publicada consiste em casos clínicos. Existem casos publicados de LCNEC primário do ovário; contudo, até à presente data, não há publicações referentes a metastização de LCNEC do pulmão para o ovário, pelo que o quadro clínico aqui apresentado é extremamente raro.

PO 14

LESÃO DE ALTO GRAU VULVAR EXTENSA EM IMUNODEPRIMIDA – QUANDO O TRATAMENTO EXCISIONAL NÃO É POSSÍVEL

Joana N Figueiredo¹; Daniel Silva²; Lúcia Correia³; Margarida Bernardino³; Joana Ferreira³; Mariana Ormonde³

¹Centro Hospitalar Oeste – Caldas Da Rainha; ²Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário; ³IPO Lisboa

Introdução: A lesão de alto grau vulvar (HSIL vulvar) é uma lesão pré-maligna que, sem tratamento, tem um risco de 9,7% de evoluir para carcinoma vulvar. É uma doença rara, mas com incidência crescente, e que é mais frequente na pré-menopausa. Os principais fatores de risco são infeção pelo vírus papiloma humano (HPV), tabagismo e imunodeficiência, nomeadamente infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). O tratamento de HSIL vulvar pode ser ex-

cisional, destrutivo ou farmacológico.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 41 anos, ex-fumadora, com antecedentes de pancitopenia, hipertensão pulmonar grave, caquexia e infecção pelo VIH com critérios de SIDA com incumprimento da terapêutica antirretroviral.

A utente foi referenciada a um centro oncológico diferenciado por HSIL vulvar recorrente (tratamento cirúrgico prévio), extenso e multifocal, com agravamento progressivo associado a dor intensa. Ao exame objetivo destacava-se lesão vermelha elevada irregular com 5x7cm com localização mediana anterior e lateral direita que atingia o clítoris e o grande lábio direito e distava 1cm do meato uretral e uma placa esbranquiçada com 2x2cm lateral esquerda que atingia o pequeno lábio esquerdo. Foram realizadas biópsias incisionais cujo resultado foi HSIL vulvar, não confirmando a suspeita clínica de carcinoma.

Dada contra-indicação anestésica para tratamento cirúrgico pelas comorbilidades associadas foi decidido tratamento tópico com imiquimod 3 vezes/semana durante 12-20 semanas, o qual foi realizado em consulta para garantir cumprimento. A doente foi vigiada mensalmente, com redução progressiva das lesões e resolução clínica completa às 18 semanas, data em que se suspendeu a terapêutica e iniciou vigilância.

Aos 2 meses de vigilância, após internamento por infecção respiratória grave e tromboembolismo pulmonar, registou-se reaparecimento de mancha branca com 1x1cm no sulco interlabial direito. Aguarda neste momento reavaliação para decidir reinício ou não de tratamento tópico.

Conclusão: O tratamento excisional do HSIL vulvar é o método preferencial para lesões com características de alto risco de evolução para doença invasiva ou se associadas a fatores de risco para invasão, como a imunossupressão. No entanto, em casos de lesão no clítoris ou

com contra-indicação para cirurgia, o tratamento tópico com imiquimod surge como opção. O prognóstico do tratamento tópico parece ser semelhante ao cirúrgico e semelhante entre mulheres seropositivas e seronegativas para HIV, no entanto o número de estudos é ainda muito reduzido para formar uma conclusão.

PO 15

ADENOCARCINOMA DO ENDOMÉTRIO *MESONEPHRIC-LIKE*: UM CASO RARO NA LITERATURA

Joana Silva Farhat; Flávia Ribeiro;
Mariana Salgado Simões; Joana Lima Santos;
Manuela Montalvão; Maria João Carinhas; Helena Veloso;
Alexandre Morgado; Inês Gil Dos Santos
*Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de
Santo António*

Introdução: O adenocarcinoma do endométrio *mesonephric-like* é um subtipo raro de neoplasia endometrial que foi descrito recentemente na literatura e corresponde a 1% dos tumores endometriais. A origem histopatológica ainda é controversa na literatura – uma das teorias preconiza a origem em remanescentes mesonéfricos, a outra em lesões müllerianas que se diferenciam por uma via mesonéfrica. A sua morfologia, imuno-histoquímica e componentes moleculares têm sido extensamente aprofundados, tendo-se concluído que é um tumor com receptores hormonais negativos, positividade para TTF1 e/ou GATA3 e associação com mutações KRAS e PIK3CA. Na maior parte dos casos, os sintomas que levam ao diagnóstico são semelhantes aos outros subtipos de neoplasia endometrial, no entanto, existe uma maior probabilidade de o diagnóstico ser feito num estadio avançado, dado o comportamento agressivo do tumor.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de uma mulher pós-menopausa de 60 anos, múltipara com dois partos vaginais anteriores e antecedentes de hipertensão arterial, rim úni-

co funcionante à esquerda, adenocarcinoma do retosigmoides pT1G3Nx tratado cirurgicamente em 2020 e de patologia cervical (CIN2) com conização em 2015. Foi observada em contexto de urgência por lesão cerebri de ruiborizada na parede vaginal direita de consistência dura, vascularizada e não pediculada. Ao exame ginecológico detetou-se abaulamento do colo por tumefação pélvica superior de consistência dura, pouco móvel, sem perda hemática ativa. O co-teste revelou células glandulares atípicas e a pesquisa do vírus do papiloma humano foi negativa. A lesão vaginal foi biopsada, diagnosticando-se uma neoplasia maligna com características de adenocarcinoma invasor, não tendo sido possível concluir acerca da origem primária da neoplasia (vagina *versus* envolvimento metastático). A ecografia transvaginal demonstrou uma massa pélvica com envolvimento da parede posterior do útero e do anexo direito altamente sugestiva de malignidade e espessamento endometrial de 18mm. Foi realizada biópsia endometrial que revelou adenocarcinoma do endométrio *mesonephric-like*. Os marcadores tumorais encontravam-se elevados (CA 125, HE4, CA 19.9, SCC). O estudo imagiológico demonstrou hidronefrose direita, metastização pulmonar, hepática (bilobar), peritoneal, vaginal e ganglionar (ilíaco externo esquerdo e interaorto-cava), concluindo tratar-se de um estadio IVB. Neste contexto, iniciou quimioterapia paliativa com carboplatino e paclitaxel. **Conclusão:** Este caso vai de encontro ao que se encontra descrito na literatura, demonstrando que o adenocarcinoma do endométrio *mesonephric-like* se diagnostica frequentemente em estádios avançados. Uma rápida progressão da doença, recidiva frequente e metástases à distância (principalmente pulmonares), fazem com que o prognóstico seja frequentemente desfavorável.

PO 16

UM OLHAR ATENTO SOB A VULVA – TUMOR DA GLÂNDULA MAMÁRIA DE LOCALIZAÇÃO INCOMUM

Andreia Sousa¹; Marina Gomes²; Renata Dias³; Joana Liz Pimenta⁴; Alexandra Pregal²; Mónica Pires²; Mariana Rei⁵

¹Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, ULS do Tâmega e Sousa, Penafiel; ²Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil EPE, Porto; ³Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil EPE, Porto; ⁴Serviço de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil EPE, Porto; ⁵Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil EPE, Porto, Portugal e Departamento da Mulher e da Criança, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

O cancro da vulva é uma neoplasia rara, representando menos de 4% de todas as neoplasias ginecológicas, não havendo evidência que suporte a implementação de um rastreio populacional. A sua incidência é superior em mulheres na menopausa e o tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas (90%). Tipos histológicos mais raros podem manifestar-se em idades jovens e ter apresentações clínicas menos típicas.

Mulher de 47 anos, 2G 2P, ECOG0, encaminhada à clínica de Ginecologia para exclusão de neoplasia primária ginecológica no contexto de estudo de tumor primário oculto, após diagnóstico de múltiplas lesões ósseas líticas compatíveis com metastização óssea difusa em tomografia computadorizada, realizada por queixas de lombalgia. Apresentava como antecedentes pessoais história de melanoma T1bN0M0 excisado em 2010. Tinha como queixa ginecológica uma tumefação vulvar do grande lábio esquerdo com 1 ano de evolução, a aguardar cirurgia eletiva no hospital da área de residência. Ao exame ginecológico apresentava uma tumefação vulvar na dependência do grande lábio esquerdo com 40 x 20mm, em localização profunda no tecido

celular subcutâneo, sem expressão cutânea, móvel, de contornos irregulares e consistência pétrea. Foi realizada biópsia da lesão e o resultado histológico revelou adenocarcinoma vulvar do tipo glândula mamária GATA 3, RE e RP positivo, Her-2 negativo; sinaptofisina positivo; CK7 positivo; PAX 8, p63 e SOX10 negativo. A realização do exame clínico e exames de imagem mamária, incluindo ressonância magnética, não revelaram alterações, excluindo a possibilidade de se tratar de lesão vulvar metastática de um tumor primário da mama. O plano terapêutico foi delineado em consulta multidisciplinar de ginecologia e mama tendo sido proposta hormonoterapia paliativa de 1º linha em associação com inibidores das ciclinas CDK4/6 (Ribociclib+Letrozol e aLHRH) e radioterapia paliativa dirigida as lesões ósseas para melhor controlo algico. Atualmente encontra-se sob tratamento sistémico, com boa tolerância e resposta clínica e imagiológica. Lesões vulvares atípicas podem ocultar tumores raros e agressivos que carecem um diagnóstico precoce, constituindo um desafio clínico. O adenocarcinoma vulvar do tipo glândula mamária é um tumor raro. Esta documentação torna-se essencial para a partilha de conhecimento sobre a manifestação, diagnóstico e evolução desta patologia, de modo a alertar os clínicos para esta entidade, assim como, possibilitar a elaboração de orientações clínicas no tratamento e seguimento destas doentes.

PO 17

DIAGNÓSTICO E ORIENTAÇÃO DE CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO NA GRAVIDEZ

Inês Gil Dos Santos¹; Joana Farhat¹; Marta Campos²; Inês Alencão¹; Helena Veloso¹; Maria João Carinhas¹

¹CMIN – ULSSA; ²Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O cancro do cólo do útero é uma das neoplasias mais comuns na gravidez, com uma incidência estimada de 0.8-1.5/10 000 nascimentos. 1-3% das mulheres diagnosti-

casas estão grávidas ou no pós-parto no momento do diagnóstico; cerca de 50% destes casos são diagnosticadas no período pré-natal. O diagnóstico de carcinoma invasor do colo do útero constitui um desafio tanto para a doente como para os seus cuidadores de saúde. Dadas as complexas questões médicas e éticas presentes, a orientação em mulheres que escolhem não terminar a gravidez – ou que não têm a possibilidade de o fazer – requer considerações individualizadas, considerando o estadio da doença, opções de tratamento, preferências da doente e a viabilidade fetal.

Descrição do caso: Reportamos o caso de uma mulher de raça negra, de 37 anos, que correu ao serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia pelas 11 semanas de gravidez com queixas de perda hemática vaginal. Ao exame objetivo, foi detetada uma tumefação vegetativa do cérvix com cerca de 4 cm de maior eixo. Nunca teria realizado rastreio para cancro do colo do útero. Foi realizada uma citologia cervico-vaginal, colheita para teste de HPV e colposcopia, que confirmaram lesão extensa com presença de HPV-16 sugestiva de carcinoma invasor. Biópsia do colo mostrou lesão intraepitelial de alto grau, mas não confirmou invasão. Devido à discrepância entre os achados colposcópico-histológicos, foi realizada uma conização diagnóstica às 18 semanas de idade gestacional, cujo resultado demonstrou carcinoma epidermóide invasor do colo. Foi classificado como estadio IB2 após ressonância magnética (RMN). A doente decidiu prosseguir com a gravidez. Foi proposta para quimioterapia neoadjuvante e re-estadiamento após o parto.

A gravidez decorreu sem outras intercorrências e o recém-nascido nasceu via cesariana às 34 semanas de idade gestacional. RMN pélvica pós-parto revelou achados semelhantes ao estudo imagiológico prévio. Foi submetida a HT radical de Wertheim-Meigs 2 meses após o parto, sem intercorrências cirúrgicas. À data, a doente encontra-se clinicamente está-

vel, mantendo seguimento na nossa instituição. **Conclusão:** Não existem dados resultando de estudos randomizados substanciais para definir a orientação do cancro do colo do útero na grávida. As estratégias terapêuticas devem ser meticulosamente individualizadas, considerando o estadio da doença, a intenção da doente de prosseguir com a gravidez, e os potenciais riscos associados com a modificação ou atras no início de terapêutica adequada.

PO 18

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DA VAGINA – UM DIAGNÓSTICO INVULGAR

Inês Gil Dos Santos; Ana Beatriz Almeida; Joana Farhat; Maria João Carinhas; Susana Carvalho; Helena Veloso; Alexandre Morgado
CMIN - ULSSA

Introdução: O carcinoma da vagina é uma entidade rara, representando 1-2% de todos os tumores malignos ginecológicos. Localiza-se mais frequentemente no 1/3 superior da vagina e só pode ser classificado como neoplasia primária após exclusão de neoplasia concomitante do colo uterino e/ou da vulva, antecedentes de carcinoma in situ ou invasor nestas localizações nos últimos 5 anos, e exclusão de metástases. O tipo histológico mais frequente é o carcinoma espinocelular (80-90%), seguido do adenocarcinoma (8-10% dos casos), sendo predominantemente diagnosticados na pós-menopausa.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de uma mulher de 59 anos que foi referenciada à consulta de especialidade de Ginecologia por perda hemática vaginal pós-menopausa, descrita como escassa, mas contínua, com 2 meses de evolução. Apresentava avaliação ecográfica demonstrando endométrio com 3 mm de espessura. Ao exame objetivo, descrita apenas atrofia vulvovaginal marcada. Foi submetida a histeroscopia cerca de 2 meses depois, tendo sido visualizada, ao exame ginecológico, lesão ulcerativa de bordos irregulares com hemorragia ativa, com cerca de 2

cm de maior eixo, no 1/3 superior da vagina ao nível da parede posterior, que foi biopsada. Ao exame da cavidade uterina, foi objetivada presença de neoformação polipóide, tendo esta sido removida. A biópsia da lesão vaginal revelou adenocarcinoma endometrióide de células claras grau 3. O estadiamento revelou tratar-se de um FIGO IIA.

A doente foi então submetida a histerectomia radical com anexectomia bilateral, vaginectomia do 1/3 superior e linfadenectomia pélvica bilateral. A cirurgia complicou com lesão iatrogénica do reto, com necessidade de ileostomia de proteção. Procedeu com tratamentos adjuvantes de quimio, radio e braquiterapia, tendo sido submetida a reposição do trânsito intestinal após.

Mantém vigilância na nossa instituição, tendo realizado citologia vaginal negativa e TAC-TAP sem evidência de doença (3 meses após o fim do tratamento), apresentando-se clinicamente estável até à data (4 meses após o fim do tratamento).

Conclusão: Dada a sua raridade, não existem estudos randomizados para definir o melhor tratamento para o cancro da vagina, sendo a abordagem terapêutica extrapolada do cancro do colo útero e anal. Devido às suas características anatómicas particulares, 10-15% das mulheres tratadas para carcinoma da vagina acabarão por desenvolver complicações relacionadas com o tratamento.

PO 19

TUMOR MUCINOSO BORDERLINE SECRETOR DE ANDROGÉNIOS DURANTE A GRAVIDEZ: CASO CLÍNICO

Helena Carolina Dias; Célia Amorim Costa; Raquel Mota; Vera Paiva; Antónia Costa
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O diagnóstico de massas anexiais durante a gravidez é um desafio crescente, especialmente devido ao aumento do número de grávidas com acesso ao rastreio

pré-natal. A maioria das massas é benigna e resolve espontaneamente no pós-parto, mas uma pequena percentagem corresponde a tumores malignos ou *borderline*, podendo ser, inclusivé, funcionais. Tumores secretores de androgénios, tais como os de células de Sertoli-Leydig, são raros, mas apresentam riscos significativos, incluindo virilização materno-fetal e complicações obstétricas. Este relato descreve um caso raro de um tumor mucinoso *borderline* secretor de androgénios na gravidez, discutindo desafios diagnósticos e terapêuticos.

Caso clínico: Mulher, 38 anos, G1P0 de feto feminino, foi diagnosticada incidentalmente, às 13 semanas de gestação, com uma massa anexial complexa unilateral de 68 mm, posteriormente caracterizada por um tumor cístico de crescimento progressivo (145 mm às 20 semanas). Os marcadores tumorais encontram-se normais, exceto níveis elevados de testosterona total (18 vezes acima do limite superior do normal) e inibina A (1,4 vezes acima do limite superior do normal), sugerindo um tumor funcional, sem sinais de virilização materno-fetal.

Adotou-se uma abordagem multidisciplinar: tratamento médico com espironolactona (100 mg/dia) para reduzir a exposição fetal a androgénios associado a vigilância apertada de sinais ecográficos e clínicos de virilização fetal e materna, respetivamente. Às 28 semanas, devido ao crescimento da massa tumoral (triplicação da dimensão máxima para 180mm), foi realizada uma anexectomia laparotómica. A avaliação anatomopatológica revelou um tumor mucinoso *borderline* (FIGO IC1), com envolvimento limitado à cápsula do ovário e sem envolvimento da superfície, com presença de focos microscópicos dispersos de hiperplasia de células de Leydig e aspetos de luteinização do estroma intratumoral. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e o parto vaginal ocorreu às 39 semanas com o nascimento de um recém-nas-

cido saudável sem sinais de virilização.

Conclusão: A abordagem das neoformações anexiais na gravidez exige a ponderação dos riscos de (1) malignidade, (2) produção hormonal com impacto materno-fetal, (3) obstétricos como a via do parto, obstrução do trabalho de parto e de prematuridade. Só uma uma conduta multidisciplinar individualizada e dinâmica de acordo através de uma vigilância clínica-analítica-imagiológica apertada, permitirá balancear estes riscos maternos e fetais. Neste caso, a estratégia conservadora inicial, seguida de intervenção cirúrgica oportuna, resultou em desfechos favoráveis.

PO 20

CANCRO DO OVÁRIO E RISCO GENÉTICO – A EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Maria Inês Sargaço Ferreira da Silva¹; Maria Inês Barradas¹; Sara Câmara²; Pedro Berenguer³; Ana Sofia Alves⁴; Filipa Santos¹; Hugo Gaspar¹; Mónica Sousa⁵; Carolina Camacho⁵; Maria Lília Remesso¹
¹Hospital Dr. Nélio Mendonça; ²Clinica de Risco Familiar e Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Dr. Nélio Mendonça; ³Centro de Investigação Dr.^a Maria Isabel Mendonça- Registo Oncológico da RAM, SESARAM, EPERAM; ⁴Clinica de Risco Familiar, SESARAM, EPERAM; ⁵Serviço de Oncologia Médica, Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: Atendendo ao potencial terapêutico e prognóstico, a avaliação genética está indicada em todas as doentes com cancro de ovário (não mucinoso), da trompa ou do peritoneu. Estima-se que cerca de 13-15% dos casos de cancro epitelial do ovário apresentam variantes patogénicas germinativas BRCA1/2 e que, adicionalmente, 5-7% terão mutações somáticas.

Objetivos: Identificar e caracterizar os casos de cancro do ovário tratados nos últimos 3 anos no Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), incluindo dados clínicos, histológicos e genéticos.

Material e métodos: Foram identificadas todas as doentes com diagnóstico histológico

de carcinoma do ovário seguidas no HNM, entre janeiro de 2021 e dezembro de 2023, através do Registo Oncológico da Região Autónoma da Madeira (RAM). Entre estas, selecionaram-se apenas os cancros não mucinosos. Reuniram-se dados sobre a idade ao diagnóstico, a existência de antecedentes familiares relevantes, a histologia da neoplasia, os achados genéticos na peça cirúrgica e no sangue periférico, o tratamento efetuado/ uso de terapêuticas alvo e a evolução da doença. **Resultados:** Durante o período em análise, foram identificados 48 casos de cancro do ovário, com uma idade média de 61 anos. A maioria (81%, n=39) eram tumores epiteliais não mucinosos, 8% (n=4) tumores de células germinativas e 10% (n=5) apresentavam histologia inconclusiva. Entre os tumores epiteliais não mucinosos, 92% (n=36) tinham histologia serosa pura, incluindo 35 carcinomas serosos de alto grau e 1 de baixo grau; 7% (n=3) apresentaram histologia não serosa. O estudo genético foi realizado em 67% das neoplasias do ovário (n=32), com resultados positivos em 50% (n=16); 2 resultados são desconhecidos. A presença de variantes patogénicas nos genes BRCA1 e/ou BRCA2, somáticas e/ou germinativas foi identificada em 10 doentes. Em 8 casos, não foi possível determinar se o estudo genético foi realizado. **Discussão/conclusões:** Esta casuística permitiu caracterizar a genética do cancro do ovário na RAM, corroborando a prevalência estimada de variantes patogénicas com interesse terapêutico. Os dados obtidos reforçam a importância de disponibilizar amplamente o estudo genético, não apenas para identificar doentes elegíveis para o tratamento com inibidores PARP, mas também para possibilitar o diagnóstico genético pré-sintomático aos familiares adultos após aconselhamento adequado, com potencial impacto na redução da incidência regional do cancro do ovário.

PO 21

A IMPORTÂNCIA

DA MULTIDISCIPLINARIEDADE NA RARIDADE: DOIS CASOS DE UM CENTRO

Mafalda Sousa; Teresa Bruno; Margarida Bernardino;
Joana Ferreira; Sofia Fernandes; Catarina Cardoso;
Fátima Vaz
IPO Lisboa

Introdução: O carcinoma de pequenas células do ovário tipo hipercalcémico (SCCOHT) é uma neoplasia rara, de mau prognóstico, diagnosticada principalmente em mulheres jovens. Cerca de 60% dos casos apresentam hipercalcémia sérica. A decisão terapêutica é complexa exigindo uma abordagem multidisciplinar e contato de centros de referência.

Caso clínico 1: Mulher, 20 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, foi observada na urgência (SU) com dor no flanco direito em Dezembro de 2021. A TC abdominopélvica (AP) revelou uma massa pélvica heterogénea sugestiva de teratoma imaturo. Em Fevereiro de 2022 foi submetida a salpingo-ooforectomia direita e lavagem peritoneal. Após confirmação intraoperatória de malignidade, foram realizados omentectomia, linfadenectomia pélvica bilateral e apendicectomia (cirurgia R0). O diagnóstico histológico confirmou SCCOHT com perda de expressão de SMARCA4. O cálcio sérico após a cirurgia era normal, o nível prévio não foi avaliado. O estadiamento cirúrgico foi completado com salpingo-ooforectomia esquerda e histerectomia após criopreservação de oócitos (FIGO IC2). Após 6 ciclos com PAVEP (cisplatina, doxorubicina, etoposido, ciclofosfamida), foi submetida a transplante autólogo de medula óssea (ATMO) em Janeiro de 2023. Não foram identificadas variantes patogénicas (VP) germinativas no gene SMARCA4, nem em painel multigénico adicional. Dois anos após o transplante, mantém-se sem evidência de doença.

Caso clínico 2: Mulher, 41 anos, foi ao SU por

dispneia, perda ponderal, distensão abdominal e anorexia. A TC torácica realizada em março de 2024 evidenciou derrame pleural volumoso e a TC AP revelou uma massa pélvica de grandes dimensões com implantes peritoneais e ascite e documentou-se hipercalcemia (11.0 mg/dL). Biópsia do ovário esquerdo fez o diagnóstico de SCCOHT, perda de expressão SMARCA4. Foi submetida a anexectomia esquerda, omentectomia, apendicectomia em Maio do mesmo ano (cirurgia R0). Estádio IIIB. Realizou 6 ciclos de PAVEP, mantém-se em remissão a aguardar ATMO. O teste genético identificou uma variante germinativa, provavelmente patogénica, no gene SMARCA4.

Conclusão: Os casos ilustram a complexidade do diagnóstico e tratamento do SCCOHT, destacando a importância de uma abordagem multidisciplinar: além da cirurgia e do tratamento sistémico, o ATMO mostrou melhor sobrevivência. A realização de testes genéticos para pesquisa de VP do gene SMARCA4 é importante, uma vez que estas doentes desenvolvem tumores de alto grau e ainda sugerem uma predisposição familiar em que outros membros poderão beneficiar de aconselhamento genético.

PO 22

CONDUTA CIRÚRGICA DE TUMORES *BORDERLINE* DO OVÁRIO: ABORDAGEM CONSERVADORA VS ESTADIAMENTO COMPLETO

Márcia Coimbra; Camila Couto; Joana Aídos; Sónia Gonçalves; Pedro Rodrigues; Nuno Nogueira Martins
ULS Viseu Dão Lafões

Introdução: Os tumores *borderline* do ovário constituem um grupo heterogéneo de lesões caracterizadas por uma proliferação epitelial atípica, mas sem invasão estromal. Afetam principalmente mulheres jovens, representando 15% dos tumores epiteliais do ovário, com uma incidência que atinge os 4,5 casos por 100.000.

O diagnóstico pré-operatório é desafiante devido às limitações das técnicas de imagem e marcadores tumorais. O prognóstico é bastante favorável, com uma taxa de sobrevida aos 10 anos de cerca de 95%. O tratamento recomenda estadiamento completo, mas em situações específicas pode ser considerada uma abordagem conservadora.

Objetivos: Avaliar os desfechos da abordagem conservadora e do estadiamento completo em tumores *borderline* do ovário.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de tumores do ovário submetidos a exame extemporâneo entre janeiro de 2011 e dezembro de 2023, com diagnóstico histológico definitivo de tumor *borderline*.

Resultados: A amostra inicial incluiu 22 tumores *borderline* do ovário, dos quais 5 casos foram excluídos. Deste total, 13 casos realizaram estadiamento completo e 4 foram submetidos a abordagem conservadora. A amostra foi composta por 6 mulheres pré-menopáusicas e 11 pós-menopáusicas. Entre os casos analisados, 64% apresentaram elevação do CA-125 e 43% tinham um *Risk of Ovarian Malignancy Algorithm* (ROMA) indicativo de alto risco de malignidade.

No que diz respeito à abordagem conservadora, três dos casos referem-se a pacientes com múltiplas comorbilidades e/ou sem desejo de realizar novo procedimento cirúrgico, enquanto um caso corresponde a uma paciente com desejo reprodutivo. Todos os casos encontram-se em vigilância, entre 2 e 9 anos neste momento, sem quaisquer recidivas.

Nos casos com estadiamento completo, 9 pacientes foram submetidas a estadiamento intraoperatório, sendo 7 classificadas como FIGO I (5 IA, 1 IB, 1 IC) e 2 como FIGO III. Apenas o caso FIGO IC apresentou recidiva no terceiro ano após o estadiamento cirúrgico, encontrando-se atualmente em tratamento com quimioterapia paliativa. Os restantes casos não apresentaram recidiva até o momento. Em 4 casos foi realizado

reestadiamento cirúrgico, com todos os casos correspondendo a tumores FIGO IA e sem sinais de recorrência durante o seguimento, com duração mínima de 3 anos até ao momento.

Discussão/conclusões: Os tumores *border-line* do ovário apresentam um prognóstico favorável, como evidenciado neste estudo. A abordagem conservadora revelou-se uma opção viável, com todos os casos em vigilância prolongada (entre 2 e 9 anos) e sem sinais de recidiva até o momento. O estadiamento completo também foi associado a um prognóstico favorável, sem complicações cirúrgicas maiores, com apenas um caso de recidiva (tumor FIGO IC). As principais limitações deste estudo são o número reduzido de casos e a necessidade de maior tempo de seguimento.

PO 23

O CASO DA TORÇÃO ANEXIAL COM CÉLULAS CLARAS

Márcia Coimbra; Beatriz Coelho; Ângela Melo;
Sónia Gonçalves; Nuno Nogueira Martins
ULS Viseu Dão Lafões

Introdução: A torção anexial é uma emergência ginecológica que, na maioria dos casos, está associada a patologia anexial benigna. No entanto, a possibilidade de diagnosticar uma neoplasia maligna em tal contexto, ainda que rara, reforça a importância da análise histopatológica de todas as peças cirúrgicas. O carcinoma de células claras do ovário é uma neoplasia rara, frequentemente associada a endometriose, e com implicações clínicas particulares.

Descrição de caso: Trata-se de uma mulher de 52 anos, com antecedentes de fibromialgia, artrite reumatoide e hipertensão arterial, previamente submetida a histerectomia total laparoscópica por hemorragia uterina anormal. Apresentava uma história obstétrica de três gestações, todas culminadas em partos vaginais. Recorreu ao serviço de urgência com queixas de dor lombar e pélvica com três dias de evolução, acompanhada de febre in-

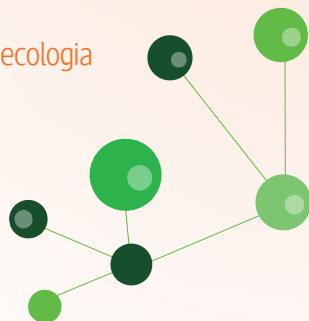
termitente nas passadas 24 horas.

Ao exame físico, apresentava abdómen mole e depressível, com dor moderada à palpação pélvica, mas sem dor à descompressão. O estudo ecográfico revelou uma formação anexial aparentemente sólida, de 91 mm, em posição central na pélvis, com um Score Doppler 3. Os exames laboratoriais demonstraram leucocitose discreta e aumento da PCR. Face ao agravamento analítico e ao achado ecográfico sugestivo de torção anexial, foi decidida abordagem cirúrgica. Inicialmente, foi realizada uma laparoscopia diagnóstica para exclusão de doença peritoneal, não tendo sido observada doença metastática visível em nenhuma localização abdominal ou pélvica. Seguidamente, procedeu-se a uma laparotomia exploradora, em que se constatou uma torção anexial direita com duas voltas completas do pedículo infundíbulo-pélvico, tendo sido realizada anexectomia direita. O exame anatomopatológico revelou carcinoma de células claras do ovário com necrose extensa, estadiado como FIGO IA. Atendendo ao resultado histológico anterior foi realizada cirurgia de reestadiamento, com anexectomia contralateral e estadiamento ganglionar e peritoneal. Nas peças operatórias adicionais não foi identificada evidência de doença residual, pelo que manteve o estadio IA e foi submetida a quimioterapia adjuvante, tendo completado seis ciclos e encontrando-se atualmente em vigilância semestral, sem evidência de doença até o momento.

Conclusão: Este caso sublinha a importância de manter uma alta suspeição de malignidade, mesmo em cenários clínicos em que a patologia anexial benigna é mais provável. Neste caso a abordagem cuidadosa e detalhada demonstrada permitiu a minimização do risco de disseminação da doença, contribuindo para um melhor prognóstico da mesma. Além disso, a deteção precoce, o estadiamento adequado e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para uma correta decisão terapêutica e maior sobrevida a longo prazo.

205ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Ginecologia Oncológica



Organização



Major sponsors



Sponsors



Secretariado



paula.cordeiro@admedic.pt
elsa.sousa@admedic.pt
www.admedic.pt