

REUNIÃO

da Sociedade Portuguesa
de Ginecologia

29 | maio | 2021

EPIC SANA Algarve Hotel
& Online



Aceda aqui ao
PROGRAMA com
os RESUMOS

GINECOLOGIA

Desafios para
a Especialidade

PROGRAMA
Científico

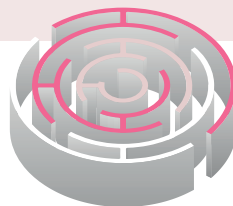
REUNIÃO

da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

29 | maio | 2021

EPIC SANA Algarve Hotel & Online

GINECOLOGIA Desafios para a Especialidade



Programa Científico

07:50h Abertura do Secretariado

08:50-09:00h **Sessão de Abertura/Opening Session**
Teresa Mascarenhas & Margarida Martinho

09:00-10:00h **Sessão 1/Session 1**

Prevenção e inovação na patologia do tracto genital inferior
Prevention and innovation in pathology of the lower genital tract
Moderadores/Chairpersons: Amélia Pedro & Amália Pacheco

Evidências e controvérsias na abordagem das LSIL
Evidence and controversy in the LSIL management
Maria Castro

Impacto da vacinação e do rastreio com teste HPV na colposcopia
Impact of vaccination and HPV screening on colposcopy
John Tidy

Seguimento das mulheres tratadas de HSIL
Follow-up of women treated for HSIL
Gustavo Mendinhos

10:00-10:15h **Sessão 2/Session 2**
Imagens em Ginecologia
Images in Gynecology

Moderadores/Chairpersons: Pedro Condeço & Graça Ramalho

I 01 Torção isolada da trompa de falópio – A propósito de 2 casos clínicos
Mariana C. Cardoso

I 02 Istmocelo
Andreia de Vasconcelos Gaspar

10:15-10:45h

Simpósio/Symposium

 **GEDEON RICHTER**
10 anos em Portugal

E4 (Estetrol)/DRSP, o renascimento da contraceção oral combinada

E4 (Estetrol)/DRSP, the renascence of combined oral contraception

Moderadora/*Chairman*: Teresa Mascarenhas

Palestrante/*Speaker*: Joaquim Neves

Conclusões

Conclusions "Take home messages"

10:45-11:00h

Coffee-break

11:00-11:45h

Conferência 1/Conference 1

O futuro da cirurgia do prolapso por via vaginal

Future aspects of vaginal prolapse surgery

Moderadores/*Chairpersons*: Bercina Candoso  & Sofia Alegria

Palestrante/*Speaker*: Jan-Paul Roovers 

11:45-12:30h

Sessão 3/Session 3

Rastreios nacionais no feminino

National screenings in the female

Moderadores/*Chairpersons*: Fátima Faustino & Nuno Nogueira Martins 

Rastreio organizado de cancro da mama – Análise crítica

Breast cancer screening program – A critical analysis

Olga Caramelo

Rastreio do cancro do colo do útero – Novas regras de implementação

Cervical cancer screening program – New rules for implementation

José Dinis

12:30-13:00h

Sessão 4/Session 4

Discussão de Posters

Poster discussion

Moderadores/*Chairpersons*: Alberto Fradique  & Liana Negrão 

PAS 01 Influência da co-infecção por vários genótipos de HPV de alto-risco no desenvolvimento de lesões cervicais

Kristina Hundarova

PAS 02 Histerectomia pós-parto: Revisão de 11 anos no hospital de cascais

Margarida Gonzalez

PAS 03 Diagnóstico de lesões CIN 2+ em peça de conização, a experiência de um centro

Tânia Barros

(Continua...)

(Continuação)

PAS 04 Correção cirúrgica da incontinência urinária de esforço
– Resultados e fatores de risco para falha
Joana Mariz Ribeiro

PAS 05 Vigilância e negatificação do HPV 16 a 12 meses em mulheres com lesão intraepitelial de baixo grau
João Pedro G. Pereira

PAS 06 Massas anexiais na gravidez: Abordagem laparoscópica
Cristiana Moreira

PAS 07 Tumores borderline do ovário – A experiência de um hospital distrital
Rita Silva

PAS 08 Pólipos endometriais e malignidade – Experiência de 11 anos
Rita Palmar Ribeiro

13:00-14:00h Almoço/Lunch

14:00-14:30h **Conferência 2/Conference 2**
Certificação em oncologia ginecológica. O que se passa na Europa?
Gynecologic oncology certification. ESGO recommendations
Moderadores/Chairpersons: Daniel Pereira da Silva & Paulo Aldinhas
Palestrante/Speaker: Luís Chiva 

14:30-15:00h **Conferência 3/Conference 3**
Qual a melhor abordagem da SGUM na mulher com cancro da mama
Therapeutic approach to SGUM in menopausal women with breast cancer
Moderadores/Chairpersons: Fernanda Gerales & Cláudio Rebelo
Palestrante/Speaker: Gloria Richard-Davis 

15:00-15:30h **Simpósio/Symposium**  **tecnimede**
DHEA/Prasterona: Uma visão clínica da importância dos receptores de androgénios para a saúde geniturinária
DHEA/Prasterone: A clinical overview of the importance of androgen receptors to genitourinary health
Moderadora/Chairman: Fernanda Gerales
Palestrante/Speaker: Rachel S. Rubin 

15:30-16:00h **Conferência 4/Conference 4**
Essure: E quando é necessário remover?
Essure: And when it's necessary to remove?
Moderadores/Chairpersons: Luís Ferreira Vicente & António Lanhoso
Palestrante/Speaker: Paloma Lobo Abascal 

16:00-16:15h

Coffee-break

16:15-16:45h

Conferência 5/Conference 5

Microbioma vaginal – Transplante de microbioma vaginal como opção terapêutica

Vaginal microbiome – Vaginal microbiome transplantation as a therapeutic option

Moderadores/*Chairpersons*: José A. Moutinho  & Pedro Vieira Baptista 

Palestrante/*Speaker*: Ahinoam Lev-Sagie 

16:45-17:45h

Sessão 5/Session 5

Comunicações Orais

Oral Communications

Moderadores/*Chairpersons*: Almerinda Petiz  & José Reis

C0 01 Preditores de tolerância na histeroscopia de consultório

– Análise de 3 anos num centro terciário

Ana Carolina Coimbra

C0 02 Tratamento cirúrgico da endometriose: Complicações associadas

Susana Correia Costa

C0 03 *Gynecological sarcomas, where are we? – The experience of a tertiary center over 14 years*

Filipa Costa Sousa

C0 04 Rastreio do cancro do colo do útero nos extremos de idade

Mafalda Simões

C0 05 Impacto da vacinação HPV no rastreio de cancro do colo do útero

Beatriz Ferro

C0 06 Neoplasia Intraepitelial vaginal de alto grau (VaIN 2 e 3)

– Experiência do Centro Hospitalar Universitário do Porto

Rafael Brás

C0 07 Mulheres portadoras de mutação nos genes BRCA:

7 anos de seguimento no Instituto Português de Oncologia do Porto

Mariana Dória

17:45-18:00h

Sessão de Encerramento/Closing Session

Teresa Mascarenhas & Margarida Martinho

GINECOLOGIA

Desafios para a Especialidade

Resumos dos Trabalhos IMAGENS

I 01

TORÇÃO ISOLADA DA TROMPA DE FALÓPIO – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Mariana C. Cardoso^{1,2}; Mariana Gamito²;
Inês Rodrigues²; Filipa Caeiro²; Liliana Barros²;
Amália Martins²; Carlos Veríssimo²

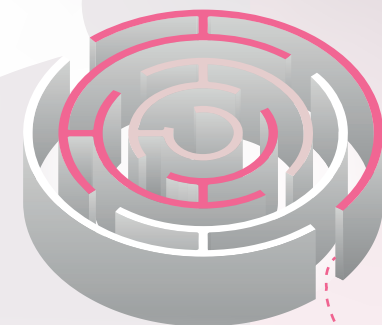
¹Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE; ²Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A torção isolada da trompa de falópio é uma causa rara de dor pélvica aguda em mulheres em idade reprodutiva e ainda mais rara antes da puberdade. Massas anexiais, patologia tubária e infeções pélvicas são alguns fatores de risco conhecidos. Esta entidade é frequentemente subdiagnosticada tanto pela sua raridade, como pela ausência de características clínico-imagiológicas diferenciadoras, sendo o diagnóstico definitivo maioritariamente realizado durante a exploração cirúrgica. O não reconhecimento da mesma pode levar a trauma, isquemia e necrose tubários, resultando numa emergência cirúrgica, diminuindo a probabilidade de tratamento conservador.

Objetivos: Apresentação de 2 casos de torção isolada da trompa de falópio e revisão da literatura.

Material e métodos: Consulta de processos e revisão da literatura.

Casos clínicos: Caso 1: 11 anos, saudável, menarca há 3 meses, sem início de vida sexual e história de achado incidental de hidros-



salpinge esquerda. Recorreu ao serviço de Urgência (SU) por dor intensa na fossa ilíaca esquerda (FIE), de início súbito, acompanhada de náuseas, sem vômitos. Negava febre ou outras queixas. Em tomografia computadorizada (TC) verificou-se trompa esquerda com trajeto tortuoso, corroborando a hipótese de torção do ovário esquerdo, com dilatação da trompa adjacente. Na laparoscopia diagnóstica, constatou-se torção isolada da trompa esquerda e zona de estenose proximal às fimbrias, condicionando dilatação marcada da trompa, pelo que se realizou salpingectomia, sem intercorrências.

Caso 2: 14 anos, saudável, menarca aos 10 anos, sem início de vida sexual. Recorreu ao SU por dor intensa na FIE e vômitos incoercíveis, com 24 horas de evolução. Negava febre ou outras queixas. Ecograficamente, via retal, revelou imagem retrouterina alongada (70 mm) com quisto simples na porção distal (40 x 20 mm) e ambos os ovários normais, o que levou à suspeita de torção da trompa. A TC não foi esclarecedora. Na laparoscopia diagnóstica, constatou-se torção isolada da trompa esquerda com aspeto necrótico e distensão da região distal compatível com o quisto da trompa, pelo que se realizou salpingectomia, sem intercorrências.

Conclusão: A torção isolada da trompa de falópio deve ser considerada em todas as mulheres com dor pélvica aguda, principalmente

se houver história de hidrossalpinge ou de quistos paratubários. Um diagnóstico atempado é extremamente importante, pois poderá permitir a preservação da trompa, evitando consequente subfertilidade.

I 02

ISTMOCELO

Gaspar, A.¹; Gonzalez, M.²; Brandão, A.²; Nunes, F.²

¹Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal; ²Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Cascais, Portugal

Introdução: O istmocelo corresponde a uma descontinuidade miometrial no local de uma cicatriz de cesariana prévia.

Objetivo: Demonstrar a importância da imagem em ginecologia na avaliação desta condição.

Material e métodos: Imagem em ginecologia

Resumo: Mulher de 32 anos, melanodérmica, com antecedentes de hipertensão arterial e 2 cesarianas anteriores, foi referenciada à consulta externa por algias pélvicas com vários meses de evolução e suspeita de hidrossalpinge. Encontrava-se sob contraceção com implante subcutâneo, em amenorreia. Realizou ecografia transvaginal que revelou útero em retroversão com 79 x 33 x 43 mm de eixos longitudinal x antero-posterior x transversal, de contornos regulares e miométrio com ecoestrutura difusamente heterogênea; Eco endometrial com 2,4 mm. A nível da zona da histerorrafia, observa-se a presença de um istmocelo com 30 x 28 mm, com conteúdo anecogénico com ecos em suspensão, sugestivo de sangue coletado. Ovário direito com 29 x 11 x 21 mm. Ovário esquerdo com 41 x 25 x 32 mm, apresentando uma imagem quística unilocular de paredes regulares e conteúdo anecogénico, medindo 34 x 21 x 28 mm. Fundo de saco posterior livre. Por apresentar sintomatologia e devido ao volume do istmocelo foi decidida correção cirúrgica.

GINECOLOGIA

Desafios para a Especialidade

Resumos dos Trabalhos COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

PREDITORES DE TOLERÂNCIA NA HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO – ANÁLISE DE 3 ANOS NUM CENTRO TERCIÁRIO

Ana Carolina Coimbra; Vera Falcão; Pedro Pinto;
João Cavaco Gomes; Ana Sofia Fernandes;
Margarida Martinho; Jorge Beires
*Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar
e Universitário São João*

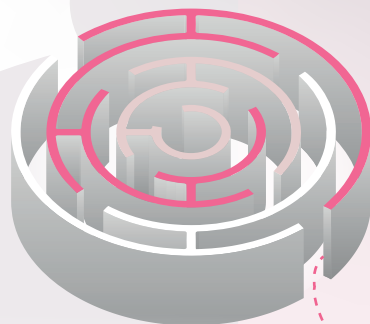
Introdução: A histeroscopia é actualmente o procedimento com maior acuidade no diagnóstico e tratamento da patologia intra-uterina. Os instrumentos de menor calibre permitiram a sua realização em ambiente de consultório com melhor tolerância e contribuíram para a disseminação da sua utilização. A tolerância aos procedimentos é ainda o maior factor limitante à sua utilização.

Objetivos: Avaliar os factores preditores de má tolerância a procedimentos histeroscópicos de consultório.

Métodos: Estudo retrospectivo, com análise dos dados das doentes submetidas a procedimentos histeroscópicos de consultório no Centro Hospitalar e Universitário de São João no período de 2018-2020. Na análise estatística realizou-se comparação de variáveis categóricas com teste qui-quadrado e regressão logística.

Resultados: Nos 3 anos estudados, foram realizadas 1418 histeroscopias de consultó-

rio, das quais 42,6% cirúrgicas. A média de idades foi de $53 \pm 13,8$ anos, estando 50,8% das mulheres na menopausa. Quanto à paridade, 17,8% das doentes eram nulíparas, 68,7% tinham tido pelo menos um parto vaginal e 26,6% antecedentes de cesariana. A suspeita de pólipos endometriais foi a principal indicação para o procedimento (41,5 %) e o principal achado intra-operatório (40,6 %). A administração prévia de misoprostol verificou-se em 17,1% dos casos e foi necessário bloqueio paracervical em 2 %. A tolerância aos procedimentos avaliada subjectivamente pelo operador foi má a péssima em 14,9% e razoável a excelente em 85,1 %. Uma tolerância má a péssima foi mais frequentemente observada em mulheres na menopausa (18,1% vs. 11,7% na pré-menopausa, $p = 0,001$) e sem parto vaginal anterior (18,8% vs. 12,9% com antecedentes de pelo menos um parto vaginal, $p = 0,007$). A histeroscopia cirúrgica foi realizada mais frequentemente em doentes com tolerância razoável a excelente (47 %) do que naquelas com tolerância má-péssima (22,3 %, $p < 0,0005$). Antecedentes de cesariana, administração de misoprostol e bloqueio paracervical não mostraram associação com a tolerância. Ocorreu reacção vaginal em 2,5% das mulheres e a interrupção do procedimento por intolerância em 2,1 %, tendo-se encontrado apenas associação entre a intolerância e o status de menopausa (p



< 0,0005). A baixa tolerância levou mais frequentemente à necessidade de um segundo procedimento cirúrgico (56,4% vs. 17,5% na tolerância excelente a razoável, $p < 0,0005$).

Conclusões: A histeroscopia é um procedimento globalmente bem tolerado, com um bom perfil de segurança.

CO 02

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE: COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS

Susana Correia Costa; Tiago Aguiar;
João Cavaco Gomes; Ana Sofia Fernandes;
Margarida Martinho; Jorge Beires
*Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário
São João*

Introdução: O tratamento cirúrgico da endometriose associa-se a riscos cirúrgicos, em particular no caso da endometriose profunda (EP), e por isso deve ser criteriosamente planeado e discutido.

Objetivos: Descrever as complicações pós-operatórias (PO) e identificar fatores de risco de acordo com o a localização e extensão das lesões de endometriose (Classificação ASRM), características dos doentes e procedimentos cirúrgicos realizados.

Métodos: Estudo retrospectivo de 120 doentes submetidas a tratamento cirúrgico de endometriose num centro hospitalar terciário.

Resultados: Foram analisadas 120 mulheres com média de idade de $35,5 \pm 5,9$ anos. 14,4% e 84,7% tinham lesões do compartimento anterior e posterior, respetivamente. 46% endometriomas, dos quais 11% bilaterais. Nos 50,8% de casos com envolvimento intestinal, efectuou-se excisão da lesão por *shaving* em 76,7%, ressecção discóide em 10% e ressecção segmentar em 23,3 %. Em 33,6% dos casos ocorreu abertura da vagina, 8 por histerectomia. A mediana de internamento foi 4 dias (mín: 1; máx: 47).

Segundo a classificação Clavien-Dindo, as

complicações cirúrgicas registadas, foram de grau I em 8,8% e 9,6 %, grau II em 5,3% e 7,2 %, grau IIIa em 1,8% e 1,2 %, grau IIIb em 0,9% e 1,2 %, respetivamente antes e depois dos 6 meses de PO. Não foram registadas complicações grau IV ou V. A presença de lesão intestinal e abertura vaginal durante o procedimento cirúrgico associou-se a uma diferença estatisticamente significativa na taxa de complicações até ao 6º mês PO. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre complicações cirúrgicas antes e após os 6 meses de PO e índice de massa corporal, tabagismo, início de sintomas e gravidade e localização da endometriose (classificação da ASRM).

16% das doentes mantiveram dispareunia/dismenorreia até ao 6º mês PO e 21% após os 6 meses. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a persistência de dispareunia/dismenorreia e o início da sintomatologia, gravidade e localização da endometriose, abertura vaginal ou realização de histerectomia.

Conclusão: As características pré-operatórias não parecem prever o risco de complicações PO. A presença de lesão intestinal e a necessidade de abertura vaginal intraoperatoriamente parecem aumentar o risco de complicações até ao 6º mês PO. A persistência ou recorrência de dispareunia ou dismenorreia no PO ocorreu em cerca de 1/5 das doentes, sem claros fatores preditores.

GYNCOLOGICAL SARCOMAS, WHERE ARE WE? – THE EXPERIENCE OF A TERTIARY CENTER OVER 14 YEARS

Filipa Sousa¹; Luís Melo¹; João Gama²;
Joana Oliveira^{1,3}; Andreia Gaspar¹; Célia Antunes⁴;
Joana Rodrigues⁵; Isabel Henriques¹;
Cristina Frutuoso¹; Fernanda Águas¹

¹Gynecology Department, Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal;

²Pathology Department, Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal;

³Clinical Academic Center of University of Coimbra,
University Clinic of Gynecology, Faculty of Medicine,
Coimbra, Portugal; ⁴Radiology Department, Centro
Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra,
Portugal; ⁵Oncology Department, Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introduction: Gynecological sarcomas refer to several rare female genital-tract tumors, being the uterus the most common origin.

Objective: We aim to retrospectively analyze the management of patients with an initial diagnosis of gynecological sarcoma at our Institution, between 2006 and 2020.

Material & methods: Exclusion of patients with a diagnosis of recurrence and no previous information on primary therapy and of patients with no information regarding follow-up.

Results and conclusions: A total 37 patients were included, 21.6% (8) presenting stage IV disease.

Stage I-III patients' mean age at diagnosis was 57.1 ± 14.4 years. Regarding histology, 41.4% (12) had high-grade leiomyosarcoma (HG-LMS), 24.1% (7) endometrial stromal sarcoma (ESS), 10.3% (3) adenosarcoma (ADS) and 24.1% (7) other types. Tumor origins were 25 uterine, 1 vaginal, 1 para-adnexal, 1 adnexal and 1 vulvar.

All stage I-III underwent surgery, 41.4% (12) underwent radiotherapy (RT). 27.6% (8) chemotherapy (ChT) and 13.8% (4) hormone therapy (HrT). Disease recurred in 44.8% (13).

Palliative treatment included systemic therapy in 8 patients and no RT. Cancer-specific survival (CSS) had a median of 130 months [43.0; 217], rate at 24 and 60 months of 72.7% and 64.3%, respectively. Better disease-free survival (DFS), overall survival (OS) and CSS were found for ESS and ADS vs HG-LMS and others ($p = 0.015$, $p = 0.023$, $p = 0.012$, respectively). No other factors had a significant impact factor on DFS, OS or CSS, namely location (uterine vs other), menopause status, staging (I vs II-III), RT, ChT or HrT.

Stage IV patients' median age at diagnosis was 67 years. Regarding histology, 37.5% (3) had HG-LMS, 37.5% (3) ESS and 25.0% (3) rhabdomyosarcoma. Tumor origins were 6 uterine, 1 vaginal and 1 pelvic cavity. Surgery was performed in 62.5% (5) patients and 62.5% (5) underwent palliative treatment (3 RT, 2 ChT). All patients died due to disease progression, so OS = CSS, with a median of 4 months [1.22; 16.77] and 12 and 24 months OS being 25.0% and 0.0 %, respectively.

HG-LMS was our most common histological type, agreeing with previous reports. ESS and ADS showed a better overall prognosis. Due to their rarity and heterogeneity, the role of adjuvant treatment in gynecological sarcomas remains unclear and different adjuvant therapeutic strategies were applied. Further studies are needed as an international collaboration between expert centers to progress in understanding these tumors and its behavior.

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO NOS EXTREMOS DE IDADE

Mafalda Simões¹; Beatriz Ferro¹; Daniela David¹; Daniela Melo¹; João Gama²; Kristina Hundarova¹; Mariana Sucena¹; Raquel Sousa¹; Olga Caramelo¹; Vera Ramos¹; Teresa Rebelo¹; Fernanda Águas¹

¹Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O rastreio organizado do cancro do colo do útero, destina-se às mulheres com idade igual ou superior a 25 anos e igual ou inferior a 60 anos, com a realização do teste primário de rastreio do vírus do papiloma humano (HPV). Não existem normas de atuação para as não incluídas, sendo que se submetidas à pesquisa do HPV e perante alterações são encaminhadas a consultas de especialidade.

Objetivos: Descrever as diferenças sociodemográficas, infeção por HPV, alterações morfológicas e conduta em doentes com HPV de alto risco excluídas do rastreio organizado.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu as mulheres que realizaram CIntec[®] PLUS em 2019 e 2020 com seguimento em consulta de Patologia Cervical de um hospital terciário. Foram considerados dois grupos: 1—doentes com menos de 25 anos; 2—doentes com mais de 60 anos. Análise estatística com SPSS[®] v26, com nível de significância para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Das 661 doentes, 2,3% ($n = 15$) pertenciam ao grupo 1 e 4,8% ($n = 32$) ao grupo 2.

Relativamente aos dados sociodemográficos houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 1 e 2, no que respeita a, paridade (6,7% de múltiparas vs 94 %, $p < 0,001$), número de parceiros sexuais (2,7 vs 1,4, $p = 0,005$) e idade da coitarca (16,6 vs 20,2, $p < 0,001$).

Enquanto, no grupo 1, a vacina foi administra-

da a 93% das doentes, no grupo 2 nenhuma a recebeu ($p < 0,001$).

Em relação à tipificação HPV no grupo 1, 93,3% apresentavam HPV outros tipos, e apenas 6,7% HPV 18 e outros tipos. No grupo 2, 32% tinham HPV 16, 64% HPV outros tipos e 4% HPV 16 e outros tipos. ($p = 0,043$).

Os resultados de citologia morfológica (CM) foram, no grupo 1 vs 2: NILM: 0% vs 28,1%; ASC-US/LSIL: 80% vs 46,9 %; e ASC-H/HSIL/AGC: 20% vs 25% ($p = 0,042$). Já a expressão de CIntec PLUS[®] foi 40% vs 60 %, pelo que não houve diferença significativa.

Na colposcopia, tendo em conta a zona de transformação (ZT) e considerando o grupo 1 vs 2: 63,6% vs 4,8% apresentavam ZT 1; 27,3% vs 4,8% ZT tipo 2; 9,1% vs 90,4% ZT 3 ($p < 0,001$).

No grupo 1, 6,7% foram alvo de biopsia e a histologia revelou lesão de baixo grau. No grupo 2, 37,5% realizaram biópsia, identificando-se 25% com lesão de baixo grau e 33,3% com lesão de alto grau.

As mulheres excluídas pelo rastreio, pertencem a grupos independentes com diferenças em termos sociodemográficos, tipo de infeção por HPV e alterações na CM. Constatam-se lesões de alto grau no grupo 2, questionando-se a necessidade de alargar a idade do rastreio organizado.

IMPACTO DA VACINAÇÃO HPV NO RASTREIO DE CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Beatriz Ferro¹; Daniela David¹; Daniela Melo¹; Kristina Hundarova¹; Mafalda Simões¹; Mariana Sucena¹; Raquel Sousa¹; João Gama²; Olga Caramelo¹; Rosa Lourenço¹; Vera Ramos¹; Teresa Rebelo¹; Fernanda Águas¹

¹Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Anatomia Patológica - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O objetivo principal da vacinação contra o HPV consiste na prevenção do cancro do colo do útero (CCU) e lesões precursoras, estando descritas reduções significativas na infeção persistente pelos genótipos cobertos pela vacina e lesões de alto grau.

O rastreio deve ser mantido nas doentes vacinadas, podendo haver necessidade de readaptação nesta população.

Objetivos: Descrever o potencial efeito da vacinação numa população submetida a rastreio do CCU.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo que incluiu as doentes referenciadas à consulta de patologia cervico vulvar que realizaram CIntec[®] Plus de janeiro de 2019 a dezembro de 2020 (n = 660).

Dividiu-se em 2 grupos de acordo com a vacinação HPV: sem vacinação (n = 583) e vacinação prévia ao diagnóstico de infeção (n = 77).

Análise estatística com SPSS[®]v26, com significância para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: A idade mediana das doentes sem vacinação foi 43 anos (20 - 87) vs 27 anos (19 - 52) nas vacinadas ($p < 0,001$). A tipagem HPV foi positiva para HPV16 em 40,1% (n = 234) das não vacinadas vs 9,1% (n = 7) das vacinadas ($p < 0,001$); HPV18 em 14,8% (n = 86) das não vacinadas vs 5,2% (n = 4) das vacinadas ($p = 0,021$); HPV outros tipos alto risco (AR) em 63,8% (n

= 372) das não vacinadas vs 87% (n = 67) das vacinadas ($p < 0,001$).

O CIntec PLUS foi positivo em 33,1% (n = 193) das não vacinadas vs 24,7% (n = 19) das vacinadas ($p = n.s.$).

Ao exame citológico, obteve-se ASC-US ou LSIL em 45,1% (n = 263) das não vacinadas vs 57,1% (n = 44) das vacinadas, e superior a LSIL em 11,8% (n = 69) das não vacinadas e 7,8% (n = 6) das vacinadas ($p = n.s.$).

À colposcopia destacam-se achados grau 1 em 37,6% (n = 219) das não vacinadas e 39% (n = 30) das vacinadas, e grau 2 em 15,4% (n = 90) das não vacinadas vs 10,4% (n = 8) das vacinadas ($p = n.s.$).

No estudo histológico, registaram-se lesões de baixo grau em 52,6% (n = 144) das não vacinadas (n = 274) vs 62,5% (n = 15) das vacinadas (n = 24); alto grau em 31% (n = 85) das não vacinadas vs 20,8% (n = 5) das vacinadas e cancro em 4,7% (n = 13) das não vacinadas vs nenhum caso nas vacinadas ($p = n.s.$). Das lesões de alto grau em vacinadas (n = 5), 4 foram por HPV outros tipos AR e 1 por HPV 16, e todas foram vacinadas posteriormente à coitarca.

As doentes não vacinadas têm maior proporção de infeção por HPV 16/18. Contudo destaca-se a presença destes genótipos e lesões de alto grau em doentes vacinadas, o que reforça a manutenção do rastreio nesta população. Destaca-se que não houve nenhum diagnóstico de cancro nas mulheres vacinadas.

CO 06

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL DE ALTO GRAU (VAIN 2 E 3) – EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO

Rafael Brás; Helena Veloso; M^a Lúcia Moleiro; Mariana Coroado; M^a João Carinhas; José Cabral; Alexandre Morgado

Centro Materno Infantil do Norte - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Objetivo: O objetivo deste estudo é analisar os dados clínicos das mulheres com neoplasia intraepitelial vaginal de alto grau (Vain 2 e 3), tratamento oferecido, outcome clínico e *follow-up*.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo de todos os casos de Vain de alto grau confirmado por biopsia num período de 6 anos (janeiro 2015 a dezembro 2020) no Centro Hospitalar Universitário do Norte (Centro Materno Infantil do Norte), Porto - Portugal.

Resultados: Foram identificados cinquenta e oito casos de Vain de alto grau. A idade das doentes encontrava-se entre os 31 e os 79 anos. No nosso estudo, cerca de 45% das doentes apresentava antecedentes médicos relevantes, sendo o mais comum imunossupressão.

Em relação ao tratamento, cerca de 79% das doentes foram tratadas com excisão (vaginectomia parcial) com LASER de CO2 guiada por colposcopia, 3% tratadas com vaporização com LASER de CO2 guiada por colposcopia, 13% tratado de modo conservador e 3% perderam-se no *follow-up* mesmo antes de iniciar tratamento.

Dentro dos 46 casos de doença tratada com excisão com LASER de CO2 guiado por colposcopia, 15% tiveram recorrência de Vain de alto grau. Houve um caso de progressão para cancro da vagina.

Conclusão: A neoplasia intraepitelial vaginal de alto grau representa uma condição

pré-maligna rara. A maioria dos casos de mulheres com Vain de alto grau apresenta ou tem história prévia de neoplasia intraepitelial cervical ou outra doença relacionada com infeção por HPV.

A excisão (vaginectomia parcial) com LASER de CO2 guiada por colposcopia pode ser considerada uma excelente arma terapêutica nestes casos, com reduzida taxa de complicações na nossa prática. Uma das grandes vantagens desta técnica é permitir um diagnóstico histológico das lesões com fulguração mínima. Apesar de baixa taxa de progressão maligna destas lesões o seguimento destes doentes a longo prazo é recomendado.

CO 07

MULHERES PORTADORAS DE MUTAÇÃO NOS GENES BRCA: 7 ANOS DE SEGUIMENTO NO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO

Mariana Dória¹; Alfredo Gouveia²; Almerinda Petiz²

¹*Serviço de Ginecologia/Obstetria, Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano;*

²*Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Porto*

Introdução: A maioria dos cancros hereditários da mama e ovário resultam de mutações germinativas nos genes supressores tumorais BRCA1 e BRCA2. Atualmente, o papel do rastreio do cancro do ovário nas mulheres portadoras de mutações BRCA não está bem definido, não existindo evidência comprovada do seu benefício na redução da mortalidade a ele associada. Dessa forma, a estratégia mais eficaz de redução de risco é a anexectomia bilateral profilática, que se associa a uma redução do risco de carcinoma do ovário, trompa e peritoneu em aproximadamente 80-90%. As recomendações atuais propõem a realização de cirurgia redutora de risco aos 35-40 anos para a mutação BRCA1 e 40-45 anos para mutação BRCA2.

Métodos: Análise retrospectiva dos casos de

mulheres portadoras de mutação nos genes BRCA 1 e 2 submetidas a cirurgia redutora de risco no período compreendido entre 2011-2017.

Resultados: Foram incluídos 71 casos com idade média de $46,6 \pm 9$ anos, das quais 23,9% pós-menopáusicas. A maioria das utentes apresentava mutação no gene BRCA2 (57,7 %) e tinha antecedentes de cancro da mama (53,5 %). A idade média de diagnóstico da mutação foi de $44,3 \pm 9$ anos para o BRCA1 e $48,4 \pm 9$ anos para o BRCA2.

A vigilância realizada foi clínica e anual até aos 40 anos e clínica e ecográfica a partir dos 40 anos, com consultas semestrais. A mediana de tempo decorrido desde o diagnóstico da mutação BRCA até à 1ª consulta de Ginecologia e à realização da cirurgia foi de 4 e 11 meses, respetivamente.

Em 73% dos casos, foi realizada histerectomia com anexectomia bilateral, com predomínio desta técnica até 2015, altura em que se iniciou um decréscimo na sua realização em detrimento de um aumento da realização apenas de anexectomia bilateral. Em 2 casos, foi realizada apenas salpingectomia bilateral a pedido da utente, mantendo-se atualmente ainda em seguimento. A cirurgia profilática foi realizada em média aos 46 ± 7 anos para a mutação do gene BRCA1 e 50 ± 8 anos para o BRCA2. Em 81,7% dos casos a cirurgia foi realizada a partir dos 40 anos. Não foram encontrados achados de malignidade ou lesões precursoras no exame anatomopatológico.

Conclusão: Apesar da média de idades em que a cirurgia redutora de risco foi realizada ser superior aos 40 anos, não foram encontrados quaisquer achados de malignidade ou lesões precursoras. Desta forma, na amostra analisada, a realização mais precoce de cirurgia redutora de risco com consequente menopausa iatrogénica não parecia ter sido vantajosa.

GINECOLOGIA

Desafios para a Especialidade

Resumos dos Trabalhos

POSTERS APRESENTADOS EM SALA

PAS 01

INFLUÊNCIA DA CO-INFEÇÃO POR VÁRIOS GENÓTIPOS DE HPV DE ALTO-RISCO NO DESENVOLVIMENTO DE LESÕES CERVICAIS

Hundarova, Kristina; Sousa, Raquel; Simões, Mafalda; Ferro, Beatriz; Sucena, Mariana; Melo, Daniela; David, Daniela; Caramelo, Olga; Santos, Fernanda; Ramos, Vera; Rebelo, Teresa; Lourenço, Rosa; Águas, Fernanda
Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O cancro do colo do útero (CCU) é o 6º mais frequente nas mulheres europeias, estando o seu desenvolvimento relacionado com a persistência de infeção pelo vírus do papiloma humano de alto risco (HPV-AR). Apesar de haver guidelines para rastreio e vigilância de mulheres portadoras de HPV-AR, o impacto de co-infeção cervical por vários HPV-AR não está esclarecido.

Objetivos: Avaliar as diferenças sociodemográficas e importância clínica de co-infeção cervical por vários tipos de HPV-AR.

Material e métodos: Estudo transversal retrospectivo de doentes encaminhadas para colposcopia entre 2019 e 2020, que realizaram Teste Cobas® 4800. Foram considerados 2 grupos de doentes: 1 – doentes positivas apenas para 1 subtipo de HPV-AR: HPV 16 ou 18; 2 – doentes positivas para vários tipos de HPV-AR: 16 + 18; 16 + 18 + outros - AR, 16 + outros - AR ou 18 + outros - AR. Foram excluídas as tipificações

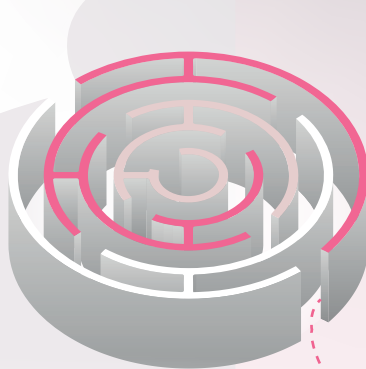
HPV-AR negativas e positivas para “outros HPV-AR” (impossibilidade de discriminar infeção simples ou múltipla).

Resultados: Foram incluídas 308 doentes: 193 no grupo 1 e 115 no grupo 2. No grupo 1, 135 doentes (69,9 %) apresentavam HPV 16; e 58 doentes (30,1 %) – HPV 18. No grupo 2, 89 doentes (77,4 %) tinham HPV 16 + outros-AR; 16 (13,9 %) HPV 18 + outros - AR; 9 (7,8 %) HPV 16 + 18 + outros - AR; e 1 doente (0,8 %) HPV 16 + 18.

Em termos socio-demográficos, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos no que respeita a idade, paridade, vacinação prévia e práticas contraceptivas. O número de parceiros foi superior no grupo 2 (mediana de 3 vs 2, $p = 0,03$).

No que respeita aos resultados da citologia morfológica (CM), verificou-se uma diferença entre ambos os grupos com NILM (52,8% vs. 30,4%), ASC-US/LSIL (32,1% vs. 57,4%) e ASC-H/HSIL/AGC (15,0% vs. 12,2%), $p = 0,01$. A expressão de CINTec PLUS® foi significativamente superior no grupo 2: 31,1% vs 45,1% ($p = 0,02$).

A biópsia cervical foi mais frequentemente realizada no grupo 2 - 51,0% vs 65,2% ($p = 0,02$). Sem diferença estatisticamente significativa na incidência de lesões de alto grau (33,7% vs 30,7%, $p = NS$ - grupos 1 vs 2). A incidência de lesões de baixo grau foi de 44,9% vs 57,3%, $p = NS$. Foram identificados 4 (4,1%) CCU no



grupo 1 e 2 (2,7%) no grupo 2, $p = \text{NS}$.

Conclusões: Apesar da maior expressão de CIntec PLUS® e incidência de ASC-US/LSIL em CM de doentes com co-infecção por vários HPV-AR, a sua presença não se associou, no nosso estudo, a maior gravidade de lesões cervicais.

PAS 02

HISTERECTOMIA PÓS-PARTO: REVISÃO DE 11 ANOS NO HOSPITAL DE CASCAIS

Margarida González; Inês Ramalho; Susana Mineiro;
Filomena Nunes
Hospital de Cascais

Introdução: A hemorragia pós-parto constitui uma emergência obstétrica responsável por 25% dos casos de morte materna em todo o mundo. Tem uma incidência estimada de 6 %, frequentemente subestimada e variável em países desenvolvidos. A histerectomia surge como último recurso, após falha da terapêutica conservadora, em cerca de 0.13 a 5.38 dos casos por cada 1000 partos. Estão descritos alguns fatores de risco para histerectomia pós-parto como a existência de cirurgias uterinas prévias e fatores relacionados com placentação anómala (placenta prévia/ acretismo).

Objetivos: Com o presente estudo pretende-se estimar a incidência de histerectomia pós-parto durante um período de 11 anos no Hospital de Cascais, tentando encontrar correlação com os fatores de risco descritos na literatura.

Material e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva descritiva dos dados recolhidos através dos processos clínicos dos casos de histerectomia pós-parto ocorridos entre 2010 e 2020, inclusive, no Hospital de Cascais.

Avaliaram-se características como idade, paridade, antecedentes pessoais e obstétricos, indicação para histerectomia, complicações pós-operatórias e ainda dados relacionados com o internamento no pós-operatório.

Resultados e conclusão: Desde 2010 a 2020, inclusive, houve 26219 partos no Hospital de Cascais. Foram realizadas 9 histerectomias pós-parto durante este mesmo período, o que traduz uma incidência de 0,34 por 1000 partos. Em 5 dos casos foi realizada histerectomia total e nos restantes 4 histerectomia sub-total.

Todos os casos ocorreram após realização de cesariana. A idade média materna foi de 32,6 anos. 77,8% dos casos correspondiam a múltiparas e, dentro destas, 57,1% tinham cirurgias uterinas prévias nos antecedentes. A principal indicação para histerectomia foi hemorragia pós-parto devido a atonia uterina (55,5%) , seguida da patologia do espectro do acretismo placentar (33,3%) e hemorragia pós parto não especificada (22,2%). Verificou-se também uma elevada incidência de placenta prévia (55,5%) conhecida à data do parto. Não foi registado nenhum caso de mortalidade.

A hemorragia pós-parto é uma situação potencialmente fatal pelo que o seu rápido reconhecimento e diagnóstico são fundamentais para um bom desfecho. A histerectomia pós-parto continua a ser um procedimento life-saving em situações de hemorragia pós-parto resistente à terapêutica conservadora. O reconhecimento prévio dos fatores de risco envolventes pode ser essencial na tomada de decisão e na gestão destas situações.

PAS 03

DIAGNÓSTICO DE LESÕES CIN 2+ EM PEÇA DE CONIZAÇÃO, A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Tânia Barros¹; Cristiana Moreira¹;
Maria João Carinhas²; Cláudia Marques²;
Manuela Montalvão²; Susana Marta²;
Madalena Moreira²; Isabel Rodrigues²;
Conception Arantes²; José Cabral²

¹Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto; ²Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva, Serviço de Ginecologia, Unidade de Patologia do Trato Genital Inferior - LASER, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: O cancro do colo do útero é terceira neoplasia maligna mais comum na mulher. O diagnóstico atempado das lesões intraepiteliais cervicais de alto grau é de grande importância.

Objetivos: Avaliar a correlação entre os achados citológicos e colposcópicos em mulheres submetidas a excisão da zona de transformação (EZT) cujo resultado histológico revelou CIN 2+.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo de todas as doentes submetidas a EZT com resultado histológico CIN 2+, realizadas no CMIN entre 01 de janeiro de 2019 e 30 de outubro de 2020.

Resultados: Durante o período em estudo foram realizadas 295 EZT com resultado histológico CIN 2+ (CIN2 35.6 %, CIN3 / CIS 61.4 %, carcinoma invasor do colo 2.0% e adenocarcinoma *in situ* 1.0%). Apresentavam uma idade média de 39.5 anos $\pm$ 9.6, 53.6% tinham hábitos tabágicos e a maioria utilizava contraceptivo oral combinado (61.3 %).

Os resultados citológicos que motivaram a realização de colposcopia foram: NILM com HPV AR 16 ou 18 positivo ou persistência de infecção HPV AR outros (não 16 e 18) 13.9% (n = 41); ASC-US com HPV AR positivo 20.7% (n

= 61); LSIL 19.7% (n = 58); ASC-H 15.6% (n = 46); HSIL 24.4% (n = 72) e adenocarcinoma *in situ* 1.4% (n = 4). A prevalência de lesões diagnosticadas como CIN 2+ nas biópsias dirigida por colposcopia foi de 88.8% e de CIN 1 de 6.4%. O principal motivo para a realização de EZT cuja biópsia revelou CIN 1 foi discrepância citocolpohistológica.

Conclusões: Verificamos um subdiagnóstico de lesões de alto grau na citologia NILM (13.9 %), em alterações citológicas minor (ASC-US e LSIL, 40.4 %), e em 6.4% das biópsias guiadas por colposcopia; confirmando que a citologia teve baixa sensibilidade para o diagnóstico de HSIL e que as peças de biópsia nem sempre são representativas da gravidade das lesões. Observamos que apenas 41.4% das lesões de alto grau foram referenciadas pela citologia, o que reforça a importância da realização da colposcopia imediata mesmo nos casos de alterações citológicas minor e NILM com teste HPV AR positivo. Assim, salienta-se a importância da avaliação por um médico especialista com creditação em colposcopia, bem como a importância da complementaridade da pesquisa de HPV AR e dos exames citológicos, colposcópicos e histológicos.

PAS 04

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – RESULTADOS E FATORES DE RISCO PARA FALHA

Joana Ribeiro¹; Ana Raquel Neves²; Njila Amaral¹;
Rita Lermann¹; Ana Paula Pereira¹; Amália Martins¹;
Carlos Veríssimo¹

¹Serviço de Ginecologia-Obstetrícia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures; ²Departamento de Medicina da Reprodução, Hospital Universitário Dexeus, Barcelona

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) apresenta uma elevada prevalência na população feminina, podendo atingir cerca de 50%.

Os slings da uretra média constituem a terapêutica cirúrgica de eleição, com uma taxa

de cura de 80-90%. Atualmente, a nível internacional, são diversas as recomendações sobre o uso de slings no tratamento da IUE, refletindo a discussão gerada relativamente à utilização de redes em uro-ginecologia. Apesar de existir consenso entre as diferentes sociedades científicas no que respeita à segurança dos slings, estes correm o risco de serem retirados do mercado, devido à sua utilização indiscriminada e não criteriosa.

Objetivos: Avaliar os resultados clínicos e taxa de cura do sling suburetral transobturador (SSTO) na nossa instituição e determinar os fatores de risco associados à sua falha.

Métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico das doentes submetidas a SSTO entre 2012-2020. Foram critérios de exclusão: incontinência urinária mista, cirurgia de pavimento pélvico concomitante, antecedentes de cirurgia por prolapso, falha prévia de tratamento cirúrgico de IUE e perda de *follow-up* antes do 1 mês. O resultado clínico foi classificado em “cura”, “melhoria” e “falha”. Na análise estatística comparativa ($p < 0,05$) utilizaram-se os testes de Fisher e Teste-t.

Resultados: Foram analisadas 142 pacientes, tendo-se obtido uma taxa de “melhoria/cura” às 6 semanas de 97,9% (139/142), aos 6 meses de 92,9% (105/113) e no primeiro ano de 92,4% (97/105).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos “cura/melhoria” e “falha” aos 6 meses e ao ano relativamente à idade, índice de massa corporal, paridade, antecedentes de parto vaginal, antecedentes de histerectomia por outra indicação que não prolapso, experiência do cirurgião e duração do procedimento.

A taxa de complicações associadas à colocação de SSTO foi baixa, sendo as mais frequentes: laceração vaginal (5,6%), incontinência urinária de urgência (IUU) de novo (5,6%) e infeção urinária (3,5%).

A incidência de IUU de novo aos 6 meses e ao ano foi superior no grupo das falhas, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa (respetivamente, 25% vs. 7%, $p = 0,12$ e 38% vs. 11%, $p = 0,07$).

Conclusões: As taxas de cura ou melhoria de IUE na amostra analisada foram semelhantes às descritas na literatura e a taxa de complicações associada à colocação de SSTO foi baixa, reforçando a segurança deste procedimento.

Nenhum dos fatores analisados se correlacionou com falha de SSTO.

Estudos com amostras de maiores dimensões e com maior tempo de seguimento seriam necessários para confirmar os resultados.

PAS 05

VIGILÂNCIA E NEGATIVAÇÃO DO HPV16 A 12 MESES EM MULHERES COM LESÃO INTRAEPITELIAL DE BAIXO GRAU

João Pedro Pereira; Mariana Ormonde; Rita Luz; Maria José Brito; Ana Quintas
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: O vírus do papiloma humano (HPV) é o agente infeccioso sexualmente transmissível mais comum no trato genital inferior e tem um papel causal na quase totalidade das neoplasias malignas cervicais. Estão identificados mais de 200 genótipos de HPV, sendo o HPV16 o mais prevalente no cancro do colo do útero. Atualmente, o rastreio deste cancro passa pela pesquisa do HPV de alto risco, associado ou não a citologia reflexa. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, a positividade para HPV16 é indicação formal para consulta em meio hospitalar e realização de colposcopia. Neste contexto, a deteção histológica de Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL) do colo implica vigilância, em contraste com a Lesão de Alto Grau (HSIL), que poderá ter indicação para tratamento.

Objetivos: Determinar a taxa de negatificação do HPV16 e preditores da mesma ao final de

12 meses de vigilância de mulheres com LSIL do colo, referenciadas à Consulta de Patologia do Colo do Hospital Garcia de Orta (HGO) por HPV16 positivo no rastreio.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo com análise estatística descritiva e bivariada. Foram incluídas mulheres com HPV16 e do colo, cuja primeira consulta no HGO ocorreu entre janeiro/2018 e dezembro/2019. Foi feita caracterização da população, dos achados colposcópicos e da vigilância realizada a doze meses, e feita a avaliação de potenciais preditores para a negatificação do vírus. Foram excluídas mulheres com perda de *follow-up*.

Resultados e conclusões: Foram estudadas 80 doentes, com idade média de 42.5 ± 9.1 anos. Destas, 77.5% eram multiparas, 34.6% eram fumadoras e 46.3% eram utilizadoras de contraceção hormonal. Ainda, 27.5% das doentes estudadas tinha descontinuado previamente o rastreio oportunista do cancro do colo do útero. Em 91.3% a colposcopia foi adequada e foi realizada biópsia dirigida em 90.0% dos casos. As doentes foram submetidas a realização de co-teste ao final de 12 meses, sendo que a taxa de negatificação do HPV16 nessa altura foi de 66.7 %. Em 10.0% dos casos houve deteção de outro genótipo de HPV. Não se verificou associação estatisticamente significativa com qualquer um dos preditores estudados para a negatificação do HPV16.

Em conclusão, neste estudo verificou-se que, em mulheres com histologia LSIL associado ao HPV16, houve negatificação do vírus em dois terços das doentes ao fim de 12 meses de vigilância. Porém, não foram encontrados preditores para a resolução da infeção. Estudos adicionais com maior amostragem poderão contribuir para corroborar estes achados.

PAS 06

MASSAS ANEXIAIS NA GRAVIDEZ: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA

Cristiana Moreira¹; Tânia Barros¹; Helder Ferreira^{1,2}

¹Departamento da Mulher e Medicina Reprodutiva, Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar Universitário do Porto; ²Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Introdução: As massas anexiais na gravidez são achados cada vez mais comuns desde a implementação do rastreio ecográfico de primeiro trimestre. A sua incidência é difícil de estimar, mas alguns estudos apontam para 1 a 6% no primeiro trimestre. A diminuição da sua prevalência com a idade gestacional relaciona-se com as características mais frequentemente benignas, sendo na sua maioria assintomáticas. A abordagem das massas anexiais na gravidez não é consensual e depende do tamanho inicial da tumefação e da sua evolução, da presença de sintomatologia associada e do grau de suspeição dos achados.

Objetivos: Refletir acerca da abordagem das massas anexiais na gravidez e sobre os desfechos obstétricos associados.

Material e métodos: Apresentam-se 3 casos clínicos diagnosticados e orientados no nosso centro.

Caso 1: 30 anos. Primigesta. Saudável. Tumefações anexiais quísticas bilaterais diagnosticadas na ecografia de 1º trimestre, com 4 e 5 cm de maiores diâmetros. Realizada quistectomia laparoscópica bilateral às 26 semanas por aumento de tamanho (13,5 e 11 cm).

Caso 2: 33 anos. 2G1P. Saudável. Tumefação anexial de 6 cm quística unilateral diagnosticada às 16 semanas de gestação em ecografia transvaginal de urgência realizada no contexto de dor abdominal. Efetuada quistectomia laparoscópica às 18 semanas de gestação por manutenção das queixas.

Caso 3: 27 anos. Primigesta. Saudável. Tumefações anexiais quísticas bilaterais, diagnosti-

cadaver em ecografia de 1º trimestre, com 8 e 7 cm de maiores diâmetros. Quistectomia laparoscópica decidida às 20 semanas de gestação por crescimento da tumefação (10 cm).

Resultados e conclusões: A ecografia transvaginal é o método de eleição para caracterização das massas anexiais na gravidez. O papel dos marcadores tumorais não está bem estabelecido, uma vez que muitos deles estão elevados em consequência da própria gravidez, tendo sobretudo valor preditivo negativo. Em todos os casos apresentados não houve complicações cirúrgicas ou obstétricas associadas à abordagem cirúrgica laparoscópica. Embora a atitude expectante seja recomendada, o tratamento cirúrgico foi decidido tendo em conta o tamanho das massas e a sua evolução, para minimização do risco de complicações agudas, nomeadamente torção ovárica ou rotura. A realização de cirurgia no segundo trimestre minimiza o risco de abortamento espontâneo e de parto pré-termo. A corticoterapia para indução da maturidade pulmonar fetal não está globalmente indicada.

PAS 07

TUMORES BORDERLINE DO OVÁRIO – A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Rita Silva; Mariana Lourenço; Lucinda Mata;
Paula Tapadinhas

Serviço de Ginecologia e Obstetria – Hospital Vila Franca Xira

Introdução: Os tumores epiteliais borderline representam 15% dos tumores do ovário e constituem um grupo heterógeno de tumores definidas histologicamente por uma proliferação epitelial atípica sem invasão do estroma. A incidência varia entre 1,8 - 5,5 por 100.000 mulheres/ano e 1/3 das doentes tem menos de 40 %. Distinguem-se pelo seu baixo potencial de malignidade e excelente prognóstico.

Objetivo: Análise dos casos de tumores borderline tratados na nossa unidade.

Material e métodos: Análises descritiva, retrospectiva, dos 10 casos de tumores borderline do ovário tratados no Hospital Vila Franca Xira, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2021 (intervalo de tempo de 5 anos). As variáveis analisadas foram as características demográficas, clinico-analíticas, histológicas, o estadio e a terapêutica.

Resultados e conclusões: As doentes apresentavam uma idade média de 43,2 anos (mínima = 28; máxima = 72), 40% tinham menos de 40 anos e 30% eram nulíparas. Quanto à forma de apresentação 50% eram assintomáticas tendo o diagnóstico sido feito na sequência de um achado ecográfico/imagiológico em exames de rotina; 20% referiam dor/algias pélvicas, 20% distensão abdominal e em 10% o diagnóstico foi um achado anátomo-patológico. O tamanho da lesão ecográfica media em média 113,7 mm (mínimo 35mm; máximo 250 mm). Em 70% das doentes o marcador tumoral CA 125 revelou-se negativo, com um cut-off utilizado de < 35 UI/mL. Foi realizado exame temporâneo em 90% das doentes tendo sido o resultado compatível com o diagnóstico de tumor borderline em 70% e em 20% com um tumor benigno (n = 2; tumor quístico simples e tumor mucinoso benigno, respetivamente). Em 10% dos casos o diagnóstico foi bilateral. O estadiamento cirúrgico constituiu a abordagem inicial em 70% das doentes, tendo sido realizada cirurgia conservadora em apenas 30%. A via cirúrgica maioritariamente utilizada foi a laparotomia (80%), apenas com a realização de laparoscopia em 20% das doentes. Em 80% das doentes a cirurgia foi realizada por um ginecologista oncológico, tendo sido nos restantes casos da responsabilidade da ginecologia geral. Como intercorrências registou-se apenas um caso de infeção da ferida operatória resolvido com terapêutica medica. Quanto ao diagnóstico definitivo verificou-se que 70% dos tumores eram do subtipo sero-

so e 100% dos casos foram diagnósticos no estadio I. Em 10% verificou-se a variante micropapilar. No seguimento destas doentes não foi detetada, até a data, nenhuma recidiva, e a taxa de mortalidade decorrente da patologia oncológica foi de 0%.

Apesar da amostra ser reduzida, podemos concluir, que de acordo com a literatura, o principal subtipo histológico foi o seroso e os tumores borderline foram diagnosticados em estádios precoces e associaram-se a um bom prognóstico.

PAS 08

PÓLIPOS ENDOMETRIAIS E MALIGNIDADE – EXPERIÊNCIA DE 11 ANOS

Rita Palmar Ribeiro; Ariana Bárbara; Lília Frada;
Lara Caseiro; Fernando Fernandes
Hospital Espírito Santo Évora

Introdução: Os pólipos endometriais (PE) constituem uma patologia uterina frequente, apresentando uma prevalência que se acredita estar compreendida entre 7,8 e 50 %. Apesar de afectar mulheres na idade fértil e na pós-menopausa, o segundo grupo apresenta maior prevalência.¹

A maioria dos PE são diagnosticados no contexto de investigação de hemorragia uterina anómala (HUA) e de infertilidade, ou em ecografias de rotina em mulheres assintomáticas.²

Ainda que geralmente seja considerada uma patologia benigna, dependendo da população, 0 a 12,9% dos PE são malignos.³

Objetivo: Avaliar a experiência do Hospital Espírito Santo Évora no diagnóstico de PE malignos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de todas as doentes, de janeiro de 2008 a dezembro de 2019, com diagnóstico ecográfico de PE e/ou de espessamento endometrial e/ou HUA que realizaram histeroscopia no serviço do HESE, perfazendo uma amostra de 2328 mulheres.

Foi realizada polipectomia cirúrgica por histeroscopia através de histeroscópio cirúrgico Olympus® de 7 mm e sistema Versapoint® com elétrodo bipolar (Springle e Twizle), com posterior diagnóstico histológico.

Resultados e conclusões: Foi realizado um total de 2328 histeroscopias, com identificação de PE em 1676 (72 %) das doentes, as quais apresentavam uma idade média de 60,2 anos. Destas mulheres, 40 (2,38 %) apresentavam PE malignos, tendo sido referenciadas na 1ª consulta por HUA em 93% dos casos e espessamento endometrial em 4%.

Como complicações há a registar a ocorrência de reacções vagas em 34 das mulheres intervencionadas e perfuração uterina em 8. Este estudo está de acordo com a literatura ao apresentar uma elevada prevalência de PE (72 %) em mulheres sintomáticas ou com sinais ecográficos. Destaca-se que esta patologia afectou maioritariamente mulheres na pós-menopausa (idade média de 60,2 anos). Após o diagnóstico e excisão histeroscópica, foi detectada patologia maligna em 2,38% dos casos.

Tendo em consideração a taxa de malignidade, bem como a segurança da polipectomia histeroscópica, os PE devem ser removidos, especialmente nas mulheres pós-menopáusicas sintomáticas.

GINECOLOGIA

Desafios para a Especialidade

Resumos dos Trabalhos POSTERS DIGITAIS

PD 01

PARTOS INSTRUMENTADOS COM FÓRCEPS – EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE – HOSPITAL DE FARO

Rita Lobo; Tatiana Leite

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

- Hospital de Faro

O recurso a fórceps tem vindo a diminuir em Portugal, muito pelo receio por parte das equipas médicas dos impactos maternos causados pelo potencial trauma perianal. Assim, é importante analisar os outcomes do seu uso, de modo a perceber se ainda faz sentido recorrer a este método de instrumentação e, se sim, estimular o seu uso quando indicado de modo a não perder a técnica e confiança no seu manuseamento. Este trabalho tem como objetivo caracterizar e analisar os partos instrumentados com recurso a fórceps entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2020 no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Faro (CHUA). Uma avaliação retrospectiva dos processos clínicos relativos aos partos em questão foi realizada. Foram analisados parâmetros como idade materna, paridade, motivo para a instrumentação, tipo de fórceps utilizado, número de trações, necessidade de recurso a ventosa anteriormente, peso do recém-nascido, grau da laceração caso tenha ocorrido (segundo a classificação OASIS) e outcomes pós-parto, com análise do processo da consulta de Uro-

ginecologia, para o qual são encaminhadas no caso de lacerações 3b ou superiores. Para uma melhor organização e análise, uma base de dados foi criada com recurso ao programa SPSS® versão 26. No ano de 2020 foram realizados 52 partos com recurso a fórceps no CHUA, 42 dos quais em nulíparas, com idade materna média de 30 anos. As principais causas para a instrumentação foram: paragem de progressão fetal (34 %), estado fetal não tranquilizador (31 %) e exaustão materna (22 %). Foram aplicadas em média 1 a 2 trações. 13 dos partos foram sequenciais, ou seja, necessitaram também de recorrer a ventosa, anteriormente. O peso médio dos recém-nascidos foi de 3342 g, onde o peso mínimo foi de 2175 g e o máximo de 4280 g. Em todos os casos foi realizada episiotomia médio-lateral direita, apresentando, concomitantemente, 33% laceração grau 1, 47% laceração grau 2, 14% laceração grau 3a, 5% laceração 3b e nenhum caso de laceração grau 4. Só os casos com lacerações 3b foram referenciados para consulta de Uroginecologia passados 6 meses pós-parto, onde nenhum apresentou queixas de relevo ou alterações ao exame objetivo, tendo todos tido alta da consulta mencionada. A falta de experiência das equipas médicas no manuseamento de fórceps tem levado cada vez mais ao seu desuso. É importante avaliar os outcomes positivos e negativos, para desmistificar mitos, e, assim, perceber se devemos encorajar o seu uso.

PD 02

NÓDULO DO LEITO PLACENTAR, UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

Joana Figueiredo; Inês Neves Gomes;
Ana Beatriz Godinho; Elisa Pereira; Rita Luz
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: O nódulo do leito placentar integra o grupo da doença do trofoblasto gestacional, resultando da involução incompleta do local de implantação placentária. As células do trofoblasto presentes nesta forma benigna, derivam do trofoblasto intermediário tipo coriônico, não tendo características invasivas. É uma entidade rara cujo diagnóstico é histológico. Pode apresentar-se com hemorragia uterina anormal (HUA) e deve ser considerada se antecedentes cirúrgicos de curetagem uterina ou cesariana prévias à última gravidez, que aumentem o risco de alterações endometriais e da placentação.

Objetivos: Rever uma condição clínica rara que se apresenta com sintomatologia comum, com diagnóstico diferencial com patologia oncológica.

Material e métodos: Recolha de dados do processo clínico e revisão de literatura.

Resultados e conclusões: Mulher de 28 anos, IO (2032) - 2 partos eutócicos, 1 aborto retido com aspiração uterina, 2 interrupções de gravidez (1 cirúrgica; 1 medicamentosa 4 meses antes). Sob contraceção com implante subcutâneo de etonogestrel (tentativa prévia frustrada de SIU-LNG 52 mg): apresentou-se no serviço de urgência com HUA abundante com repercussão hemodinâmica. Analiticamente Hemoglobina 9.3 g/L, coagulação normal, β -HCG 28 UI/L. Ecograficamente com útero normodimensionado, endométrio heterogéneo com 19 mm, sem outras alterações. Decidido internamento para estabilização hemodinâmica e estudo de HUA. Foi administrado ácido tranexâmico com controle hemorrá-

gico. No decurso do internamento apresentou perdas hemáticas intermitentes, descida de Hemoglobina para 7.6 g/L, teste imunológico de gravidez negativo e TC tóraco-abdomino-pélvica sem alterações. Teve alta ao 5º dia de internamento, clinicamente estável e dado manter HUA refratária a terapêutica médica e β -HCG elevada, não se podendo excluir neoplasia do trofoblasto gestacional (NTG) foi proposta para histerectomia. O diagnóstico histológico foi de nódulo do leito placentar.

A importância do diagnóstico diferencial desta lesão benigna prende-se com a necessidade de exclusão de NTG. O seguimento a longo prazo não é necessário quando confirmado o diagnóstico e pode ser adotada uma terapêutica expectante se clinicamente adequada.

PD 03

ELECTROCOAGULAÇÃO E SECÇÃO TUBÁRIA BILATERAL LAPAROSCÓPICA EM AMBULATÓRIO – CASUÍSTICA DE DOIS ANOS

Patrícia Gomes Ferreira; Matilde Martins;
Vânia Ferreira; Ana Paula Reis; Cristina Costa;
Teresa Paula Teles
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: A electrocoagulação e secção tubária bilateral por laparoscopia é uma das técnicas cirúrgicas mais frequentemente utilizadas na esterilização feminina. A sua simplicidade técnica e a reduzida taxa de complicações pós-operatória tornam-na atrativa.

Objetivos: Analisar os dados relativos às mulheres submetidas a electrocoagulação e secção tubária bilateral por laparoscopia, na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, entre 1 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2020.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e observacional que incluiu mulheres submetidas a electrocoagulação e secção tubária bilateral por laparoscopia, na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, entre 1 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2020. Os dados foram colhi-

dos a partir da consulta do processo clínico. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS®.

Resultados: Realizados 40 procedimentos cirúrgicos de electrocoagulação e secção tubar bilateral por laparoscopia. A mediana da idade é de 38,5 anos, sendo a idade mínima de 31 anos e a máxima de 48 anos. Cerca de 65% (n = 26) das mulheres com dois ou mais filhos e 33% das mulheres (n = 13) com um filho. Apenas um caso de mulher nulípara. Aproximadamente 38% das mulheres (n = 15) com antecedentes de cirurgia abdominal. Os antecedentes médicos apresentados são: depressão em 18% (n = 7); patologia venosa em 13% (n = 5), sendo que 3 das quais com episódios de trombose venosa profunda; enxaqueca com aura em 5% (n = 2); hipertensão arterial crónica em 5% (n = 2).

O método contraceutivo usado imediatamente antes da cirurgia: CHC oral em 43% (n = 17), progestativo oral em 20% (n = 8), preservativo masculino em 13% (n = 5), implante em 10% (n = 4), DIU de cobre em 5% (n = 2), SIU com levonorgestrel em 3% (n = 1) e coito interrompido em 3% (n = 1). Sem informação em dois casos quanto ao método contraceutivo usado.

Conclusões: A única indicação para a esterilização cirúrgica é o desejo da mulher de uma contraceção definitiva. Não existem limitações, mas recomenda-se diferir a cirurgia em caso de determinadas patologias de foro agudo.

PD 04

QUAL O PODER DISCRIMINATÓRIO DO CINTEC®PLUS EM LESÕES CITOLÓGICAS TIPO LSIL E ASC-US?

Daniela Melo; Daniela Davida; Kristina Hundarova; Mafalda Simões; Maria Beatriz Ferro; Mariana Sucena; Raquel Sousa; Teresa Rebelo; Fernanda Santos; Fernanda Águas
Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O rastreio organizado da zona centro utiliza a pesquisa de HPV como teste preferencial de rastreio. Segundo este rastreio organizado, mulheres com teste positivo para HPV 16 ou 18 têm indicação para a realização de colposcopia. Já quando há positividade para HPV de outros tipos de alto risco, a indicação é a de realizar citologia reflexa. Contudo, as lesões citológicas de baixo grau persistentes, nomeadamente ASC-US e LSIL, comportam dificuldades na vigilância e na avaliação do risco real de lesões histológicas de alto grau. O aumento da expressão de p16 e Ki-67 foi associado à presença de lesões cervicais de alto grau, podendo fornecer maior precisão de diagnóstico nas mulheres com lesões citológicas de baixo grau.

Objetivos: Avaliar o poder discriminatório do CIntec®PLUS em lesões da citologia morfológica LSIL e ASC-US, em mulheres com HPV positivo para outros tipos de alto risco, para lesões intraepiteliais de alto grau ou pior.

Material e métodos: Estudo transversal e retrospectivo de 660 processos clínicos de mulheres que frequentaram a consulta de patologia cervico-vulvar do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre janeiro de 2019 e março de 2021. Excluíram-se aquelas com resultados histológicos e do CIntec®PLUS inconclusivos e aquelas com HPV 16 ou 18 positivo, tendo sido obtidos 314 processos para avaliação estatística. Recorreu-se ao SPSS para processamento dos dados e os resultados foram considerados estatisticamen-

te significativos quando $p < 0,05$. Para análise da sensibilidade e especificidade usou-se a interpretação da curva ROC.

Resultados: Obteve-se uma relação estatisticamente significativa entre o resultado histológico e o CINtec®PLUS ($p = 0,022$) e as citologias com resultado LSIL ou ASC-US (9 mulheres com citologia LSIL e resultado histológico de alto grau; 1 mulher com citologia ASC-US e resultado histológico de alto grau; $p = 0,017$).

A sensibilidade do CINtec®PLUS foi de 73,9% e a especificidade 53% ($AUC = 0,635$; $p = 0,049$; 95% IC 51 - 75,9%).

Quando avaliada a sensibilidade e especificidade dos resultados da citologia referidos anteriormente, não se obteve uma curva estatisticamente significativa ($p = 0,079$), com os valores de 43,5% e 32,5% ($AUC = 0,380$). Procedeu-se ao cálculo do modelo preditivo de lesões histológicas de alto grau ou pior, composto pelo CINtec®PLUS e pelas citologias morfológicas com resultado LSIL ou ASC-US, nas mulheres com HPV de outros tipos de alto risco, através de análise multivariável, tendo sido obtida uma sensibilidade de 43,5% e especificidade de 91,57% ($AUC = 0,709$; $p = 0,0012$; 95% IC 61,3 - 79,3%).

Conclusões: Na amostra em questão, é possível objetivar que, nas mulheres positivas para HPV outros tipos de alto risco, as citologias reflexas com resultados ASC-US ou LSIL têm baixa sensibilidade e especificidade em relação aos resultados histológicos. O CINtec®PLUS isoladamente parece ser suficiente para melhor discriminar as lesões intraepiteliais de alto grau ou pior.

PD 05

FUSÃO LABIAL NA PÓS-MENOPAUSA

Patrícia Gomes Ferreira; Carolina Carneiro; Vânia Ferreira; José Carlos Silva; Mak Foo Kok; Teresa Paula Teles

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: A fusão labial consiste na aderência dos bordos internos dos pequenos lábios, formando-se medialmente uma membrana que pode obstruir parcial ou completamente o canal vaginal. É uma situação adquirida que pode acarretar dificuldade na micção e retenção de urina na vagina causando cistite e pielonefrite.

A fusão labial é mais frequente na população pediátrica, mas poderá ocorrer com menos frequência no pós-parto e na pós-menopausa. O hipoestrogenismo e inflamação vulvovaginal localizada parecem ser uns dos factores etiológicos.

Objetivos: Descrição de um caso clínico de fusão labial completa em mulher na pós-menopausa.

Material e métodos: Consulta de processo clínico com recolha de dados de uma mulher com fusão labial completa.

Resultados: Mulher de 63 anos, caucasiana, nulípara, submetida há 6 anos a correcção cirúrgica de fusão labial. Recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal no hipogastro e retenção urinária com mais de 24h de evolução. Nega prurido. Ao exame físico, vulva com membrana mediana que se estende desde a comissura posterior da vulva até à região do clitóris, não apresentando nenhum orifício que permitisse a saída de urina.

Realizada incisão mediana ao nível da membrana, sob anestésico local, a partir da região imediatamente posterior à região do clitóris em direção à comissura posterior da vulva, com saída espontânea de urina. Constatada atrofia do clitóris. Introduzido cateter vesical e tamponamento vaginal. Após alta, aconselhada à

aplicação de estrogénios tópicos.

Na vulvoscopia, realizada após um mês, superfície atrófica e sem alterações após aplicação de ácido acético.

Conclusões: A fusão labial na pós-menopausa deverá suscitar à investigação de diferentes diagnósticos diferenciais, como o líquen plano, o líquen escleroso e as dermatoses reativas. A ausência de prurido, de estrias reticuladas na superfície, de áreas de hipopigmentação e de eritema multiforme tornam estes diagnósticos menos prováveis.

PD 06

E QUANDO O DIAGNÓSTICO DE MASSA ANEXIAL É REALIZADO NA GRAVIDEZ?

Marta Gomes de Melo; Madalena Andrade Tavares; Rita Silva; Mariana Lourenço; Gunes Karakus; Carlos Rodrigues; Jowett Bocarro; Paula Tapadinhas
Hospital Vila Franca de Xira

Nulípara de 25 anos, saudável, grávida, com diagnóstico incidental de massa anexial direita com 20cm, detetada em ecografia obstétrica no primeiro trimestre. Foi programada cirurgia para as 20 semanas de gravidez. Foi submetida a laparotomia mediana com identificação de volumosa massa anexial direita e realização de anexectomia direita. Foi confirmado o bem-estar fetal no pós-operatório. A gravidez prosseguiu sem intercorrências, encontrando-se atualmente no 3º trimestre da gravidez (32 semanas).

PD 07

SERÁ O DUPLO BIOMARCADOR P16/KI67 ESSENCIAL EM MULHERES PÓS-MENOPÁUSICAS?

Daniela David; Mariana Sucena; Beatriz Ferro; Mafalda Simões; João Gama; Fernanda Santos; Vera Ramos; Olga Caramelo; Teresa Rebelo; Fernanda Águas

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) é a principal causa de cancro do colo do útero. As alterações do microbioma vaginal e as co-morbilidades nas mulheres pós-menopáusicas poderão facilitar a persistência da infeção por HPV e o desenvolvimento de cancro. Por outro lado, o hipoestrogenismo aumenta o número de colposcopias inconclusivas, dificultando a vigilância. O duplo biomarcador imunocitoquímico p16/ki67 (CintecPlus®) permite identificar células com transformação oncogénica.

Objetivos: Determinação da sensibilidade e especificidade do CintecPlus® na população pós-menopáusica. Diferenças da população pré-menopáusica e pós-menopáusica.

Metodologia: Estudo observacional descritivo de doentes com primeira consulta de PCV entre 2019 e 2021. Foram criados dois grupos comparativos: grupo 1 (G1) mulheres pré-menopausa e o grupo 2 (G2) mulheres pós-menopausa. Análise estatística realizada com SPSS v26, valor de p estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídas 611 mulheres, 486 (79,5%) no G1 e 125 (20,5%) no G2. O G1 apresentou maior taxa de tabagismo (33,6% no G1 vs 16,5% no G2 ($p < 0,001$)). O G2 apresentou maior taxa de diabetes 9,8% (vs 1,9% no G1) ($p < 0,001$). Nenhuma das mulheres do G2 realizou vacinação contra o HPV previamente à consulta (vs 15,8% no G1) ($p < 0,001$). Em relação ao tipo de HPV de alto risco, não houve diferenças significativas en-

tre os dois grupos: HPV 16 no G1 41,6% vs G2 39,3% ($p = 0,661$), HPV 18 no G1 13,8% vs G2 14,0% ($p = 0,950$) e outros HPV de alto risco no G1 65,4% vs G2 62,6% ($p = 0,591$). O CintecPlus® foi positivo em 34,8% no G1 e em 34,4% no G2 ($p = 0,938$). 94,2% das mulheres no G1 realizou colposcopia na 1ª consulta (vs 91,2% no G2), sendo inconclusiva em 11,4% no G2 vs 1,1% no G1 ($p < 0,001$). Foram analisados os estudos histopatológicos (EH) das biópsias, curetagem endocervical (CEC) e exérese de zona de transformação ($n = 254$) e calculadas as sensibilidades e especificidades para as lesões de alto grau ou superiores para o CintecPlus®, colposcopias e citologias para cada grupo. No G1 31,1% das mulheres tiveram EH compatível com lesão de alto grau ou superior (vs 26,8% no G2). O CintecPlus® mostrou uma sensibilidade (S) de 79,1% e especificidade (E) de 58,7% no G1 com VPN 85,3% e VPP 48,2% (vs S 72,7% e E 63,2%, com VPN 88,9% e VPP 36,4% no G2). A citologia mostrou S de 38,8% e E 83,3%, com VPN 73,7% e VPP 53,1% no G1 (vs S 81,8% e E 84,2%, com VPN 94,1% e VPP 60,0% no G2). A colposcopia mostrou S de 61,5% e E de 75,9%, com VPN 80,6% e VPP 54,8% no G1 (vs S 25,0% e E 90,9%, com VPN 83,3% e VPP 40,0% no G2).

Conclusão: A população pós-menopáusia representa um desafio na consulta de patologia cervical dado o elevado número de colposcopias inconclusivas. Tanto o CintecPlus® como a colposcopia apresentaram uma menor sensibilidade nas mulheres pós-menopausa comparativamente às mulheres pré-menopausa. Na nossa amostra, o exame citomorfológico apresentou elevada sensibilidade no grupo pós-menopausa.

PD 08

TORÇÃO UTERINA EM MULHER PÓS-MENOPAUSA – CASO CLÍNICO

André Reis Correia; Fazila Mahomed;
Amélia Oliveira Pedro
Hospital CUF Sintra

Introdução: A torção uterina é uma entidade rara, definida como uma rotação axial uterina superior a 45°. A sua apresentação é variável, habitualmente associada a dor pélvica, ocorrendo a maioria dos casos no contexto de gravidez ou massa uterina.

Objetivo: Apresentamos o caso clínico de uma doente de 79 anos, saudável, que recorre ao Serviço de Urgência com um quadro de dor abdominal. Diagnóstico cirúrgico de torção uterina no contexto de útero miomatoso.

Caso clínico: Doente de 79 anos, sem antecedentes médicos e cirúrgicos de relevo (incluindo ginecológicos), recorreu ao Serviço de Urgência com um quadro de dor abdominal e obstipação com 4 dias de evolução, que não cedia a terapêutica analgésica em ambulatório. Encontrava-se hemodinamicamente estável e apirética, apresentava dor mais acentuada à palpação profunda nos quadrantes inferiores do abdómen, sem sinais de abdómen agudo. Ao exame ginecológico destacava-se a palpação de massa pélvica, móvel, compatível com 16-17 semanas gestacionais.

Em termos laboratoriais, a referir elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose com neutrofilia e PCR elevado).

Do ponto de vista imagiológico (ecografia e TC abdomino-pélvico): aparente densificação da gordura peri-cólica esquerda, diverticulose cólica e massa pélvica compatível com útero aumentado de dimensões, polimiomatoso (os maiores com 10 e 6 cm).

Perante a idade da doente e a suspeita imagiológica de diverticulite, a doente foi internada, estabilizada, submetida a tratamento médico e referenciada à Ginecologia.

Posteriormente foi submetida a laparotomia exploradora, onde se verificou a presença de um útero aumentado de dimensão, de consistência amolecida, com áreas “gelatinosas” e com rotação axial superior a 45°. Procedeu-se a histerectomia total com salpingooforectomia bilateral.

O diagnóstico histológico confirmou necrose uterina e anexial, associada a torção do corpo do útero.

Discussão: A torção uterina é uma causa rara de abdómen agudo em mulheres pré e pós-menopausa, que ocorre maioritariamente em situações de massa uterina ou gravidez. Pela sua raridade e apresentação clínica variável é frequentemente sub-diagnosticada e/ou de diagnóstico tardio. No caso apresentado, o diagnóstico foi dificultado por uma história pregressa irrelevante e achados imagiológicos não específicos. Apesar da literatura sobre o assunto ser escassa, o atraso no diagnóstico pode culminar em complicações como hemorragia, sépsis e coagulopatia.

PD 09

ÚTERO MIOMATOSO

Mariana Lourenço; Rita Silva; Marta Melo; Irina Ramilo; Adriana Franco
Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: Os leiomiomas uterinos são os tumores pélvicos mais frequentes na mulher. Resultam da proliferação das células musculares lisas e fibroblastos do miométrio podendo ser assintomáticos ou associar-se a sintomas como a hemorragia uterina anormal e a dor pélvica. Dependendo do tipo, tamanho e número de miomas pode haver condicionismos na fertilidade da mulher.

Objectivo: visualização de imagem de ressonância magnética e pós-operatório de útero miomatoso

Mulher de 34 anos, natural da Guiné, IO: 0000 recorreu ao serviço de urgência por dor pélvica e pequena hemorragia em contexto de

gravidez segundo a própria. Na observação, após exclusão de gravidez objectivou-se útero com múltiplos miomas ($n > 30$). Por desejo de preservação de fertilidade e recusa de histerectomia, procedeu-se a miomectomia múltipla com remoção de 25 miomas.

PD 10

MASSA ANEXIAL VOLUMOSA – É VIÁVEL A LAPAROSCOPIA?

Marta Gomes de Melo; Madalena Andrade Tavares; Rita Silva; Mariana Lourenço; Adriana Franco; Alexandre Ambrósio
Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A laparoscopia é a via de abordagem preferencial na patologia anexial benigna, permitindo uma melhor visualização das estruturas anatómicas, uma recuperação clínica mais rápida, melhores resultados cosméticos e diminuição dos custos de internamento. A presença de uma massa volumosa constitui um desafio à abordagem laparoscópica, implicando maior dificuldade técnica. Contudo, não se encontra bem estabelecido o limiar de tamanho a partir do qual a laparotomia constitui a abordagem preferencial.

Objetivos: Descrição de um caso clínico de massa anexial volumosa, removida por laparoscopia.

Material e métodos: Mulher de 39 anos, múltipara, saudável, com algias pélvicas, realizou exames de imagem com identificação de massa anexial de grandes dimensões. Ecograficamente, visualizava-se uma massa anexial esquerda com 250 x 195 x 130 mm (dimensões subestimadas, dado estender-se ao apêndice xifoideu), biloculada, anecogénica, com loca com ecogenicidade mista, com vascularização periférica Doppler 2. A ressonância magnética revelou que a lesão ocupava toda a cavidade peritoneal, com 290 x 280 x 130 mm, com parede fina regular sem septos ou vegetações e sinal hídrico homogéneo, sugestivo de lesão serosa benigna do ovário esquerdo. Os mar-

cadres tumorais foram negativos. Foi submetida a laparoscopia, com visualização de volumoso quisto anexial esquerdo ocupando toda a cavidade pélvica e abdominal. Tendo em conta as dimensões e características de benignidade, optou-se por punção do mesmo, com aspiração do conteúdo, seroso, de aproximadamente 1300 mL. Devido ao tamanho do quisto, decidiu-se por anexectomia esquerda, acrescida de salpingectomia contralateral, por desejo de contraceção definitiva. A citologia do conteúdo intraquístico foi negativa para células neoplásicas. O diagnóstico histológico definitivo da peça operatória foi coincidente com cistadenoma seroso.

Resultados e conclusões: A abordagem laparoscópica é a opção preferencial na maioria da patologia anexial, sendo fatores limitantes à sua realização a existência de características de malignidade ou uma massa de grandes dimensões. No entanto, o volume da massa não é um critério bem definido para limitar a abordagem laparoscópica, sendo esta passível de realização mesmo na presença de massas volumosas, exigindo uma avaliação pré-operatória detalhada para exclusão de malignidade e uma equipa cirúrgica experiente por forma a assegurar uma maior segurança do procedimento.

PD 11

HEMATOCOLPOMETRA POR ESTENOSE CERVICAL SEM CAUSA APARENTE: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Carolina Smet¹; Catarina Palma Reis²;
Verónica São Pedro¹; Helena Pereira¹; Lurdes Silva¹;
Fernando Cirurgião¹

¹Hospital de São Francisco Xavier – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; ²Maternidade Alfredo da Costa – Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: O hematocolpometra é uma entidade rara que consiste na acumulação de sangue na cavidade endometrial e/ou colo uterino por obstrução a diferentes níveis do

trato genital inferior. Em mulheres na perimenopausa deve-se geralmente a estenose cervical por atrofia ou na sequência de tratamentos cervicais, radioterapia ou lesão neoplásica. O diagnóstico é feito através do exame pélvico e da ecografia. O tratamento é habitualmente a dilatação cirúrgica do colo. Apresentamos dois casos de hematocolpometra por estenose cervical com características e evolução distintas.

Caso 1: Mulher com 51 anos, IO 2002 (2 cesarianas), sem outros antecedentes relevantes, em amenorreia sob desogestrel. Três meses após suspensão do progestativo, mantinha-se em amenorreia e desenvolveu um quadro de dor pélvica aguda com agravamento progressivo. À observação no Serviço de Urgência constatou-se um colo abaulado, sem individualização do orifício externo e ecograficamente uma distensão exuberante do canal cervical, por um conteúdo com ecogenicidade de vidro fosco. Procedeu-se à dilatação do colo sob controle ecográfico, com drenagem de sangue em abundante quantidade e alívio sintomático imediato. Ao fim de dois meses a utente mantinha-se assintomática e optou por retomar contraceção com desogestrel em toma contínua.

Caso 2: Mulher com 43 anos, IO 3003 (2 partos eutócicos, 1 cesariana), com quadro de dor pélvica associado a hemorragia uterina anómala, com ciclos irregulares e cataménios com fluxos abundantes, com dois anos de evolução. A ecografia revelou uma cavidade endometrial preenchida por conteúdo de vidro fosco compatível com hematometra. Já realizara desogestrel em toma contínua nos últimos 6 meses sem melhoria. Foi realizada drenagem da hematometra com alívio sintomático e medicada com antibioterapia empírica. Nas semanas seguintes a utente foi submetida a sucessivas drenagens por episódios recidivantes de hematometra. A análise

microbiológica do exsudado endocervical e os exames citológicos e histológico de biópsia endometrial não revelaram alterações. A histeroscopia mostrou uma estenose cervical e uma cavidade preenchida por sangue sem outras alterações, após o que se colocou um dispositivo de libertação prolongada de levonogestrel. Não obstante, a utente manteve-se com episódios recidivantes de hematometra, tendo sido proposta para histerectomia.

Conclusão: O hematocolpometra deve ser uma hipótese diagnóstica a considerar em mulheres com dor pélvica, mesmo na ausência de uma causa aparente para estenose cervical. A dilatação cirúrgica do colo e a terapêutica progestativa nem sempre são suficientes para a resolução definitiva do quadro.

PD 12

HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA: 4 ANOS DE EXPERIÊNCIA NO CHMA

Ângela Encarnação Sousa Silva;
Andreia Fontoura Oliveira; Paulina Costa;
Sidonie Monteiro; Sara Azevedo; Rita Sousa;
Maria Manuel Torrão
Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: A histerectomia é a cirurgia ginecológica major mais frequentemente realizada nos países desenvolvidos, apresentando três principais vias de abordagem: abdominal, vaginal e laparoscópica. Vários estudos reportam as inúmeras vantagens da histerectomia laparoscópica, nomeadamente menor tempo de internamento, menor taxa de complicações major e minor, e rápida recuperação pós-operatória.

Objectivos: Análise das pacientes submetidas a histerectomia laparoscópica no CHMA, assim como o seu desfecho cirúrgico, incluindo a taxa de complicações.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos das doentes submetidas a histerectomia laparoscópica no CHMA, no período compreendido entre abril de 2017 e dezembro de 2020.

Resultados: Quarenta e oito (n = 48) pacientes foram incluídas no presente estudo, com idades compreendidas entre 36 e 73 anos (média 48,1 anos), sendo que 37,5% encontravam-se na pós-menopausa. No que se refere aos antecedentes cirúrgicos, 22 doentes (45,8%) apresentavam história anterior de apendicectomia, colecistectomia, salpingectomia, laqueação tubar e conização. Os principais motivos para realização de histerectomia incluíram: hemorragia uterina anormal refratária ao tratamento médico (16), útero fibromiomas (13), hiperplasia endometrial (5), pólipos endometriais (3), patologia do colo (6), antecedentes de cancro da mama (4) e patologia anexial (1).

Em 7 pacientes (14,7 %) foram registadas complicações intra-operatórias, tais como laceração vesical (n = 2) e enfisema subcutâneo (n = 5), dois dos quais com necessidade de conversão para laparotomia. No que se refere às complicações pós-operatórias, foram registados 4 casos, dois dos quais com necessidade de re-intervenção (1 caso secundário a hemoperitónio e outro a sépsis). Os restantes 2 casos registaram hemorragia da cúpula vaginal, mas sem necessidade de intervenção cirúrgica. O tempo de internamento registado foi em média de 2,35 dias.

Conclusões: A presente análise demonstra que a histerectomia laparoscópica é uma cirurgia minimamente invasiva, associada a uma baixa taxa de complicações intra e pós-operatórias, mesmo em mulheres com antecedentes de cirurgia abdómino-pélvica, permitindo um regresso mais precoce à actividade profissional, o que se reflete num maior conforto para a doente.

PD 13

PÓLIPO ENDOMETRIAL GIGANTE

Mariana Lourenço; Rita Silva; Marta Melo;
Rita Passarinho; Carlos Rodrigues
Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: Os pólipos endometriais são tipicamente identificados em contexto de hemorragia uterina anormal na pré e pós-menopausa. Muitos pólipos, contudo, são assintomáticos, sendo o seu diagnóstico incidental. Em algumas mulheres o prolapso do pólipo ocorre, podendo ser visualizado ao nível do colo, vagina ou vulva. Correspondendo à projecção de uma formação hiperplásica das glândulas endometriais e do estroma, os pólipos podem ser encontrados em 25% das mulheres, sendo na sua grande maioria benignos, registando-se malignidade numa minoria de casos.

Objectivo: visualização de imagem de pólipo endometrial hiperplásico gigante.

Mulher de 73 anos, em pós-menopausa foi admitida no serviço de Urgência de ginecologia por hemorragia uterina anormal desde há 1 ano e sensação de corpo estranho no último mês. Na observação ginecológica identificou-se formação polipoide com cerca de 10 cm. Após torção do mesmo procedeu-se à sua remoção com sucesso, sem hemorragia significativa associada. A peça obtida foi enviada para anatomia patológica que identificou pólipo endometrial com características hiperplásicas sem evidência de características malignas. Procedeu-se posteriormente em ambulatório a histeroscopia que evidenciou cavidade uterina sem alterações. Verificou-se resolução completa do quadro sem recorrência de sintomas.

PD 14

CISTADENOFIBROMA DO OVÁRIO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Carolina Smet; Verónica São Pedro; Helena Pereira;
Lurdes Silva; Fernando Cirurgião
*Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospitalar
Lisboa Ocidental*

Introdução: Os cistadenofibromas do ovário são tumores benignos raros com um diagnóstico pré-operatório difícil, pela ausência de um padrão ecográfico típico. São compostos por tecidos sólidos e componentes quísticos e a sua classificação baseia-se no tipo de células que os constituem, dividindo-se em serosos, endometrióides, mucinosos, de células claras ou mistos. Tratando-se frequentemente de massas uni/multiloculares com componentes sólidos e/ou vascularização importante, é essencial uma caracterização imagiológica assertiva de forma a distingui-los de neoplasias malignas. O diagnóstico definitivo é realizado através do exame histológico após a remoção cirúrgica do tumor. Apresentamos imagens ecográficas e de ressonância magnética de um caso de cistadenofibroma seromucinoso do ovário.

Caso clínico: Mulher de 45 anos, com laqueação de trompas bilateral, sem outros antecedentes relevantes. Enviada à consulta de ginecologia por uma massa anexial direita, sem sintomas associados. No nosso centro foi reavaliada com ecografia e ressonância magnética, que revelaram uma formação multilocular quística na área anexial direita com 74 mm de maior eixo, mais de 10 locas, contornos e paredes internas regulares, ecogenicidade mista (conteúdo anecogénico com nível de vidro fosco), septos com color score 3 e sem sombras acústicas nem líquido no fundo de saco de Douglas. Apesar da vascularização exuberante, as características eram compatíveis com um cistadenoma mucinoso e a probabilidade de benignidade calculada pelo

ADNEX MODEL do grupo IOTA foi de 95,6%. A caracterização por ressonância magnética também foi sugestiva de benignidade. Nesse contexto foi realizada anexectomia direita por via laparoscópica sem intercorrências. A análise anatomo-patológica confirmou tratar-se de um cistadenofibroma seromucinoso do ovário. **Conclusão:** Os cistadenofibromas do ovário podem ter uma apresentação ecográfica muito variada, por vezes com características sugestivas de malignidade. O recurso a modelos para cálculo da probabilidade de malignidade, assim como a ressonância magnética, podem ser úteis no diagnóstico diferencial pré-operatório destas massas.

PD 15

ABORDAGEM ENDOSCÓPICA NO TRATAMENTO DE COMPLICAÇÃO APÓS CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE

Susana Correia Costa¹; Vera Facão¹;
Eduardo Rodrigues-Pinto²; João Cavaco Gomes¹;
Ana Sofia Fernandes¹; Luís Malheiro³;
Margarida Martinho¹; Jorge Beires¹

¹*Serviço de Ginecologia;* ²*Serviço de*
Gastroenterologia; ³*Serviço de Cirurgia Geral Centro*
Hospitalar Universitário São João

Introdução: O tratamento cirúrgico da endometriose pélvica profunda (EPP) é complexo e associa-se a risco significativo de complicações.

Caso clínico: 31 anos, nuligesta, sem antecedentes cirúrgicos. Referenciada por suspeita de EPP associada a dismenorrea e dispareunia profunda. Exame físico, estudo imagiológico (ecografia, sonovaginografia e RMN) sugestivos de EPP do compartimento posterior e endometriomas bilaterais. Colonoscopia sem alterações. Por má resposta a tratamento médico, proposto tratamento cirúrgico que incluiu cistectomia bilateral e exérese de lesões de EPP retrouterina e de lesão retal por *shaving*. Confirmada integridade retal com azul de metileno. Ao 3º dia

pós-operatório (PO) inicia febre com elevação de parâmetros inflamatórios, sendo instituída antibioterapia (ATB) empírica endovenosa (EV) com ampicilina, gentamicina e metronidazol. Por febre persistente e aumento de parâmetros inflamatórios ao 6º dia PO (3º dia de ATB), realizada TC que identificou “volumosa coleção no fundo de saco de Douglas (FSD), com bolhas gasosas no interior, não se podendo excluir fistulização para vísceras ocas adjacentes”. Ao 7º dia PO, realizada laparoscopia exploradora, aspiração de pús (isolada *E. coli* sensível a quinolonas) e exploração do trajeto colo-rectal (colaboração de cirurgia geral) sem evidência de lesão iatrogénica intestinal. PO com boa evolução clínica e laboratorial. Ao 14º dia, por presença de ar no saco de dreno abdominal, realizada TC que mostrou “perfuração livre da transição colorectal para o FSD”. Iniciada estratégia conservadora (nil per os e nutrição parentérica total – NPT) com boa evolução. TC de controlo ao 22º dia PO com manutenção de perfuração intestinal. Após discussão multidisciplinar, decidida tentativa de encerramento da perfuração por via endoscópica. Ao 25º dia PO realizada colonoscopia que revelou orifício fistuloso com 3.4mm a 20cm da margem anal, seguida de encerramento endoscópico com over-the-scope clip. 48 horas depois, TC de controlo com contraste retal mostrou persistência de solução de continuidade cólica e realizou-se nova tentativa de encerramento endoscópico ao 33º dia PO. A reavaliação imagiológica às 48 horas confirmou o encerramento da fístula. Após suspensão de NPT e ATB EV, evolução favorável e alta, assintomática, ao 45º dia PO. **Conclusão:** O tratamento endoscópico de fístulas PO deve ser considerado em doentes selecionados, com taxas de sucesso de cerca de 75%, evitando nova intervenção cirúrgica.

PD 16

DETEÇÃO DE HPV 16/18 E HPV DE OUTROS TIPOS DE ALTO RISCO. CORRELAÇÃO COM O TIPO DE LESÃO E RESPECTIVA ORIENTAÇÃO

Raquel Sousa¹; Daniela Melo¹; Kristina Hundarova¹; Daniela David¹; Mafalda Simões¹; Beatriz Ferro¹; Mariana Sucena¹; João Gama²; Vera Ramos¹; Olga Caramelo¹; Fernanda Santos¹; Teresa Rebelo¹; Fernanda Águas¹

¹Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A infeção persistente por genótipos de alto risco do vírus do papiloma humano (HPV) é o principal fator etiológico do cancro do colo do útero (CCU). Os genótipos HPV 16/18 estão implicados na patogénese da maioria de lesões pré-malignas e malignas. Após estratificação do risco, a colposcopia possibilita um diagnóstico dirigido e consequente tratamento adequado. Os genótipos não 16/18 (outros tipos), também têm potencial carcinogénico. Em algumas situações a referenciação para colposcopia imediata não está recomendada o que gera controvérsia.

Objetivos: Comparar HPV 16/18 e HPV de outros tipos de alto risco relativamente às características da população, achados citológicos, colposcópicos, histológicos e respetiva orientação.

Material e métodos: Efetuamos um estudo transversal retrospectivo, de todas as doentes referenciadas à consulta de patologia Cervico Vulvar entre janeiro de 2019 e dezembro de 2020 com HPV-AR+. A tipagem foi realizada pelo teste Cobas 4800. Foram excluídas as coinfeções. Repartiu-se a análise entre o grupo 1 (G1), constituído por doentes com HPV 16/18+; grupo 2 (G2), constituído por doentes com HPV outros tipos de alto risco+. Os dados foram analisados com o SPSS v25, considerando-se significativamente estatísticos para $p < 0.05$.

Resultados: Obtivemos um total de 486 doentes, 193 (39.7%) pertencentes ao G1 e 293 (60.3%) ao G2.

Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à idade, coitarca, número de parceiros, tabagismo e toma de contraceção hormonal oral. Verificou-se maior taxa de nuliparidade no G2 (30.7 vs. 25.4%) [$p=0.015$]. A taxa de vacinação foi maior no G2 (20.3% vs. 4.3%) [$p < 0.001$]

Quanto à citologia morfológica 54.3% (G1) vs. 23.2% (G2) foram NILM; 33% (G1) vs. 64.3% (G2) tinham lesões de baixo grau e 12.8% (G1) vs. 11.9% (G2) lesões de alto grau, [$p < 0.001$].

No G1 a colposcopia foi normal em 35.9%, grau 1 em 40.6% e grau 2 em 20.3%. No G2 os valores foram respetivamente 48.5%; 37.2% e 11.6% [$p=0.006$]. No G1 foram realizadas 98 biópsias das quais 34% resultaram em lesões de alto grau vs. 99 biópsias, com 17.3% lesões de alto grau no G2 [$p=0.004$]. Foram diagnosticados no total 5 CCU, 4 no G1. No G1 foram realizadas 50 excisões da zona de transformação (EZT), correspondendo 32 (64%) a lesões de alto grau e 6 (12%) a CCU. No G2 realizaram-se 32 EZT, correspondendo 12 (37.5%) a lesões de alto grau. [$p=0.003$].

Conclusões: Apesar de na nossa população haver um predomínio de HPV de outros tipos, os resultados citológicos de alto grau, os achados colposcópicos grau 2, as lesões de alto grau e os CCU continuam a ser mais frequentes perante tipagem 16/18+.

PD 17

GRAVIDEZ ECTÓPICA CERVICAL – UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Hundarova, Kristina¹; Évora, Francisco¹; Facas, João²; Campos, Sara¹; Carvalho, Giselda¹; Almeida e Sousa, Luís¹; Coelho, Filomena³; Donato, Paulo²; Águas, Fernanda¹

¹Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Imagem Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Serviço de Obstetrícia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A gravidez cervical é uma forma rara de gravidez ectópica, responsável por menos de 1% do total dos casos. Trata-se de uma entidade com elevada morbilidade pelo risco de hemorragia profusa e com potencial impacto no futuro reprodutivo da mulher. A abordagem terapêutica ideal continua a ser alvo de debate.

Objetivos: Descrever um caso clínico de gravidez ectópica cervical, numa mulher nulípara, em que a embolização seletiva de artéria uterina foi uma componente fundamental do tratamento conservador.

Materiais e métodos: Primigesta de 31 anos, com 6 semanas de amenorreia, recorreu ao serviço de urgência por perda hemática vaginal moderada com 3 dias de evolução, sem outra sintomatologia associada. À observação apresentava coágulos na vagina em quantidade moderada a abundante; o colo uterino era volumoso e de coloração violácea. A ecografia transvaginal revelou, a nível cervical, na espessura do lábio posterior um saco gestacional com 35 x 27 mm, e com embrião com 8mm, sem atividade cardíaca. O valor de β -HCG era de 72 194 U/L.

Realizou protocolo com Metotrexato sistémico e em D4 realizou injeção intra-amniótica do mesmo fármaco. Em D12, por agravamento da hemorragia vaginal, foi realizada embolização seletiva do ramo cervical da artéria uterina esquerda e em D15, a doente

foi submetida a cirurgia para remoção, sob anestesia geral, de tecido trofoblástico cervical. A evolução clínica foi favorável e a β HCG negativou ao 42º dia após o diagnóstico.

Resultados e conclusões: A embolização seletiva das artérias uterinas é um procedimento seguro e eficaz para controlo de hemorragia uterina. Neste caso de gravidez cervical a embolização permitiu ainda uma intervenção cirúrgica segura para remoção do tecido trofoblástico contribuindo para o sucesso do tratamento conservador.

PD 18

TUMORLETS PLEXIFORME – UMA RARIDADE DIAGNÓSTICA

C. Carneiro; P. Ferreira; M. Martins; S. Leitão; C. Costa; T. Teles

Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga

Introdução: Tumorlets plexiformes são lesões raras, geralmente submucosas e solitárias, atingindo principalmente mulheres de meia idade. Constituem geralmente um achado microscópico incidental numa peça de histerectomia no contexto de hemorragia uterina anormal por leiomiomas uterinos.

Este tipo de lesão parece incluir-se num subtipo de leiomiomas comuns, apresentando uma evolução clínica semelhante, nomeadamente benigna e sem recorrência. No entanto, não estão descritos seguimento destas doentes.

Objetivo: Descrição de caso clínico

Material e métodos: Consulta do processo clínico.

Resultados e conclusões: 51 anos, história pessoal de hipertensão arterial e fibrilhação auricular, sem antecedentes cirúrgicos. 2G2P, citologia cervicovaginal atualizada, contraceção com progestativo oral. Referenciação a consulta externa de Ginecologia por queixas de hemorragia uterina anormal, predomínio intermenstrual. Do estudo etiológico efetuado, em ecografia transvaginal suspeita ecográfi-

ca de um leiomioma submucoso (FIGO tipo 2), situado na parede anterior uterina, distância mínima à serosa de 14mm. Realizada histeroscopia diagnóstica em ambulatório, na qual se colocou a hipótese diagnóstica de leiomioma submucoso e achado de pólipos endometriais pediculados no fundo uterino. Decidiu-se inscrição cirúrgica para polipectomia e mioectomia por ressectoscopia. Procedimento cirúrgico confirmando achados pré-operatórios, tendo decorrido sem intercorrências e evolução favorável no pós-operatório.

No exame anatomo-patológico, confirmado leiomioma e surgimento de tumorlets plexiformes (CD10 negativos).

Em reavaliação pós-operatória, doente com melhoria do padrão hemorragia, sendo que em ecografia transvaginal não se evidenciou patologia focal.

Conclusões: O caso clínico apresentado apresenta um achado anatomo-patológico raro, com apresentação clínica semelhante aos leiomiomas. Este caso permite lembrar uma entidade diagnóstica rara, com curso aparentemente benigno, mas para o qual estão poucos casos descritos e sem seguimento adequado.

PD 19

PAPEL DOS COFATORES NA PERSISTÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HPV

Mariana Sucena; Daniela David; Beatriz Ferro; Mafalda Simões; Fernanda Santos; Vera Ramos; Olga Caramelo; Teresa Rebelo; Fernanda Águas
Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O papel do vírus do papiloma humano (HPV) na etiopatogenia do cancro do colo do útero está bem estabelecido, sabe-se que a infeção é necessária, mas não suficiente por si só, existindo cofatores na carcinogénese cervical. O tabaco é um cofator bem estabelecido, mas estudos destacam que o papel da imunossupressão, fatores ligados

ao comportamento sexual, o uso de contraceptivos orais (CO) e a multiparidade parecem estar envolvidos na progressão.

Objetivo: Descrever os cofatores da infeção por HPV e o seu impacto na persistência da infeção.

Material e métodos: Estudo transversal que incluiu mulheres que realizaram CIntec® PLUS (marcação dupla citológica p16INK4a/ki67) entre janeiro/2019 e março/2021 com seguimento em consulta de Patologia Cervico-Vulvar. Foram incluídas 318 mulheres que repetiram COBAS® após 12 meses de vigilância e divididas em 2 grupos, as que eliminaram o HPV (G1) e aquelas em que a infeção persistiu (G2). Na análise estatística foi utilizado o SPSS®.

Resultados: A eliminação do HPV (G1) ocorreu em 32,4% casos (n = 103). Em ambos os grupos os genótipos mais frequentes foram os outros tipos de HPV de alto risco (G1 44,7% e G2 41,9%, p = 0,5), e o CIntec® PLUS foi positivo em 35,6% no G1 e 37,2% no G2 (p = 0,7). A percentagem de biópsias dirigidas por colposcopia foi idêntica nos 2 grupos (41%), e os estudos histopatológicos mostraram maior prevalência de HSIL no G1 (61,1% vs 38,9%, p = 0,001). Foram submetidas a exérese da zona de transformação 21,5% das doentes no G1 e 12,1% no G2 (p < 0,001). A média de idades foi idêntica nos 2 grupos (42 ± 10 anos). Não foram encontradas diferenças entre os grupos quanto aos fatores ligados ao comportamento sexual (idade da coitarca: G1 18,3 ± 2,5 anos vs G2 17,7 ± 2,1 anos; número de parceiros sexuais: G1 3,1 vs G2 2,8). O tabagismo foi idêntico nos 2 grupos (31% G1 vs 29% G2) e a multiparidade foi mais frequente no G2 (40% vs 35%, p = 0,4). A percentagem de utilizadoras de CO durante um período superior a 5 anos foi maior no G2 (71% vs 63%, p = 0,4). Quanto às comorbilidades constatou-se que doenças auto-imu-

nes foram mais frequentes no G2 (9,7% vs 2,8%, $p = 0,02$). A progressão das lesões na citologia ocorreu em 2,2% no G1 e 13,1% no G2 ($p = 0,01$).

Conclusão: Há condições associadas ao aumento do risco de persistência e progressão da infecção por HPV. O conhecimento destes cofatores permitirá compreender melhor a evolução da infecção pelo HPV numa determinada mulher, possibilitando uma vigilância mais atenta e direcionada.

PD 20

DESAFIO DIAGNÓSTICO DO ADENOMIOEPITELIOMA – UMA CAUSA RARA DE LESÃO MAMÁRIA

Mariana Sucena; Mafalda Simões; Joana Belo;
Fernanda Águas

*Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar
e Universitário de Coimbra*

Introdução: O adenomioepitelioma é uma lesão rara na mama, caracterizada pela proliferação de elementos epiteliais e mioepiteliais. Clínica e mamograficamente apresenta-se como uma lesão bem delimitada que, quando assume contornos irregulares, torna difícil o diagnóstico diferencial com lesões malignas.

Objetivo: Relato de um caso de Adenomioepitelioma enviado á consulta Ginecologia da Mama do CHUC.

Material e métodos: Utilizados registos clínicos de um hospital terciário.

Resultados e conclusões: Mulher de 59 anos, com antecedentes familiares de carcinoma da mama, com nódulo palpável na união dos quadrantes externos da mama esquerda e deteção imagiológica de formação nodular associada a microcalcificações de contornos lobulados com 13 mm. A punção aspirativa por agulha fina descreve aspetos citomorfológicos sugestivos de malignidade e o estudo anatomopatológico do material obtido por biópsia relata proliferação epitelial centralmente necrosada.

A ressonância magnética mamária documentou massa de contornos irregulares com aspetos morfológicos e cinéticos suspeitos de malignidade, e identificou adenopatia esquerda. Repetiu a biópsia que foi sugestiva de adenoma tubular e a citologia ganglionar da axila esquerda revelou adenite reacional.

Atendendo à discrepância entre os estudos anátomo-patológicos e o diagnóstico imagiológico, realizou-se tumorectomia. Macroscopicamente tratava-se de uma formação nodular lobulada, de contornos bem definidos e de consistência sólida, com 2 x 1,2 x 0,9 cm envolvida por uma pseudo-cápsula fibrosa. O estudo histológico identificou uma lesão tumoral composta por células mioepiteliais com imunomarcagem para p 63 e calponina, e células epiteliais com discreto pleomorfismo e baixa atividade mitótica. Este diagnóstico foi compatível com adenomioepitelioma.

O restante estadiamento não revelou doença metastática à distância e não foi realizado tratamento adicional, mantendo-se em *follow-up*.

Conclusão: Este caso realça a dificuldade na abordagem diagnóstica do adenomioepitelioma, o reconhecimento do padrão celular bifásico em combinação com a imunohistoquímica definem o diagnóstico. O adenomioepitelioma pode exibir um padrão heterogéneo e uma malignidade limítrofe, e dos casos descritos na literatura o padrão lobular é o mais frequente e parece ser o mais benigno. É essencial uma melhor compreensão do seu comportamento clínico e histopatológico para evitar possíveis confusões no diagnóstico e no plano de tratamento.

PD 21

ANGIOSSARCOMA PRIMÁRIO DA MAMA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cláudia Miranda¹; Diana Coelho¹; Mariana Afonso²; Teresa Dias³; Paulo Reis³; Joaquim Abreu de Sousa³

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães; ²Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia do Porto; ³Serviço de Oncologia Cirúrgica, Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução: Os sarcomas da mama representam menos de 1% das neoplasias malignas da mama. Podem ser primários ou secundários e os principais subtipos histológicos incluem fibrossarcomas, angiossarcomas e sarcomas pleomórficos indiferenciados. Apesar de apresentar características clínicas semelhantes ao carcinoma da mama, o tratamento e prognóstico diferem drasticamente.

Objetivos: Descrição de um caso clínico e revisão da literatura.

Material e métodos: Análise de processo clínico e revisão da literatura.

Resultados e conclusões: Mulher de 42 anos, 2G2P, obesa (IMC = 33 kg/m²), contraceção com estroprogestativo oral. Mãe com antecedentes de carcinoma da mama diagnosticado aos 60 anos.

Referenciada à consulta por suspeita de lesão maligna da mama, inicialmente detetada no auto-exame mamário. A mamografia e ecografia mamária descreviam “nódulo denso na transição dos quadrantes internos da mama esquerda, heterogêneo e de contornos mal definidos com 15 x 11 mm - BIRADS-4”. Uma microbiópsia realizada no exterior relatava lesão vascular de tipo angiomatosa, não se podendo excluir lesão mais agressiva. A revisão das lâminas revelou neoplasia mesenquimatosa maligna primária da mama com diferenciação vascular, sugestiva de angiossarcoma. Realizou TAC torácico sem evidência de metastização. Submetida a mastectomia parcial esquerda com biópsia de gânglio sentinela.

O exame anatomopatológico descreveu uma peça operatória com 10.4 x 9.4 x 6 cm e 204 gr; revelou uma área nodular, avermelhada, de consistência elástica e limites mal definidos com 3,7 cm, compatível com angiossarcoma primário da mama (sarcoma não graduável) e o tecido mamário adjacente apresentava múltiplos focos de neoplasia. Margens cirúrgicas livres, estando a medial a < 0,1 cm. Gânglios linfáticos isolados sem envolvimento neoplásico. Decidida posteriormente totalização da mastectomia, não se identificando sinais de neoplasia residual. Proposta para quimioterapia adjuvante semanal com paclitaxel, ainda em curso.

Uma vez que a apresentação pode assemelhar-se ao carcinoma da mama, a revisão histológica por um anatomopatologista experiente é fundamental para o diagnóstico definitivo e classificação do subtipo histológico. Atualmente a cirurgia representa o único tratamento potencialmente curativo, sendo a ressecção adequada das margens o fator de prognóstico de sobrevida a longo prazo mais importante. O papel da quimioterapia adjuvante é discutível, devendo ser avaliado caso a caso perante as características do paciente e tumor.

PD 22

CARCINOMAS EPIDERMÓIDES METÁCRONOS DO COLO DO ÚTERO E PULMÃO

Marina Sousa Gomes; Joana Araújo Pereira; Avelina Almeida; Agostinho Carvalho; Jorge Mesquita; Paula Pinheiro
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A prevalência de múltiplas neoplasias (síncronas ou metácronas) parece variar entre 0.73 e 11.7 %. Doentes sobreviventes após carcinoma do colo do útero parecem ter um aumento em 80% do risco de desenvolver uma segunda neoplasia quando comparados com a população geral.

Objetivo: Os autores descrevem o caso de uma doente com diagnóstico de neoplasias metácrônicas do colo do útero e pulmão.

Métodos: Mulher de 54 anos, referenciada à consulta de ginecologia por carcinoma do colo do útero diagnosticado no seu país de origem. Sem antecedentes médicos de relevo e sem hábitos tabágicos. Tratava-se de uma 2G2P, com menopausa aos 52 anos. Ao exame ginecológico apresentava colo do útero com uma lesão ulcerada volumosa, com cerca de 6cm, sangrante. A biópsia da referida massa revelou carcinoma epidermóide do colo não queratinizante moderadamente diferenciado. Realizou RMN pélvica que revelou colo do útero com lesão heterogênea captante com 60 x 43 mm, com invasão dos paramétrios; sem invasão da bexiga ou restantes órgãos adjacentes; evidência de envolvimento ganglionar, com adenopatias ilíacas bilateralmente (estadio FIGO rIIIC1). Foi submetida a quimioterapia com cisplatina, braquiterapia e radioterapia. A doente manteve-se sem evidência de recidiva durante um ano. Após esse período, recorreu ao serviço de Urgência por queixas de toracalgia, tendo realizado TC pulmonar que revelou uma lesão irregular no lobo superior direito com 31 x 40 x 37 mm, em contacto extenso com a superfície pleural, com suspeita de invasão da parede torácica, sem adenopatias mediastínicas-hilares. A biópsia da referida massa revelou carcinoma epidermóide do pulmão. Realizou PET-TC que mostrou avidéz intensa em massa no lobo superior direito, com envolvimento do 4º arco costal. Submetida a lobectomia superior direita e exérese de costelas. O exame anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de carcinoma epidermóide do pulmão (cT3N0M0, estadio FIGO IIB). Optou-se por tratamento adjuvante com radioterapia e quimioterapia sequencial. Atualmente a doente encontra-se sob tratamento.

Conclusão: Carcinomas metácrônicos são um acontecimento raro. Alguns estudos mostram que após o tratamento do carcinoma do colo do útero, existe um risco aumentado durante um mínimo de dez anos de uma segunda neoplasia primária. Esse risco parece ser maior em mulheres fumadoras e naquelas submetidas a radioterapia. O tratamento e o prognóstico nestes casos dependem do estado de cada neoplasia.

PD 23

LESÕES VULVARES VESICULARES EM MULHERES PREVIAMENTE SUBMETIDAS A CIRURGIA E/OU RADIOTERAPIA PÉLVICAS

Sara Passos Silva¹; Rita Sousa²; Filipa Coutinho³; Sofia Raposo²; Luis Sá²

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho; ²Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPO-C); ³Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O linfangioma da vulva é um tumor benigno raro do sistema linfático. Na sua forma adquirida está frequentemente associado a cirurgia e radioterapia pélvicas, podendo ocorrer vários anos após o tratamento. O seu diagnóstico diferencial é muitas vezes difícil, podendo ser confundido com lesões infecciosas, pré-malignas ou malignas. A sintomatologia é variável, sendo, por vezes, muito exuberante.

Objetivos: Relato de caso.

Material e métodos: Descrição de dois casos clínicos de linfangioma vulvar diagnosticados no IPO-C.

Resultados e conclusões: Caso 1: Mulher 68 anos, antecedentes de adenocarcinoma do endométrio, endometriode, G1 estágio IIIC (pT2N1), submetida há 9 anos a cirurgia (histerectomia (HT) radical tipo C + linfadenectomia pélvica e lombo-aórtica) seguida de braquiterapia. Em consulta de seguimento, ao exame ginecológico apresentava no grande lábio direito lesão com 1,5 x 3 cm com vesículas sem sinais inflamatórios a exsudar con-

teúdo seroso límpido; cúpula vaginal e restante vagina com sequelas rádicas, mas sem sinais de recidiva local. Realizou ressonância magnética sem imagens compatíveis com recidiva. Foi submetida a excisão cirúrgica da lesão vulvar. O exame anatomo-patológico revelou linfangioma, sem sinais de malignidade. Caso 2: Mulher 54 anos, antecedentes de carcinoma espinhocelular do colo, estágio IB2, submetida há 13 anos a cirurgia (HT radical tipo C + linfadenectomia pélvica bilateral) seguida de quimiorradioterapia. Em 2020 desenvolve lesões vulvares verrucosas tendo sido submetida a excisão, cujo histológico revelou lesões pavimentosas intraepiteliais de baixo grau – VIN1. Um ano após apresenta lesões bolhosas exsudativas vulvares bilaterais, com predomínio no grande lábio direito, sem resposta a terapêutica tópica previamente instituída (antivíricos e corticoides), condicionando mal-estar permanente. Foi novamente submetida a excisão e vaporização das referidas lesões com laser de CO2. O exame histológico revelou linfangioma vulvar, com focos de linfangiectasias na pele circundante.

O linfangioma vulvar apesar de ser uma entidade benigna pode causar limitações funcionais e sociais. Está fortemente associado a sequelas de cirurgia ou radioterapia pélvicas, pelo que, pode mimetizar recidiva de doença. O tratamento de referência para resolução completa implica a excisão ou destruição de toda a superfície preenchida por vesículas e em profundidade suficiente para eliminar o tecido celular subcutâneo lesionado.

PD 24

CARCINOMA DUCTAL *IN SITU* DA MAMA – ANÁLISE DA CASUÍSTICA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Marilene D'Oliveira; Ana Rita Costa; Sofia Estevinho; José Fiel; Madalena Nogueira
Hospital de Santarém EPE

Introdução: O carcinoma ductal *in situ* da mama (CDIS) representa um grupo heterogêneo de lesões com potencial de progressão para formas invasivas. A sua incidência tem vindo a aumentar significativamente desde a introdução do rastreio organizado do cancro da mama. Ainda assim, é menos comum que as formas invasivas. A grande maioria dos tumores são assintomáticos no diagnóstico. O risco de CDIS aumenta com a idade, sendo pouco frequente em idades inferiores a 30 anos. Apresenta uma taxa de mortalidade de cerca de 3%. No entanto, aproximadamente 10-20% das lesões interpretadas como CDIS na biópsia apresentam focos de invasão na análise histológica da peça operatória. A biópsia sistemática do gânglio sentinela nos CDIS não é consensual na literatura, sobretudo quando se opta por cirurgia conservadora. Está descrita a metastização ganglionar que se pode justificar quer pela existência de focos de invasão não identificados, quer pela disseminação celular iatrogénica após a biópsia.

Objetivo: Caracterização da população com o diagnóstico de CDIS numa unidade de referência de senologia em Portugal.

Material e métodos: Análise retrospectiva por consulta de processos clínicos de todos os utentes com o diagnóstico de CDIS após biópsia ou ressecção cirúrgica, no período compreendido entre 2010 e 2019, numa unidade de referência de senologia em Portugal. Foram excluídos todos os utentes que recusaram tratamento ou abandonaram o seguimento.

Resultados e conclusões: Foram incluídos na análise 108 casos. A mediana de idades foi de 58 anos, registando-se apenas um caso com idade inferior a 40 anos. Em 71% dos casos verificou-se a associação a história de cancro da mama em familiares de 1º grau (OR 0,16 (0,09 - 0,29), $p < 0,0001$). Quanto aos motivos de referenciação, 66% dos casos foram detetados no rastreio organizado, 21% em exames de imagem de rotina e apenas 15% pela sintomatologia (massa palpável ou lesão mamilar). Cerca de 37% das biópsias iniciais não obtiveram um resultado histológico concordante na peça operatória, sendo que 27% dos CDIS em biópsia demonstraram pelo menos um foco de invasão. Esta discrepância é ligeiramente superior à descrita na literatura. Uma vez que vários utentes realizaram biópsia no exterior, não foi possível tirar conclusões quanto à técnica utilizada, factor que poderá justificar a discrepância histopatológica identificada entre a biópsia e a peça operatória. No que diz respeito aos tumores que se confirmaram invasivos após a cirurgia não se verificaram diferenças quanto à idade ou à forma de apresentação. Nos CDIS confirmados em que foi realizada biópsia do gânglio sentinela (79%) foram detetadas micrometástases em 12,5%. Destes 57% eram CDIS de alto grau, não se tendo confirmado uma relação estatisticamente significativa entre o tamanho do tumor e a presença de metástases ganglionares ($p = 0,6946$).

PD 25

CANCRO DA TROMPA COM EXTENSA ADENOPATIA PARAÓRTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda Simões; Beatriz Ferro; Mariana Sucena;
Isabel Henriques; Fernanda Águas
*Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra*

Introdução: O carcinoma primário da trompa de Falópio é raro, sendo que corresponde a

menos de 1% de todos os tumores ginecológicos. A clínica tende a ser inespecífica e o diagnóstico pré-operatório difícil.

Objetivos: Relato de um caso seguido no serviço de Ginecologia de um hospital terciário.

Material e métodos: Utilizados registos clínicos de um hospital terciário.

Resultados e conclusões: Mulher, 56 anos, pós-menopáusia, recorreu ao serviço de urgência por quadro, com dois meses de evolução, de dor pélvica localizada na fossa ilíaca direita (FID), tipo moedeira e hemorragia uterina escassa. Ao exame ao espéculo não apresentava alterações e o toque era doloroso, palpando-se uma massa na FID. A ecografia pélvica mostrava um útero em anteflexão, com endométrio linear, pequena lâmina de líquido intra-cavitário e uma massa anexial complexa.

Tinha um Ca-125 de 445 e a TAC-AP documentava uma área de heterogeneidade estrutural na região anexial direita, com cerca de 60 x 50 mm e adenopatias lombo-aórticas, a maior com 24 x 16 mm.

Foi submetida a histerectomia total, anexectomia bilateral, linfadenectomia pélvica e lombo-aórtica e omentectomia. Intra-operatoriamente constatou-se uma formação tumoral com origem na trompa direita, a envolver o ovário, multilobulada, com 10 cm; útero atrófico, anexo esquerdo normal, implante no septo reto-vaginal com cerca de 3 cm, adenopatia paraórtica muito aderente à veia cava com cerca de 8 x 5 cm, eplipoon com vários nódulos infracentimétricos, gânglios pélvicos à direita com aparente metastização. Não apresentava ascite, carcinomatose peritoneal, implantes nas cúpulas diafragmáticas ou alterações na restante cavidade abdominal.

O estudo histológico revelou carcinoma seroso de alto grau do anexo direito, no contexto de carcinoma tubário com invasão linfo vascular e invasão e destruição da cápsula ová-

rica. Identificava-se doença metastática em dois gânglios linfáticos para-aórticos, no septo retovaginal, no epíplon e ainda na manga vaginal da face anterior.

Segundo o sistema de FIGO, foi classificada como IIIB e proposta para quimioterapia com carboplatina-taxol, que se encontra a realizar. Aguarda estudo genético somático e germinativo.

O tumor da trompa é raro, porém deve ser considerado um diagnóstico diferencial, numa mulher pós-menopausa com hemorragia uterina anómala, dor pélvica e presença de massa anexial, descritos pela tríade de Latzko.

PD 26

UTILIZAÇÃO DO VERDE DE INDOCIANINA NA IDENTIFICAÇÃO DOS URETERES EM PROCEDIMENTOS GINECOLÓGICOS

Ferreira de Castro, L.¹; Andrade, A.¹; Ferreira, H.^{1,2}

¹Departamento de Ginecologia do Centro Materno Infantil do Norte / Centro Hospitalar Universitário do Porto; ²Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Introdução: A cirurgia guiada por fluorescência consiste na utilização de um corante que emite fluorescência intraoperatória, permitindo orientar o procedimento e garantir ao cirurgião uma melhor visualização, em tempo real, do campo operatório. O verde de indocianina (ICG) é o corante fluorescente mais utilizado na cirurgia ginecológica, tendo demonstrado excelentes resultados para o mapeamento do gânglio sentinela no cancro de endométrio e colo do útero. Este fluoróforo de baixo custo permite também a avaliação de outras estruturas anatómicas, nomeadamente dos ureteres, durante uma cirurgia pélvica.

Objetivos: Demonstrar o papel do ICG na identificação intraoperatória dos ureteres num contexto de uma cirurgia ginecológica.

Metodologia: Descreve-se um caso de uma mulher de 44 anos, 2G2P, com 2 cesarianas anteriores, seguida na consulta de ginecologia

por dismenorreia intensa, dor pélvica crónica e hemorragia uterina anormal, resistentes ao tratamento médico. Na ecografia observa-se um útero globoso (100 x 64 x 83 mm) com um miométrio difusamente heterogéneo contendo formações quísticas anecoicas. Perante a clínica e imagiologia compatíveis com adenomiose difusa, a doente concordou ser submetida a uma histerectomia total laparoscópica. A laparoscopia foi precedida de uma cistoscopia para a injeção intra-ureteral de 8mL de solução ICG, através de um cateter 6-Fr, para o mapeamento intraoperatório dos ureteres. Não foram reportadas complicações durante o procedimento e no pós-operatório, e a doente teve alta hospital 24 h após a cirurgia. **Resultados e conclusões:** A lesão ureteral não é uma complicação incomum da cirurgia ginecológica e pélvica, ocorrendo em cerca de 4% das histerectomias. As doentes com antecedentes de cirurgia abdominal, endometriose e cancro ginecológico apresentam um maior risco desta complicação durante uma cirurgia pélvica. O ICG emite fluorescência quando iluminado no espectro do infravermelho-próximo, permitindo a identificação intraoperatória de estruturas anatómicas que contêm o corante. Neste caso clínico, regista-se uma histerectomia total laparoscópica numa doente com 2 cesarianas anteriores. Previamente à laparoscopia, com recurso à cistoscopia, injetou-se ICG em ambos os ureteres possibilitando a sua fluorescência ao longo de todo o procedimento cirúrgico. Esta prática permite identificar, em tempo real, o trajeto ureteral em regiões anatomicamente complexas, diminuindo o risco de lesão destas estruturas durante a cirurgia ginecológica.

PD 27

TORÇÃO ANEXIAL: ABORDAGEM CIRÚRGICA DE UMA URGÊNCIA GINECOLÓGICA

Ferreira-de-Castro, L.¹; Andrade, A.¹;
Amorim-Costa, C.^{1,2}

¹Departamento de Ginecologia do Centro Materno Infantil do Norte / Centro Hospitalar Universitário do Porto EPE; ²Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Introdução: A torção anexial é uma situação rara que exige uma abordagem urgente. Ocorre após rotação parcial/completa do ovário sobre os ligamentos útero-ovárico e infundíbulo-pélvico, estando mais frequentemente associada à presença de lesões císticas. O diagnóstico definitivo só é possível através da cirurgia.

Objetivos: Apresentação de um caso clínico e discussão sobre a abordagem cirúrgica desta entidade.

Metodologia: Descreve-se o caso de uma mulher de 24 anos, 2G2P, sem patologias conhecidas, que recorre ao serviço de urgência por dor intensa de início súbito na fossa ilíaca direita (FID), com irradiação para a coxa homolateral. Após avaliação teve alta, porém regressou cerca de 20h após a primeira admissão por persistência da dor apesar da analgesia, e vômitos. Sem febre, queixas urinárias ou alterações do trânsito intestinal. Ao exame objetivo apresentava agravamento da dor à palpação profunda da FID e à descompressão. O estudo analítico não demonstrou alterações. A ecografia abdominal revelou um anexo direito francamente globoso de 11 cm de maior diâmetro, com dois quistos de parede espessa e sem identificação de fluxo Doppler, levantando-se a hipótese de torção anexial. Neste contexto, a doente foi submetida a uma laparoscopia exploradora. Intra-operatoriamente confirmou-se a presença de torção anexial direita, com o ovário francamente aumentado de volume, de superfície vinosa e mosqueada, hemorrágico ao toque.

Procedeu-se à destorção do pedículo ovárico e aguardou-se. Como não houve alteração do aspeto do ovário, decidiu-se realizar anexectomia direita laparoscópica.

Resultados e conclusões: A cirurgia é necessária, quer para a confirmação diagnóstica, quer para a resolução deste quadro, sendo a laparoscopia a via de abordagem de eleição. Perante a suspeita de torção, uma intervenção atempada poderá permitir a preservação ovárica, enquanto que um atraso pode se associar a necrose ovárica com necessidade de anexectomia e repercussões na fertilidade. A viabilidade de um ovário após torção é determinada unicamente através da inspeção intraoperatória. Neste caso decorreram mais de 30 horas entre o início dos sintomas e a cirurgia, não tendo sido possível a preservação ovárica. Alguns autores sugerem a realização de ovariopexia para diminuir a probabilidade de recorrência do lado afetado, quando o ovário é mantido, e/ou contralateralmente, com fixação do ligamento útero-ovárico ao ligamento largo com fio não absorvível.

PD 28

PROCEDIMENTOS EXCISIONAIS DE LESÕES DO COLO DO ÚTERO DURANTE UM ANO DE PANDEMIA

Rita Claro Nunes; Anabela Colaço;
Carlos Calhaz-Jorge

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, CHULN–Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa

Introdução: O diagnóstico e tratamento precoce de lesões pré-malignas são essenciais na prevenção do cancro do colo do útero. A decisão de realizar um procedimento excisional do colo do útero deve ter em conta fatores como a idade, a genotipagem HPV (human papilloma virus) e os achados cito-colpo-histológicos. A pandemia à COVID-19 apesar de ter limitado a atividade assistencial, não teve repercussões maiores na casuística cirúrgica

da Unidade de Colposcopia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN).

Objetivo: Analisar as indicações do tratamento cirúrgico de lesões do colo e a concordância com o resultado histológico da peça excisada.

Material e métodos: Estudo retrospectivo baseado na revisão de processos clínicos de mulheres submetidas a procedimento excisional com ansa diatérmica, entre janeiro e dezembro de 2020, no CHULN. Foram revistos os resultados da genotipagem HPV, os resultados citológicos e histológicos prévios ao tratamento, os quais foram comparados com os resultados histológicos das peças excisadas.

Resultados e conclusões: Realizaram-se 193 procedimentos excisionais a mulheres com idades compreendidas entre os 28 e os 65 anos (mediana 42,5 anos). Das 192 mulheres com pesquisa de HPV prévio ao tratamento, 66,7% (n = 128) tiveram teste positivo para HPV 16 e/ou 18. Foram realizadas 168 biópsias dirigidas por colposcopia, das quais 83% (n = 139) tiveram o diagnóstico de lesão pavimentosa intraepitelial de alto grau (HSIL=CIN 2/3) e 3% (n = 4) de adenocarcinoma in situ (AIS). Em 22 casos, os achados colposcópicos não eram concordantes com os resultados histológicos, tendo-se realizado o procedimento excisional com intuito diagnóstico, que confirmou a suspeita de HSIL em 14 casos. Em 25 casos, não foram realizadas biópsias já que os achados colposcópicos, juntamente com os resultados citológicos de HSIL, justificaram a realização do procedimento excisional. Destes, confirmou-se o resultado de HSIL em 92% dos casos (n = 23). Na população total estudada, as margens da peça estavam livres de lesão em 89% dos casos (n = 158). O diagnóstico histológico da maioria das peças excisadas foi de CIN2+ (n = 151; 78%) e este resultado foi concordante com os achados citológicos e/ou histológicos prévios

ao tratamento em 141 casos (93%). A análise destes dados reforça a importância e complementaridade da colposcopia, da genotipagem HPV e dos resultados citológicos/histológicos na identificação e tratamento atempado das lesões de alto grau do colo do útero.

PD 29

HEMATOMETRA REFRATÁRIO E SUA ABORDAGEM

Joana Sousa Nunes; Rita Ladeiras; Joana Pereira; Luísa Machado; José Manuel Furtado
Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, EPE

Introdução: Hematometra é uma coleção patológica de conteúdo hemático a nível uterino, tendo como principal manifestação a dor pélvica. É mais frequentemente encontrado em contexto de anomalias uterinas ou secundário a obstrução cervical.

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi descrever um caso clínico seguido na consulta de Ginecologia Geral do Hospital da Senhora da Oliveira referente a uma mulher de 33 anos, com antecedentes de hipotireoidismo medicado e cesariana anterior por gestação gemelar, mas sem aparentes fatores de risco para hematometra, que é referenciada por dor pélvica intermenstrual e hemorragia uterina anómala.

Métodos: Todos os dados foram obtidos dos registos clínicos do programa hospitalar Sclínico®.

Resultados: Após anamnese e exame objetivo cuidados, três reavaliações ecográficas transvaginais com 3 - 6 meses de intervalo, apresentaram um útero com conteúdo intracavitário de 18, 10 e 7mm de maior diâmetro e aspeto reticular e hipocogénico, compatível com hematometra. Por suspeição diagnóstica, entre cada avaliação a doente foi submetida a dilatação cervical e drenagem em consultório ou por histeroscopia. A mesma não revelou lesões intracavitárias ou estenose cervical relevante, tendo sido oferecida como

opção terapêutica um contraceptivo hormonal combinado contínuo com melhoria.

Conclusão: O tratamento de um hematometra cursa com a dilatação cervical e sua drenagem, sendo por vezes desafiante especialmente, sobretudo se não existe causa aparente e é recorrente. O estudo da cavidade uterina é imperativo e o tratamento hormonal contínuo pode ser importante para evitar a recorrência. Apesar de rara, a dor pélvica por hematometra recorrente e refratário pode ser indicação para histerectomia.

PD 30

SERÁ A DUPLA MARCAÇÃO P16/KI-67 ESSENCIAL NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES CERVICAIS?

Daniela Melo; Daniela David; Kristina Hundarova; Mafalda Simões; Maria Beatriz Ferro; Mariana Sucena; Raquel Sousa; Teresa Rebelo; Fernanda Santos; Fernanda Águas
Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Uma infecção persistente pelo papiloma vírus humano (HPV) é condição essencial para o aparecimento de cancro do colo do útero. Contudo, a determinação de HPV de alto risco parece ser menos específica, particularmente em mulheres jovens, o que pode levar a uma referenciação desnecessária para colposcopia. O aumento da expressão de p16 e Ki-67 foi associado à presença de lesões cervicais de alto grau, podendo fornecer maior especificidade e precisão de diagnóstico nas mulheres com teste de HPV positivo.

Objetivos: Avaliar a performance diagnóstica da marcação dupla citológica p16/ki-67 (CINtec®PLUS) no diagnóstico de lesões cervicais.

Material e métodos: Estudo transversal e retrospectivo de 660 processos clínicos de mulheres que frequentaram a consulta de Patologia Cervico-Vulvar do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre janeiro de 2019 e março de 2021. Excluíram-se aque-

las com resultados histológicos e do CINtec®PLUS inconclusivos, tendo sido obtidos 646 processos para avaliação estatística. Recorreu-se ao SPSS para processamento dos dados e os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$. Para análise da sensibilidade e especificidade usou-se a interpretação da curva ROC.

Resultados: As mulheres incluídas na amostra apresentaram uma idade média de 42 anos (mínimo: 19 anos; máximo: 87 anos). Obteve-se uma relação estatisticamente significativa entre o resultado histológico e o HPV16 ($p < 0,001$) e HPV18 ($p = 0,008$), assim como para o CINtec®PLUS ($p < 0,001$) e para a citologia morfológica ($p < 0,001$), mas não para a presença de HPV de outros tipos ($p = 0,058$).

Para avaliar a sensibilidade e a especificidade do CINtec®PLUS foram sujeitas a análise 283 mulheres com resultado histológico, 89 com lesões com gravidade igual ou superior a alto grau e 194 sem alterações ou lesões de baixo grau. Os resultados revelaram uma sensibilidade de 79,8% e uma especificidade de 61,9% ($AUC = 0,708$; $p < 0,001$; 95% IC 64, - 77,2 %). Calculou-se o valor preditivo negativo e positivo do CINtec®PLUS, tendo sido obtidos valores de 87% e 49 %, respetivamente.

A citologia morfológica apresentou uma sensibilidade de 43,2% e especificidade de 90,6% ($AUC = 0,669$; $p < 0,001$; 95% IC 59,8-73,9 %).

Foram desenvolvidos três modelos preditivos onde se incluiu, numa análise multivariável, o HPV e o CINtec®PLUS (primeiro modelo), a citologia morfológica e o HPV (segundo modelo) e a citologia morfológica com o HPV e o CINtec®PLUS (terceiro modelo). Para o primeiro modelo obteve-se uma $AUC = 0,70$, para o segundo modelo uma $AUC = 0,66$ e para o terceiro modelo uma $AUC = 0,75$.

Conclusões: Conclui-se que, na amostra em questão, o CIntec®PLUS apresenta um elevado poder discriminatório com valor preditivo negativo elevado. Com a sua aplicação conseguimos uma melhor estratificação do risco, evitando a referenciação para a colposcopia, a ansiedade das doentes e intervenções terapêuticas desnecessárias.

PD 32

MOLA HIDATIFORME COMPLETA – UMA CAUSA INVULGAR DE HUA NA PÓS-MENOPAUSA

Daniela David; Mariana Sucena; Mafalda Simões; Inês Gante; Fernanda Águas
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A doença trofoblástica gestacional (DTG) ocorre geralmente em mulheres em idade reprodutiva, sendo muito raro em mulheres na pós-menopausa. O espectro da doença trofoblástica gestacional vai desde mola hidatiforme, completa ou parcial, até doença trofoblástica maligna, como o coriocarcinoma. A maioria das molas hidatiformes são completas e geralmente resultam da fecundação de um ovócito sem material genético por um espermatozóide em que tenha ocorrido duplicação do seu genoma. Apesar de raro, a DTG deve ser considerado em mulheres pós-menopausa que apresentem hemorragia uterina anormal (HUA) e massa pélvica.

Objetivos: Descrição de um caso de mola hidatiforme completa na pós-menopausa.

Material e métodos: Caso clínico descrito através da análise retrospectiva de registos clínicos de um hospital terciário.

Caso clínico: Mulher, 56 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por HUA pós-menopausa com uma semana de evolução e estudo imagiológico a evidenciar útero aumentado à custa de volumosa formação expansiva de localização central com cerca de 11 x 10 x 9 cm. Neste contexto, foram realizadas biópsias endometriais com pinça Novak, com estu-

do histopatológico inconclusivo. Foi orientada para consulta de Ginecologia Oncológica tendo realizado histeroscopia que revelou endocolo atravessado por formação tumoral proveniente da cavidade uterina, que se encontrava totalmente ocupada por tumor de origem incerta com aspeto necrosado. O estudo histopatológico da biópsia realizada na histeroscopia foi inconclusivo. Recorreu novamente ao serviço de Urgência de Ginecologia por novo episódio de HUA intensa e mal-estar generalizado. À observação constatada saída abundante de coágulos e material de aspeto cerebriforme que se exteriorizava pelo colo do útero. O estudo histopatológico da massa colhida revelou mola hidatiforme completa. À avaliação analítica inicial apresentava B-HCG 149222 mUI/mL. Realizada histerectomia total com anexectomia bilateral. No 2º dia pós-operatório doseou-se B-HCG 503 mUI/mL. Atualmente encontra-se com vigilância semanal de valores de B-HCG, com boa evolução.

Conclusão: Apesar da doença trofoblástica gestacional ocorrer geralmente em mulheres em idade reprodutiva, deve ser uma hipótese de diagnóstico na avaliação de mulheres pós-menopausa com tumores uterinos e hemorragias uterinas anormais. Dado o elevado risco de doença trofoblástica invasiva nas mulheres pós-menopausa a histerectomia total é habitualmente o tratamento de eleição.

PD 34

TUMOR FILÓIDE DA MAMA – UM TUMOR COM COMPORTAMENTO CLÍNICO IMPREVISÍVEL

Ana Isabel Tomé; Madalena Trindade; Cláudia Pereira; Daniel Travancinha
Hospital Garcia de Orta

Introdução: Os tumores filóides da mama são tumores fibroepiteliais raros responsáveis por menos de 1% das neoplasias primárias da mama. Com um amplo espectro biológico, estes tumores variam desde lesões de com-

portamento benigno (sendo difícil o diagnóstico diferencial inicial com os fibroadenomas) a lesões malignas, com capacidade de recidiva e/ou metastização. Em lesões suspeitas, é essencial uma abordagem multidisciplinar que inclua avaliação clínica, imagiológica e anátomo-patológica integradas. A estratégia terapêutica definida é determinante para o prognóstico da doente.

Objetivos: Apresentação de um caso clínico de tumor filóide da mama e revisão da literatura.

Metodologia: Apresentação de um caso clínico de tumor filóide da mama tratado na Unidade de Senologia do Hospital Garcia de Orta e revisão da literatura com recurso a pesquisa bibliográfica efetuada na Pubmed.

Resultados: Os autores relatam o caso clínico de mulher com 48 anos, com antecedentes pessoais irrelevantes, que recorre ao serviço de urgência do Hospital Garcia de Orta (HGO) por lesão extensa e ulcerada da mama. Foi encaminhada para consulta urgente de Senologia, tendo realizado biópsia e avaliação complementar com ecografia axilar, RMN mamária e TC tóraco-abdómino-pélvica. Os resultados revelaram histologia concordante com neoplasia fibroepitelial não se podendo excluir tumor filóide. Não foi identificado envolvimento secundário ganglionar ou de outros órgãos.

A doente teria sido avaliada cerca de 18 meses antes na consulta de Senologia do HGO por nódulo com 8X5cm (biópsia: fibroadenoma pericanicular com áreas de alteração mióide estromal), tendo recusado tratamento cirúrgico.

Foi submetida a mastectomia, sem possibilidade de reconstrução imediata devido às condições locais. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. O resultado anátomo-patológico revelou tumor filóide com critérios *borderline*.

Conclusões: O diagnóstico pré-operatório dos tumores filóides constitui um desafio, sendo essencial um elevado nível de suspeição clínica. O seu prognóstico é variável, dependendo essencialmente do tamanho tumoral, do tipo histológico e das margens cirúrgicas. É importante desenvolver estudos que possibilitem a definição de recomendações sólidas para a abordagem destes doentes, incluindo as indicações e a extensão do tratamento cirúrgico, assim como a necessidade de terapêutica adjuvante. É essencial uma abordagem multidisciplinar e individualizada de forma a otimizar o tratamento deste tipo de tumores.

PD 35

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL AGUDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Rosário Cercas¹; Rita Polonia Valente²; Eliana Teixeira¹; Ricardo Sarmiento¹; Ana Paula Lopes¹

¹Centro Hospitalar Barreiro-Montijo; ²Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A Hemorragia Uterina Anormal (HUA) aguda define-se como um episódio de hemorragia que requer intervenção urgente/emergente. Trata-se de uma das patologias ginecológicas que mais frequentemente motiva o recurso ao serviço de urgência (SU) e pode ser um desafio terapêutico importante. A sua etiologia pode ser classificada utilizando o Sistema de Classificação PALM-COEIN da FIGO.

Caso clínico: Senhora de 46 anos, anticoagulada com varfarina por antecedente de trombose da veia renal, hipertensa e com beta-talassémia. IO 1102 e ciclos regulares com hipermenorreia, com episódio prévio de expulsão de dispositivo intrauterino com levonogestrel. Recorreu ao SU por HUA associada a lipotímia. À observação constatou-se saída de coágulos abundantes com colo, útero e anexos sem alterações. Analiticamente apresentava anemia grave (hemoglobina 4,5 g/dL), trombocitopenia ligeira (111 000 plaquetas),

alteração da função renal (creatinina 1,34 mg/dL) e INR terapêutico (2,16). Ecograficamente, destacava-se útero normodimensionado com endométrio linear, ovário direito sem alterações e ovário esquerdo com imagem quística sem características de malignidade. Dificil estabilização hemodinâmica com necessidade de colocação de cateter venoso central femoral, perfusão de cristaloides, transfusão de 6 unidades de concentrado eritrocitário, 2 unidades de plasma fresco congelado, tendo sido administrada vitamina K e iniciada terapêutica com progestativo oral. Por falha da terapêutica médica e após estabilização da doente, foi proposta e realizada histerectomia abdominal. Diagnóstico histológico: Colo sem alterações significativas, endométrio hemorrágico, adenomiose.

Conclusão: A HUA constitui um desafio terapêutico importante. A abordagem varia de acordo com a estabilidade hemodinâmica, etiologia e desejo de fertilidade. Neste caso clínico, a etiologia mais provável é iatrogênica (anticoagulação) associada a adenomiose. Assim, atendendo à instabilidade hemodinâmica com insucesso da terapêutica médica e, atendendo ao desejo de fertilidade concluído, optou-se por terapêutica cirúrgica após estabilização da doente.

PD 36

ADENOSE VAGINAL APÓS HISTERECTOMIA TOTAL – UM CASO CLÍNICO NA ERA PÓS-DIETILESTILBESTROL

Elisa Soares; Marília Freixo; Maria Coelho; Fabiana Castro; Olímpia do Carmo; Fernanda Costa
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A adenose vaginal é uma condição benigna e define-se pela presença de epitélio glandular endometrial ou cervical na vagina. O aparecimento espontâneo parece ser comum, apresentando-se como um achado no exame ginecológico, podendo ocorrer diferenciação escamosa espontânea sem

qualquer intervenção terapêutica. No entanto, pode estar associada a sintomas como dispareunia, coitorragias e corrimento. Na era pós-dietilestilbestrol, estão descritas como causas possíveis traumatismo, inflamação, fármacos como imiquimod ou 5-fluorouracilo, tratamentos LASER e radioterapia. O tratamento da adenose vaginal pode ser complexa e não existem protocolos definidos.

Objetivos: Descrever um caso de adenose vaginal que surgiu após histerectomia total.

Material e métodos: Consulta da informação com recurso aos registos clínicos informáticos.

Resultados e conclusões: Mulher de 46 anos, II gesta II para, sem atividade sexual, referia perda hemática genital espontânea, agravada com manobras de valsalva, que surgiu um mês após histerectomia total realizada por miomas uterinos. Ao exame apresentava lesões eritematosas e difusas no terço superior da vagina, cuja biópsia revelou adenose vaginal. O co-teste era negativo. Inicialmente optou-se por atitude conservadora, com cicatrizantes locais, com melhoria parcial, mas recidiva quase imediata. Posteriormente foi submetida a vaporização LASER, com melhoria transitória. Em seguida procedeu-se à aplicação local de nitrato de prata, com resolução mais prolongada. Perante falência dos tratamentos destrutivos foi proposta para tratamento excisional. O estudo por RMN revelava discreta irregularidade e espessamento da parede da cúpula vaginal. Foi submetida a colpectomia superior e anexectomia bilateral. Durante um ano manteve-se assintomática. Atualmente no 4º ano de seguimento após colpectomia, refere perda hemática genital escassa pouco frequente, apenas com manobras de valsalva. Neste período ocorreram três episódios de abcesso paravaginal com drenagem espontânea pela vagina e tratados com antibioterapia. A doente refere melhoria franca da qualidade de vida após o tratamento excisional. Mantém-se

guimento clínico semestral e citologia vaginal e RMN pélvica anuais.

É consensual que a ressecção local é o tratamento mais eficaz da adenose vaginal. Também a cauterização e a destruição LASER são opções úteis no controlo dos sintomas. O bloqueio da atividade da aromatase via ooforectomia bilateral também foi proposto como alternativa eficaz. Dada a potencial transformação maligna, o seguimento prolongado destas pacientes é obrigatório.

PD 37

NEGATIVAÇÃO DO HPV16 SEIS MESES APÓS EXCIÇÃO DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO POR LESÃO INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU

Mariana Ormonde¹; João Pedro Pereira²; Rita Luz²; Maria José Brito²; Ana Quintas²; Alcides Pereira²

¹Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada;

²Hospital Garcia de Orta

Introdução: O vírus do papiloma humano (HPV) é causador de mais de 90% dos cânceros do colo do útero, sendo o HPV16 o mais prevalente neste contexto. A prevenção secundária do cancro do colo é feita por rastreio com pesquisa do HPV, associado ou não a citologia reflexa. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, a positividade para HPV16 é indicação formal para consulta hospitalar e realização de colposcopia. A deteção histológica de Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL) implica, na maior parte das vezes, tratamento com excisão da zona de transformação (ZT), seguida de vigilância com co-teste aos 6 meses.

Objetivos: Determinar a taxa de negatificação do HPV16 e preditores da mesma ao fim de seis meses de vigilância em mulheres com HSIL do colo tratadas com excisão da ZT, referenciadas à Consulta de Patologia do Colo do Hospital Garcia de Orta (HGO) por HPV16 positivo no rastreio.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo com análise estatística descritiva e multivariada. Foram incluídas mulheres

com HPV16 e HSIL do colo, cuja primeira consulta no HGO decorreu entre janeiro/2018 e dezembro/2019. Foi feita caracterização da população, dos achados colposcópicos, do tratamento e da vigilância realizada a seis meses. Foram avaliados potenciais preditores para a negatificação do vírus. Excluímos mulheres com perda de *follow-up*

Resultados e conclusões: Foram estudadas 138 doentes, com média de idades de 41.1 ± 9.7 anos. Destas, 83.8% eram multiparas, 50.8% eram fumadoras e 53.8% usavam contraceção hormonal. Em 90.6% das doentes a colposcopia foi adequada e realizou-se biópsia dirigida em 96.4% dos casos. Todas as doentes foram tratadas com excisão da ZT e a taxa de margens positivas para lesão na peça cirúrgica foi de 11.6 %. Na vigilância aos seis meses pós-tratamento, a taxa de negatificação do HPV16 foi de 87.4 %. A média de idade das mulheres com HPV16 negativo aos seis meses foi significativamente menor do que nas mulheres que se mantiveram positivas (39.9 ± 9.1 vs 46.9 ± 10.1 , IC 95% OR 2.3 - 11.7). Além disso, a taxa de negatificação foi estatisticamente superior em mulheres com margens negativas para lesão na peça de conização (90.7% vs 70.6% , IC 95% OR 1.2 - 13.6). Estes resultados mantiveram-se mesmo após análise multivariada (IC 95% OR 1.0 - 1.2 e 1.7 - 27.3).

Em suma, neste estudo, verificamos que a grande maioria das mulheres tratadas para HSIL associado ao HPV16 acabam por negativar em seis meses pós-excisão da ZT. A idade da mulher e o status das margens na peça cirúrgica parecem ser preditores para a negatificação do HPV16 neste contexto.

PD 39

NECROSE UTERINA APÓS EMBOLIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS UTERINAS POR MIOMA DE GRANDES DIMENSÕES – CASO CLÍNICO

Mariana C. Cardoso^{1,2}; Filipa Caeiro²; Gonçalo Dias²; Gustavo Mendinhos²; Pedro Condeço²;

Amália Martins²; Carlos Veríssimo²

¹Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE; ²Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A embolização das artérias uterinas (EAU) consiste num procedimento minimamente invasivo para tratamento de miomas sintomáticos em mulheres que não pretendam cirurgia. É uma técnica relativamente segura, com algumas complicações descritas, nomeadamente, dor pélvica, corrimento, expulsão do mioma, infeção e necrose uterina. As complicações graves são raras: a taxa de endometrite e sépsis é de 2% e a necrose uterina tem 20 casos descritos. Estas complicações relacionam-se com o tamanho e localização dos miomas. Atualmente, não existem guidelines que estabeleçam limite de tamanho dos miomas para EAU. **Objetivos:** Descrição de caso clínico e revisão da literatura.

Material e métodos: Análise do processo e revisão da literatura.

Caso clínico: Mulher de 38 anos, caucasiana, previamente saudável, com antecedentes de EAU há 2 meses por mioma intramural com 11 cm. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor pélvica com 2 semanas de evolução, que não cedia a analgesia oral. Referia ainda corrimento mucoso com odor fétido. Nega febre ou outras queixas. À palpação, útero aumentado de volume com fundo uterino até cicatriz umbilical. Ao toque vaginal, colo engurgitado, aberto, com saída de conteúdo purulento. Analiticamente revelou leucocitose (18.440/mL) com 85% de neutrofilia e proteína C reativa de 13 mg/dL. Ecograficamente, revelou útero de dimensões aumentadas (148 x 75 x 104 mm) com cavidade totalmente

preenchida por formação miomatosa submucosa intracavitária que se prolongava até ao colo (136 x 76 x 78 mm), heterogênea, com áreas de necrose.

Decidiu-se internamento e a dor ficou apenas controlada com perfusão de morfina. Dado o contexto clínico e laboratorial, realizou-se histerectomia total com salpingectomia bilateral profilática urgente. Intraoperatoriamente, verificou-se útero amolecido com dimensões aumentadas e tecidos envolventes edemaciados. A cirurgia, apesar de dificultada pelas características necróticas da peça, decorreu sem incidentes. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com redução gradual da dor e parâmetros inflamatórios. Cumpriu 5 dias de clindamicina e gentamicina, por alergia a beta-lactâmicos. A anatomia patológica revelou mioma extensamente necrosado e endométrio/miométrio adjacente também necróticos. Teve alta ao 4º dia pós-operatório, clinicamente estável.

Conclusão: Mais estudos sobre EAU são necessários, a fim de protocolar critérios de inclusão mais estritos com o intuito de diminuir o risco de complicações pós-operatórias.

PD 40

QUISTO CARTILAGINOSO SUBPÚBICO: UMA CAUSA RARA DE OBLITERAÇÃO VAGINAL

Mariana Gamito; Bruna Abreu; Gustavo Mendinhos; Amália Martins; Carlos Veríssimo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O quisto cartilaginoso subpúbico é uma entidade rara, com origem na sínfise púbica. A maioria dos casos descritos ocorrem em mulheres multíparas, pós-menopausa. A etiologia não é clara, mas pensa-se que resulte de alterações degenerativas. Pode ser assintomático ou manifestar-se com dor pélvica, sintomas urinários, massa vulvar ou dispareunia. O tratamento é ressecção cirúrgica em doentes sintomáticas. A regressão espontânea é muito rara.

Objetivos: Apresentação de um caso de sintomas compressivos génito-urinários causados por um quisto cartilaginoso subpúbico.

Material e métodos: Consulta de registos clínicos e revisão da literatura.

Caso clínico: Mulher de 68 anos, com história pessoal de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 medicadas. Tem como antecedentes obstétricos dois partos vaginais. Menopausa aos 49 anos, sem terapêutica hormonal.

Foi enviada à consulta de ginecologia do HBA, em janeiro de 2019, por obliteração da vagina à custa de uma massa com compressão extrínseca, associada a sintomas de compressão vesical, desde 2018 e impossibilidade de vida sexual. O exame ginecológico era impossível de realizar. Tinha realizado uma RM pélvica em 2017, que evidenciava uma lesão nodular quística complexa, com 3.8 x 4.9 x 3.2 cm, com ponto de partida na vertente inferior da sínfise púbica, compatível com quisto cartilaginoso subpúbico. Por ser assintomático, na altura, optou-se por vigilância. Em 2018, realizou uma TC pélvica que demonstrou a mesma lesão de maiores dimensões (5.7 x 5.4 x 4.2 cm). Após o exame, foi encaminhada para a nossa consulta, como descrito previamente, tendo realizado nova RM pélvica, onde mantinha a lesão quística retropúbica compressiva na vagina e uretra, sem alterações em relação ao estudo imagiológico prévio. Propôs-se drenagem da lesão, mas por incapacidade de drenagem, fez-se apenas biópsia ecoguiada via vaginal. O resultado anátomo-patológico mostrou que a amostra recebida era constituída por tecido fibroconjuntivo, que representava uma parede quística, na qual se identificou escassa inflamação crónica, fibrose e substância proteica, sem tecido de neoplasia maligna. Foi proposta para excisão cirúrgica, que não foi realizada por uma intercorrência infeccio-

sa. Em 2020, foi novamente observada em consulta, encontrando-se assintomática, não se identificando a massa previamente descrita. Repetiu RM pélvica em 2021 e constatou-se que no local da lesão existia apenas uma imagem de provável natureza fibrótica/cicatricial.

Conclusão: O quisto cartilaginoso subpúbico é um diagnóstico pouco reportado que carece de mais estudos para que a sua fisiopatologia possa ser esclarecida na totalidade. É importante que esta entidade não seja esquecida aquando do diagnóstico diferencial de massas vaginais ou vulvares.

PD 42

DESAFIOS DA GRAVIDEZ HETEROTÓPICA – DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Lobo; Rita Martins; José Viana; Tatiana Leite
Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro

Introdução: A hemorragia resultante de gravidez ectópica é a principal causa de morte materna no primeiro trimestre de gravidez. Assim, é de extrema importância um diagnóstico e tratamento atempado, algo que nem sempre é fácil. A gravidez heterotópica levanta ainda mais desafios para o diagnóstico. Esta, caracterizada pela combinação de uma gravidez intrauterina e de uma gravidez de localização ectópica, simultaneamente, pode levar a uma interpretação errónea dos resultados ecográficos. Ao visualizar primeiramente a gravidez intrauterina, pode levar a uma inspeção menos cuidada das áreas anexiais, falhando a identificação da gravidez de localização ectópica.

Objetivos: Compreender as diferentes apresentações clínicas e ecográficas de uma gravidez de localização ectópica e tratamento no caso particular da gravidez heterotópica.

Material e métodos: Descrição de um caso clínico através da consulta do processo.

Resultados e conclusões: Primigesta de 29

anos, sem antecedentes pessoais relevantes, progenitora com antecedentes de gravidez heterotópica e sem outros antecedentes familiares de relevo, com gravidez intrauterina de 7s6d já descrita ecograficamente, recorreu ao serviço de urgência por dor pélvica e no flanco direito, de grande intensidade. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, mucosas descoradas, com dor à palpação abdominal em todos os quadrantes, toque vaginal muito doloroso e exame ao espéculo sem alterações. À ecografia endovaginal identificou-se embrião in útero com biometria compatível com 7s6d e foco positivo, visualizando-se na área anexial esquerda uma imagem sugestiva de um saco gestacional e embrião com biometria compatível com 6s2d e foco positivo, bem como hemoperitônio volumoso. À exploração laparoscópica objetivou-se a presença de gravidez na trompa esquerda, ovário esquerdo sem alterações, útero e área anexial direita sem alterações. Foi realizada lavagem peritoneal e salpingectomia esquerda laparoscópica, que decorreu sem intercorrências. Evolução da restante gravidez sem percalços, com parto às 40 semanas.

PD 43

GRAVIDEZ ECTÓPICA: QUANDO A IMPLANTAÇÃO OCORRE NA CICATRIZ DE CESARIANA ANTERIOR

Mafalda Laranjo; Ana Mesquita Varejão;
Mariana Dória; Fátima Soares; Paulo Manarte
Hospital Pedro Hispano

Introdução: Quando uma gravidez ectópica ocorre, a trompa é a sua localização mais frequente. Raramente, poderá localizar-se na cicatriz da cesariana anterior, colo uterino, abdómen ou ovário.

A gravidez ectópica em cicatriz de cesariana anterior ocorre em cerca de 1 em 2000 gestações, 6% em mulheres com cesariana anterior. Apresenta complicações importantes,

como rotura uterina e hemorragia catastrófica com necessidade de histerectomia.

O diagnóstico é geralmente feito por ecografia (cavidade uterina vazia, diminuição/ausência de miométrio entre o saco gestacional e a bexiga ou padrão vascular proeminente na região da cicatriz da cesariana, entre outros), ou intra-operatoriamente (massa na região da histerotomia anterior, que poderá ou não invadir estruturas adjacentes).

Em pacientes com cesariana anterior, a adenomiose, fertilização in-vitro, antecedentes de esvaziamento uterino instrumentado (EUI) ou dequitação manual são fatores de risco importantes para gravidez ectópica.

Objetivos: Documentar um caso clínico de gravidez ectópica m cicatriz de cesariana

Material e métodos: Revisão do processo clínico do caso de estudo, com apresentação suportada por fotografias intra-operatórias.

Resultados e conclusões: Mulher de 45 anos, 4G 2P com 2 cesarianas e 2 abortamentos espontâneos. No último abortamento com necessidade de EUI e, posteriormente de histeroscopia para remoção de restos ovulares com colocação de sistema intra-uterino libertador de levonorgestrel (SIU-LNG), como método contraceptivo escolhido.

Dois meses após histeroscopia, iniciou quadro de hemorragia uterina anormal associado a dor hipogástrica, que motivou ida ao Serviço de Urgência. Ao exame ginecológico, apresentava perda hemática moderada e fios de SIU-LNG não visíveis. Na ecografia transvaginal foi visualizado SIU-LNG em posição baixa, área paracervical direita sugestiva de varicocele e sem alterações anexiais. Analiticamente com b-HCG de 480 U/l, tendo sido realizada RMN com constatação de massa com 49 x 45 x 33 mm, na parede anterolateral direita do istmo uterino, heterogénea e com várias estruturas vasculares serpiginosas, não se podendo excluir natureza coriônica.

Por suspeita de gravidez ectópica foi proposto à doente a realização de metotrexato. Porém, por persistência da HUA, com compromisso hemodinâmico e intensificação da dor, e por vontade da doente, foi realizada laparotomia exploradora, com histerectomia total.

O exame anatomo-patológico confirmou a presença de área com vilosidades coriônicas e retalhos de decídua com lesões necro-inflamatórias na região ístmica, compatível com gravidez ectópica.

Este caso descreve um evento raro, onde se salientam como fatores de risco os antecedentes de duas cesarianas anteriores, antecedentes de EUI uterina e SIU-LNG mal posicionado.

PD 44

ACTINOMICOSE PÉLVICA EM MULHER PORTADORA DE DIU

Mafalda Laranjo; Ana Mesquita Varejão;
Patrícia Costa; Diana Arteiro
Hospital Pedro Hispano

Introdução: A Actinomicose é uma infeção granulomatosa crónica causada pelo *Actinomyces*, uma bactéria anaeróbia, que está presente na flora microbiana da cavidade oral, trato gastro-intestinal e urogenital. A infeção é incomum e implica lesão da barreira mucosa.

A doença é caracterizada por uma evolução indolente, com aparecimento de fadiga, perda ponderal, dor abdominal e febre. Ao exame objetivo podem existir massas palpáveis ou fístulas. Analiticamente poderá identificar-se anemia e elevação dos parâmetros inflamatórios. Nos exames de imagem apresenta-se como uma lesão de aspeto infiltrativo, com áreas de liquefação, que se poderá atravessar barreiras anatómicas, sendo a fistulização para a parede abdominal uma complicação descrita na literatura.

Este quadro inespecífico leva à consideração de diagnósticos mais frequentes como

Doença de Crohn, Tuberculose ou neoplasia, resultando frequentemente em atrasos no diagnóstico.

O tratamento de eleição é Penicilina em altas doses que poderá prolongar-se até 6-12 meses.

Objetivos: Descrever um caso clínico de Actinomicose Pélvica grave em doente com DIU

Material e métodos: Revisão do processo clínico, com apresentação suportada por imagens de radiologia.

Resultados e conclusões: Mulher de 61 anos, com antecedentes de doença coronária, hipertensão arterial e úlcera gástrica, recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação abdominal de 20 x 10 cm no quadrante inferior direito, de consistência elástica e contornos regulares, dolorosa à palpação, sem sinais inflamatórios. Concomitantemente, referia astenia, perda ponderal e anorexia. Ao exame ginecológico, observou-se corrimento purulento e DIU cervical (que a doente já não se recordava de ser portadora), que foi imediatamente removido. Analiticamente com anemia, leucocitose e PCR aumentada. À admissão, realizou TC com contraste que demonstrou coleção heterogénea com realce periférico na parede abdominal inferior direita, sugestiva de abscesso, medindo 13 x 5 x 13 cm, associada a densificação dos planos adiposos da pelve e massa quística complexa em topografia anexial esquerda, sugerindo DIP com provável abscesso tubo-ovárico. No internamento, realizou RM, que além dos achados de TC, demonstrou pequena coleção no espaço vesico-uterino com envolvimento da cúpula vesical e ainda “massa” infiltrativa de difícil delimitação, com captação de contraste e diminutas áreas de liquefação, de aspeto inflamatório, localizada na escavação pélvica à direita em continuidade com a região anexial direita e a parede abdominal. Não foram identificados sinais sugestivos de neoplasia.

Foi efetuada drenagem ecoguiada da coleção da parede abdominal, com saída de conteúdo espesso, cujo exame microbiológico identificou *Actinomyces israelii*.

Iniciou tratamento com amoxicilina e ácido clavulânico via endovenosa durante 21 dias em regime de internamento e continuou o tratamento no domicílio por via oral por mais 6 meses.

PD 45

HISTERECTOMIA VAGINAL PARA CORREÇÃO DE PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS – CASUÍSTICA DE 4 ANOS DO HSOG

Beatriz Bettencourt Silva; Rita Ladeiras; Filipa Brás; Horácio Azevedo; José Vivas
Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: A via vaginal é a abordagem cirúrgica preferencial para histerectomia por patologia benigna. Associa-se a melhores outcomes, nomeadamente ao retorno mais rápido à atividade normal. O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma das principais indicações para histerectomia vaginal (HV).

Objetivos: Descrever as características da população e os outcomes de doentes submetidas a HV por POP.

Materiais e métodos: Estudo observacional retrospectivo de doentes submetidas a HV por POP entre janeiro de 2017 e dezembro de 2020 no HSOG. Colheita de dados pelo S.Clínico® e análise descritiva.

Resultados: Foram realizadas 198 HV, com uma média de 56 HV/ano até 2019, com redução de 46% em 2020. A média de idades foi 65 anos, com 93,4% das doentes na pós-menopausa, 71,7% com excesso de peso ou obesidade e 70,2% com comorbilidades cardiovasculares. A mediana de partos e partos vaginais foi 3 e 2, respetivamente. A classificação pré-operatória do compartimento apical dos POP foi sobretudo grau 3 (45,5%) ou 2 (36,4%) e 4,5% dos casos tinham antecedentes de uma cirurgia uroginecológica.

Relativamente às características e outcomes cirúrgicos, a mediana do tempo de internamento foi 4 dias e a taxa de intervenções concomitantes foi 82,3%, maioritariamente colporragias anterior e/ou posterior. De intercorrências intraoperatórias, reportaram-se 3 casos de lesão vesical iatrogénica. No pós-operatório, verificaram-se 3 complicações no internamento (cistite aguda, febre sem foco e incontinência urinária – IU – transitória) e 18 casos (9,1%) de complicações tardias. A mais frequente foi IU de novo (n = 12), com apenas 1 caso de IU de esforço corrigida posteriormente por cirurgia. Não se registaram complicações graves ou com necessidade de intervenção cirúrgica urgente. A maioria das doentes (84,3 %) teve alta na consulta de pós-operatório e apenas 4 mantêm seguimento em consulta de Uroginecologia. Uma doente foi orientada para Ginecologia Oncológica por diagnóstico incidental de cancro do colo do útero. Verificaram-se 3 casos de recidiva (2 prolapsos da cúpula e 1 recidiva de compartimento anterior e posterior) e 1 de descompensação de compartimento não tratado. Apenas 2 dessas doentes foram re-intervencionadas na instituição.

Conclusão: Apesar da elevada percentagem de comorbilidades, excesso de peso/obesidade e intervenções concomitantes, verificou-se uma baixa taxa de complicações e ausência de complicações graves. A taxa de lesão vesical iatrogénica (1,5 %) foi semelhante à reportada na literatura (0,6 - 2,7 %). A histerectomia é considerada fator de risco para IU, que foi a principal complicação identificada. Foram reportadas baixas taxas de recidiva (2 %) e re-intervenção (1 %), comparativamente às taxas de re-intervenção descritas (6 - 30 %). Embora o tempo de *follow-up* limite a avaliação, a realização sistemática de suspensão apical pode justificar este resultado.

PD 47

CARCINOMA PRIMÁRIO DA TROMPA DE FALÓPIO: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Sara Passos Silva; Andreia Martins Miranda;
Rosália Coutada; Avelina Almeida;
Agostinho Carvalho; Fátima Domingues;
Paula Pinheiro

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O carcinoma da trompa de falópio (TF) é uma das neoplasias ginecológicas mais raras representando cerca de 0.1 - 1.8% destas. Atualmente, por semelhanças histológicas, moleculares e genéticas, pensa-se que os carcinomas serosos de alto grau do ovário e do peritônio tenham origem nas TF. Assim, a incidência dos tumores primários das TF pode estar subestimada. A etiologia desta neoplasia é desconhecida, sendo apontados como principais fatores de risco os mesmos que para o tumor do ovário.

Objetivo: Os autores relatam dois casos de tumores primários das TF diagnosticados na Unidade Local de Saúde do Alto Minho no ano de 2019.

Resultados e conclusões: Caso 1: 62 anos, enviada por dores pélvicas e massa anexial esquerda com 7 cm. Antecedentes de cancro da mama triplo negativo. Submetida a laparotomia exploradora (LE), lavado peritoneal com anexectomia esquerda. O exame extemporâneo revelou carcinoma seroso de alto grau. Realizada histerectomia total (HT), anexectomia direita, omentectomia, esvaziamento ganglionar ilíaco e lombo-aórtico, apendicectomia e exérese de implantes peritoneais. Histologia definitiva revelou carcinoma seroso alto grau primário da TF estadio IIB e adenocarcinoma do apêndice bem diferenciado pT3N x G1. Realizado estudo genético com mutação BRCA1 presente. Realizou quimioterapia adjuvante (QTA) terminando os tratamentos em março 2020. Cerca de 1

ano após constatada doença oligometastática a nível da cadeia ganglionar lombo-aórtica. Submetida a exérese de gânglio lombo-aórtico, a aguardar anatomia-patológica definitiva. Caso 2: 64 anos, portadora de mutação BRCA1 que recusou cirurgia redutora de risco. Constatada, em ecografia de seguimento, tumefação anexial esquerda. Submetida a LE constatada trompa esquerda transformada em tumefação com cerca de 5 cm, ovário de aspeto normal. O exame extemporâneo revelou carcinoma da TF indiferenciado. Realizada HT, anexectomia direita, linfadenectomia pélvica e lomboaórtica, omentectomia infra-mesocólica e biópsias das goteiras parietocólicas. Histologia definitiva revelou tumor seroso da TF esquerda estadio IA. Realizou QTA, estando atualmente no segundo ano de *follow-up* sem evidência de recidiva.

O carcinoma seroso da TF é uma entidade rara com diagnóstico pré-operatório difícil. Raramente se apresenta com a triade clássica de corrimento vaginal aquoso, dor pélvica e massa anexial. A sobrevida é ligeiramente superior do que no cancro do ovário, o que poderá ser explicado pelo diagnóstico mais precoce.

PD 48

COLPOPEXIA / HISTEROPEXIA AO LIGAMENTO SACRO-ESPINHOSO: 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA NO CHMA

Ângela Encarnação Sousa Silva;
Andreia Fontoura Oliveira; Sidonie Monteiro;
Vera Cláudia Costa; António Baptista Vilaça
Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma patologia frequente que afeta até 40% das mulheres multiparas. Estima-se que cerca de 11% das mulheres ao longo da sua vida necessitam de uma correção cirúrgica devido a esta patologia. O prolapso apical ocorre quando há descida do útero ou da cúpula vaginal (mulheres com antecedentes de histerectomia), sobretudo devido a uma perda da sustentação dos ligamentos útero-sagrados e cardinais. Existem vários métodos de tratamento cirúrgico, sendo que a reparação por via vaginal com uso de tecidos nativos, nomeadamente do ligamento útero-sagrado e sacro-espinhoso, parece ser uma abordagem eficaz e pouco invasiva.

Objetivos: Descrição da técnica cirúrgica e avaliação da eficácia e segurança da colpoexia / histeropexia ao ligamento sacro-espinhoso no tratamento do POP apical.

Material e métodos: Estudo retrospectivo no qual foram analisados os processos das mulheres submetidas a colpoexia / histeropexia ao ligamento sacro-espinhoso no Centro Hospitalar do Médio Ave, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019.

Resultados e conclusões: Sessenta mulheres (n = 60) foram incluídas no estudo, sendo que 23 apresentavam prolapso da cúpula vaginal e 37 prolapso uterino. A idade à data da intervenção cirúrgica variou entre 44 e os 89 anos (média: 69.1 anos). A paridade variou entre os 0 e os 6 partos (média: 2,83 partos), sendo que todas apresentavam partos vaginais, à exceção de 3, que eram nulíparas.

Durante o procedimento foi realizada colpo-tomia posterior, disseção do espaço reto-vaginal e para-retal bilateralmente até identificação digital da espinha isquiática e do ligamento sacro-espinhoso. Posteriormente foi realizada a suspensão da cúpula vaginal/ligamentos útero-sagrados aos ligamentos sacro-espinhosos bilateralmente.

Entre as 23 pacientes submetidas a colpoexia, 3 (13 %) recidivaram. Apenas uma apresentou uma complicação pós-cirúrgica (neuropatia transitória), que reverteu espontaneamente. Das 37 pacientes submetidas a histeropexia, 8 (21,6 %) recidivaram, sendo que 2 delas colocaram pessário após, 2 foram submetidas a operação de Manchester e 4 realizaram histerectomia vaginal. Não houveram quaisquer complicações neste grupo, nomeadamente lesões vesicais, retais, ureterais ou óbitos.

A análise dos nossos resultados permite afirmar que a colpoexia / histeropexia ao ligamento sacroespinhoso é eficaz e acarreta baixa morbilidade intra e pós-operatória, proporcionando resultados anatomofuncionais satisfatórios tanto em pacientes portadoras de prolapso uterovaginal como naquelas com prolapso de cúpula vaginal.

PD 49

TROMBOSE DA VEIA OVÁRICA ESQUERDA NO PÓS-OPERATÓRIO DE HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA – CASO CLÍNICO

Sara Nunes; Mário Moura; Cátia Carnide;
Daniela Freitas; Cátia Moreira; Rosário Lopes;
Osvaldo Moutinho
Centro Hospitalar de Trás-os Montes e Alto Douro

Introdução: A trombose da veia ovárica é uma afeção rara, potencialmente fatal. Ocorre geralmente à direita e no período puerperal. Na literatura, há poucos casos descritos desta patologia na sequência de cirurgias ginecológicas endoscópicas.

Objetivos: Apresentação de caso clínico de

trombose da veia ovárica esquerda após histeroscopia cirúrgica.

Material e métodos: Consulta de processo clínico.

Resultados: Mulher de 40 anos, saudável, foi encaminhada para consulta de ginecologia por suspeita ecográfica de pólipos endometriais, no contexto de hemorragia uterina anómala intermenstrual. Tinha antecedentes de um parto eutócico e era utilizadora de contraceção hormonal combinada. A doente foi submetida a histeroscopia diagnóstica, em ambulatório, que confirmou a presença de pólipo endometrial fúndico, séssil, com cerca de 10 mm. A histeroscopia cirúrgica sob sedação, realizada em segundo tempo, foi interrompida precocemente pela constatação de perfuração uterina fúndica, tendo a doente tido alta clínica e analiticamente bem, mantendo uma metrorragia escassa. Ao 6º dia de pós-operatório iniciou um quadro de dor hipogástrica persistente, associada a metrorragia moderada. Encontrava-se apirética, normotensa, normocárdica e analiticamente sem alterações. Pela dor refractária, realizou TC abdominopélvica contrastada que identificou uma dilatação da veia ovárica esquerda, com trombo central, parcialmente oclusivo, na sua porção mais proximal, e uma ectasia da veia renal esquerda por compressão da artéria mesentérica superior, compatível com síndrome de nutcracker. A doente foi admitida no hospital, suspendeu contraceptivo hormonal combinado, e iniciou tratamento médico com enoxaparina (1 mg/kg b.i.d.) e analgesia. Teve alta ao fim de 4 dias, clinicamente bem, sob hipocoagulação oral com dabigatran (150 mg b.i.d.). Na TC de controlo, ao fim de 3 meses, não era observado qualquer trombo venoso, mas persistiam dilatações ligeiras das veias ovárica e renal esquerdas por compressão no desfiladeiro entre a aorta e a artéria mesentérica superior (síndrome de quebra-nozes).

Conclusões: A trombose venosa ovárica esquerda descrita no presente caso clínico pode explicar-se pela conjugação de 3 factores: a perfuração uterina na histeroscopia cirúrgica, uma complicação habitualmente menor; o síndrome de nutcracker ou quebra-nozes, uma variação anatómica que causa compressão vascular; e a toma de contraceptivo hormonal combinado.

PD 50

LEIOMIOMA DA TROMPA DE FALÓPIO – DIAGNÓSTICO INTRA-OPERATÓRIO

Ana Mesquita Varejão; Mafalda Laranjo; Mariana Dória; Joana Barros; Paulo Manarte
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – Hospital Pedro Hispano

Introdução: O mioma uterino é um tumor mesenquimatoso, correspondendo ao tumor pélvico benigno mais frequente na mulher em idade reprodutiva, com uma incidência que varia entre 5-8% (dependendo da idade e da raça). Estes têm origem nas células musculares lisas do útero ou das paredes vasculares que o suprem, sendo que apenas raramente o ovário, ligamento largo ou trompas de Falópio se encontram envolvidos. Os leiomiomas das trompas de falópio, originam-se da mioossalpinge ou das células dos vasos sanguíneos que as nutrem. São extremamente raros e na sua maioria assintomáticos, surgindo frequentemente como achados acidentais intra-operatórios ou em autópsias.

Objetivo: Descrição de caso clínico de leiomioma da trompa.

Materiais e métodos: Revisão da história e do processo clínico, com apresentação de caso suportado por imagens de radiologia e fotografias intra-operatórias.

Resultados e conclusões: Mulher de 48 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, proposta para histerectomia abdominal total por mioma uterino de grande volume, com evolução em cerca de 4 anos. Na avaliação ecográ-

fica transvaginal foi documentado fibromioma subseroso pediculado (FIGO 7) da parede lateral direita do útero muito vascularizado com dimensões que evoluíram de 87 para 100 mm de maior diâmetro. Em RMN documentada existência de mioma subseroso, pediculado, na dependência da parede uterina postero-lateral-esquerda, polilobulado, com limites bem definidos e sinal homogêneo. Por crescimento progressivo do mioma e aparecimento de sensação de peso hipogástrico foi decidido tratamento cirúrgico. Intra-operatoriamente foi constatada neoformação pediculada da trompa esquerda, sólida, regular, com cerca de 10 cm de maior diâmetro, que se encontrava totalmente aderida ao útero e cólon sigmoide e torcida sobre o seu pedículo. Enviada para exame extemporâneo que foi sugestivo de neoplasia mesenquimatosa benigna, com diagnóstico definitivo de leiomioma enfartado. A ecografia é o exame de eleição no diagnóstico dos miomas, sendo a RMN indicada para mapeamento. Nos poucos casos descritos de leiomiomas da trompa, o diagnóstico pré-operatório é incomum, uma vez que a doença é predominantemente assintomática, e estas neoformações são tipicamente únicas, de reduzidas dimensões (ao contrário do caso descrito), e unilaterais. Neoformações maiores podem causar efeito de massa e sintomatologia adicional ou podem mesmo isquemiarem por torção do pedículo.

No caso descrito, o diagnóstico foi atrasado até ao momento da cirurgia devido à distorção anatómica causada pela neoformação, que em ambos os meios complementares de diagnóstico de referência foi, por imagiologistas experientes, interpretado como mioma de origem uterina.

PD 52

OCCLUSÃO INTESTINAL POR ENDOMETRIOSE: CASO CLÍNICO

Andreia Miranda; Sara Silva; Elisabete Gonçalves; Agostinho Carvalho; Domingos Ribeiro; Paula Pinheiro

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

- Viana do Castelo

Introdução: A endometriose define-se como a presença de células endometriais fora da cavidade uterina. As lesões localizam-se tipicamente na pelve, mas em formas mais graves da doença podem atingir o intestino, diafragma ou pleura.

A prevalência da endometriose é de cerca de 10% na população em idade reprodutiva. Nas mulheres com infertilidade, essa prevalência aumenta para até 50%. O tratamento pode incluir tanto medidas farmacológicas como cirúrgicas.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de uma mulher de 33 anos com endometriose que se apresentou no Serviço de Urgência com distensão abdominal, dor e náuseas tendo sido internada com o diagnóstico de oclusão intestinal. Da história clínica destaca-se infecção por SARS-Cov2 assintomática e um síndrome de hiperestimulação ovárico ligeiro após início de tratamento de fertilidade duas semanas antes. Realizou tomografia computadorizada que revelou distensão global do cólon com área de transição abrupta no sigmoide proximal.

Apresentou melhoria do quadro clínico em internamento com medidas conservadoras, contudo ao 18º dia por agravamento das queixas realizou rectossigmoidoscopia com achados compatíveis com isquemia grave. Decidida laparotomia exploradora face às alterações associadas a quadro séptico.

Realizadas colectomia total e ileostomia terminal mais salpingectomia à direita. O resultado anatomopatológico revelou necrose

isquémica extensa do cólon e intestino delgado associada a estenose cólica por lesões de endometriose com evidência de lesões de endometriose na parede ileal, no tecido adiposo mesocólico e na trompa de falópio direita.

Foi admitida na unidade de cuidados intensivos por choque séptico com disfunção multiorgânica resolvida nos primeiros 10 dias e manteve-se internada naquela unidade durante 27 dias. Transferida posteriormente para o serviço de Cirurgia geral onde iniciou plano global de reabilitação com alta ao 66º dia de internamento, orientada para consulta externa.

Conclusão: A endometriose infiltrativa é uma doença que pode ter apresentações muito distintas, devendo ser sempre equacionada no diagnóstico diferencial de obstrução intestinal aguda em mulheres em idade fértil.

O caso clínico ilustra uma situação de endometriose que após estimulação hormonal terá conduzido a oclusão intestinal com consequências catastróficas no futuro reprodutivo e qualidade de vida da doente.

PD 53

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DA VULVA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Fabiana Castro; Maria Liz Coelho; Marília Freixo; Diana Rodrigues-Martins; Elisa Soares; Sílvia Torres; Fernanda Costa

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: O tumor de células granulares é uma neoplasia benigna dos tecidos moles. Foi descrita pela primeira vez em 1926 por Abrikossoff e tem origem provável nas células de Schwann. A localização mais comum é a língua e mucosa oral, sendo que o atingimento vulvar é extremamente raro. Apresenta-se geralmente com uma massa vulvar subcutânea indolor, de consistência dura, móvel e de crescimento lento. O diagnóstico clínico é muito difícil, devido à sua raridade nesta lo-

calização e pela capacidade de mimetizar outras patologias benignas mais comuns como lipomas, hidradenomas ou fibromas. O tratamento de primeira linha consiste na excisão cirúrgica completa.

Descrição do caso: Mulher de 36 anos, IGIP, foi orientada para a consulta por tumefação vulvar, com alguns meses de evolução. Ao exame ginecológico apresentava um nódulo com 21mm de diâmetro, na vertente anterior do grande lábio direito, acastanhado, indolor e móvel em relação aos planos profundos. Tendo em consideração o aspeto benigno, procedeu-se à sua exérese sob anestesia local. O exame histológico revelou um tumor de células granulares com margens positivas. Perante este diagnóstico, foi proposta reintervenção para alargamento de margens. A ressonância magnética dos tecidos moles realizada previamente à cirurgia não revelou lesão residual. Contudo, o exame anatomo-patológico da peça operatória, identificou a presença de tumor de células granulares residual focal, sem evidência de tumor nas margens. Manteve seguimento em consulta de Ginecologia Oncológica sem evidência de recorrência local.

Conclusão: Embora o tumor de células granulares da vulva seja raro, é imprescindível que o ginecologista tenha conhecimento da sua existência e proceda ao tratamento adequado. Este consiste na exérese completa da lesão pelo elevado risco de recorrência local e por, apesar de histologicamente benigno, poder apresentar comportamento maligno. Estes doentes devem manter seguimento prolongado em Consulta de Ginecologia Oncológica.

PD 54

O DESAFIO DA ABORDAGEM DA HEMORRAGIA UTERINA ANÓMALA EM DOENTES HIPOCOAGULADAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Fabiana Castro; Maria Liz Coelho; Marília Freixo;
Elisa Soares; Odete Figueiredo; Isabel Meireles
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A hemorragia uterina anómala (HUA) define-se como hemorragia de origem uterina que difere do padrão menstrual habitual em regularidade, quantidade, frequência, duração ou volume. É uma complicação frequente nas mulheres hipocoaguladas em idade fértil e, dependendo do anticoagulante usado, pode afetar até cerca de 70% destas.

Caso clínico: Mulher de 49 anos, hipocoagulada com rivaroxabano por trombose venosa profunda, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por perda hemática vaginal com 2 semanas de evolução. Ecograficamente observou-se hematometra volumoso e analiticamente apresentava anemia ligeira (Hb 10.7 g/dL). Foi submetida a histeroscopia diagnóstica que não mostrou formações intracavitárias e as biópsias endometriais não revelaram alterações. Após introdução de SIU-LNG (52 mg) teve alta estável e com perda hemática vaginal escassa.

Três semanas depois recorreu novamente ao SU por lipotímia e perda hemática vaginal abundante. Ecograficamente confirmou-se a expulsão do SIU-LNG e a presença de hematometra com 25 mm. Analiticamente apresentava anemia grave (Hb 6.8 g/dL), pelo que se decidiu internamento para estabilização hemodinâmica e orientação terapêutica. Procedeu-se à aspiração do hematometra (200 cc) e à colocação de novo SIU-LNG. Suspendeu a hipocoagulação oral e iniciou HBPM.

Por HUA grave condicionando instabilidade hemodinâmica, resistente ao tratamento instituído, e considerando o risco tromboembó-

lico associado à estrogénioterapia, optou-se por tratamento cirúrgico após estabilização hemodinâmica. A doente foi submetida a histerectomia total por laparotomia. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta clinicamente bem.

Conclusão: A abordagem da HUA em doentes hipocoaguladas permanece um desafio. O risco de HUA depende do anticoagulante usado, devendo ser dada preferência ao apixabano ou dabigatran.

Tradicionalmente a estrogénioterapia está associada a maior risco tromboembólico. Nos estudos realizados em mulheres hipocoaguladas, a terapêutica hormonal combinada (THC) não parece estar associada a um aumento significativo de fenómenos tromboembólicos. No entanto, são necessários estudos prospetivos que avaliem a segurança e a relação risco-benefício da THC nestas doentes. O caso descrito reforça a necessidade de uma abordagem célere e multidisciplinar. O SIU-LNG é um tratamento altamente eficaz. No entanto, quando falha, devem ser ponderadas outras opções terapêuticas com base na etiologia, comorbilidades e desejo de fertilidade.

PD 55

GRANULOMA LIPOFÁGICO DO LIGAMENTO LARGO – UMA ENTIDADE RARA

Carolina Carvalho; Carla Leitão; Celina Ferreira;
Maria José Bernardo; Ana Fatela; Ricardo Mira
*Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar
Universitário de Lisboa Central*

Introdução: O granuloma lipofágico ou lipo-granuloma consiste numa reação inflamatória a lípidos endógenos ou exógenos e constitui uma entidade rara. Ocorre mais frequentemente na derme e subderme após tratamentos injetáveis com lípidos, traumatismo ou irradiação. Existem alguns relatos da presença deste tipo de lesão noutros locais, correspondendo a situações ainda mais raras.

Objetivos: Apresentação de caso clínico de

massa anexial com diagnóstico histológico de granuloma lipofágico. Revisão não sistemática sobre o tema.

Material e métodos: Obtenção de dados clínicos através da recolha de anamnese e consulta do processo clínico no sistema informático hospitalar e subsequente revisão não sistemática da literatura.

Resultados e conclusões: 56 anos, pós-menopausa, saudável, IO 1001 (uma cesariana), assintomática, encaminhada à consulta de Ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa por achado de massa anexial em ecografia de rotina.

Ecograficamente, visualizava-se ovário direito aumentado, à custa de formação unilocular quística de 70 x 57 x 65 mm, conteúdo misto, compatível com quisto dermoide. A doente optou por manter apenas vigilância e foi reavaliada três meses após, tendo-se verificado um aumento da lesão para 83 x 57 x 72 mm. Tendo isto em conta e apresentando queixas esporádicas de dor foi proposta para quistectomia e salpingectomia profilática por laparoscopia.

Intraoperatoriamente, visualizou-se lesão esférica de superfície lisa, consistência duro-elástica com cerca de 7 cm, isolada, não fazendo corpo com o ovário direito, com inserção no ligamento largo direito. Restante cavidade sem lesões aparentes.

O estudo histológico revelou “fragmentos de parede de quisto com múltiplas calcificações distróficas dispersas e tecido adiposo com extensas áreas de esteatonecrose, sendo os achados compatíveis com granuloma lipofágico, sem evidência morfológica de teratoma.” O pós-operatório decorreu sem qualquer complicação.

Na literatura encontramos relatos em que o diagnóstico de granuloma lipofágico abdominal parece estar relacionado com o uso de substâncias à base de lípidos para prevenir aderências durante cirurgias anteriores ou

após histerossalpingografia com uso de contraste lipídico. Há ainda alguns casos nos quais a rotura de um teratoma benigno deu origem à formação de múltiplos lipogranulomas simulando carcinomatose peritoneal.

No caso aqui descrito, a etiopatogenia não está esclarecida, uma vez que a doente nega antecedentes que possam explicar a origem desta lesão.

PD 56

CARCINOMA DA TROMPA DE FALÓPIO ASSOCIADO A MUTAÇÃO BRCA-1

Joana Pereira¹; Marina Sousa Gomes¹; Rosália Coutada¹; Sónia Carvalho²; Manuel Veiga²; Ana Simas³; Domingos Magalhães¹; João Pedro Silva¹; Agostinho Carvalho¹; Paula Pinheiro¹

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo; ²Serviço de Anatomia Patológica – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo; ³Serviço de Oncologia Médica – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo

Introdução: Os carcinomas primários da trompa de falópio têm uma incidência de 0,3/100000 mulheres e o seu diagnóstico raramente é realizado pré-operatoriamente. Estudos recentes demonstraram que o carcinoma da trompa é um componente do fenótipo associado à mutação BRCA. A incidência de mutação BRCA em mulheres com cancro da trompa é de 16 - 17% em séries retrospectivas. **Caso clínico:** 64 anos, portadora de mutação BRCA-1, antecedentes de neoplasia da mama na família paterna. Múltipara com menopausa aos 46 anos. Doente vigiada em consulta de risco de Mama, sem evidência de doença até à data e em consulta de Ginecologia, tendo recusado anexectomia profilática. Vigilância semestral clínica, imagiológica (ecografia transvaginal) e de marcadores tumorais sem alterações. Em consulta de vigilância, doente assintomática e sem alterações no exame

ginecológico, realizou ecografia transvaginal que revelou lesão anexial esquerda sólida, simples, com 50 x 26 mm, sem outras características suspeitas e marcadores tumorais negativos. Submetida a ressonância magnética (RM) pélvica com descrição de lesão alongada, com componente sólida, presença de septos incompletos na sua periferia em provável relação com a trompa esquerda. Presença de formações ganglionares nas cadeias ilíacas externas com maior eixo de 7 mm, inespecíficas. Realizada Tomografia Computorizada (TC) toracoabdomino-pélvica sem evidência de doença metastática. Submetida a laparotomia exploradora, o exame extemporâneo do anexo esquerdo revelou lesão nodular na dependência da trompa esquerda com 50 x 25 x 20 mm, compatível com carcinoma invasor da trompa uterina. Procede-se a histerectomia total e anexectomia direita, estadiamento peritoneal e ganglionar. Pós-operatório imediato sem complicações. O exame histológico revelou carcinoma seroso de alto grau da trompa esquerda, estadiamento IA (classificação FIGO 2018). Submetida a quimioterapia adjuvante com carboplatino/paclitaxel, 6 ciclos, com necessidade de ajuste de dose por neutropenia. Doente vigiada em consulta de Oncologia Ginecológica, 2º ano de *follow-up*, sem evidência de recidiva até ao momento.

Conclusão: O presente caso demonstra o risco acrescido de tumores anexiais em mulheres com mutação BRCA-1 documentada, com realce de um caso raro de neoplasia primária da trompa de falópio. Destaca-se a importância da cirurgia profilática de redução de risco, não existindo evidência sobre o melhor método de vigilância ginecológica.

PD 57

DOR PÉLVICA – APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA GÁSTRICA

Joana Pereira; Sara Passos Silva; Mariana Carlos-Alves; Elisabete Gonçalves; Avelina Almeida; Agostinho Carvalho; Paula Pinheiro
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo

Introdução: A dor pélvica em idade reprodutiva, em mulher não grávida, está frequentemente associada a dismenorreia, endometriose ou doença inflamatória pélvica. Raramente, pode ser uma manifestação de neoplasia ginecológica, gastrointestinal ou urológica.

Caso clínico: 32 anos, obesidade e epilepsia controlada, antecedentes familiares de neoplasia gástrica e ovárica. Multipara, menarca aos 12 anos, catamênios de 5 dias, ciclos regulares, a utilizar método contraceptivo de barreira.

Observada no serviço de Urgência por dor pélvica com 2 meses de evolução, com necessidade de múltiplas observações em diferentes instituições. Ao exame ginecológico apresentava desconforto na palpação bimanual uterina e ligeiro endurecimento do fundo de saco posterior. Ecografia ginecológica com útero e ovários sem alterações, visualizada estrutura tubular de 34 x 11 mm na transição retossigmoideia esquerda e ligeira quantidade de líquido livre. Estudo analítico sem alterações de relevo. Tomografia Computorizada (TC) pélvica revelava formação de aspeto quístico, 3 cm de maior diâmetro, na dependência do anexo esquerdo. Por ausência de controlo algico e para investigação de etiologia foi realizada laparoscopia diagnóstica constatando-se líquido ascítico citrino em moderada quantidade, múltiplas aderências entre o útero e parede pélvica, edema tubar marcado e útero e anexos envolvidos em exsudado de fibrina com extensão ao colón e peritoneu. Colaboração de Cirurgia Geral

optando-se por apendicectomia após constatação de tumefação e aderências do mesmo ao cego. Pós-operatório imediato sem complicações, com melhoria das queixas algícas. Estudo micobacteriológico negativo, o exame citológico de líquido ascítico revelou células atípicas compatíveis com carcinoma/adenocarcinoma e o exame histológico do apêndice revelou carcinoma/adenocarcinoma de provável origem não apendicular. Endoscopia digestiva alta revelou carcinoma gástrico infiltrativo, estadiamento IVb, optando-se por quimioterapia paliativa, confirmando-se o óbito dois meses após o diagnóstico.

Conclusão: A avaliação da dor pélvica implica uma abordagem multidisciplinar, apesar de pouco frequente, pode tratar-se de uma manifestação atípica de doença de outro sistema orgânico.

PD 58

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL DIAGNOSTICADO EM ECOGRAFIA GINECOLÓGICA: RELATO DE CASO

Gaspar; A.¹; Nascimento; C.²; Brandão; A.²; Cominho; J.²; Nunes; F.²

¹*Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal;* ²*Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital de Cascais, Portugal*

Introdução: O pseudomixoma peritoneal é uma síndrome rara caracterizada por envolvimento peritoneal mucinoso difuso, frequentemente associado a uma lesão apendicular mucinosa. O seu diagnóstico em meios complementares de diagnóstico é possível, estando sobretudo relatada a utilidade da TC nesta patologia.

Caso: Mulher de 86 anos, sem antecedentes ginecológicos de relevo, foi referenciada à consulta externa de Ginecologia por prolapso de órgãos pélvicos e suspeita de espessamento endometrial. Efetuou ecografia transvaginal que revelou: fundo de saco posterior ocupado

por massa heterogênea, lobulada, tipo cerebri-forme, com pouca vascularização, com dimensões 51 x 28 mm. A TC e RMN não foram conclusivas, referindo uma massa anexial e ascite associada. Foi decidida Histerectomia total e anexectomia bilateral em reunião multidisciplinar. Intraoperatoriamente verificou-se lesão apendicular cecal, acompanhada de substância mucinosa dispersa intraperitonealmente, pelo que se procedeu a apendicectomia com o apoio da especialidade de Cirurgia Geral. Os anexos eram macroscopicamente normais. O estudo histológico definitivo foi compatível com pseudomixoma peritoneal por tumor mucinoso de baixo grau do apêndice.

Conclusão: Este caso clínico retrata o diagnóstico incomum de um pseudomixoma peritoneal pela Ginecologia, através de uma apresentação inesperada numa ecografia ginecológica. A ecografia ginecológica é um meio complementar de excelência para o diagnóstico de patologia pélvica, apresentando muitas vezes maior sensibilidade que a TC e RMN. Este caso demonstra a possível utilidade deste meio complementar em caso de suspeita de tumores do apêndice.

PD 59

TUMEFACÃO PÉLVICA EM MULHER JOVEM: QUANDO A CLÍNICA SUPERA A IMAGEM

Diana Rodrigues-Martins¹; Maria Liz Coelho²; Marília Freixo²; Elisa Soares²; Fernanda Costa²

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetria do Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar Universitário do Porto;* ²*Serviço de Ginecologia e Obstetria do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa*

Introdução: Face a uma tumefação pélvica numa mulher em idade fértil, a origem anexial da mesma é sempre tida em consideração nos diagnósticos diferenciais. Apesar da elevada prevalência desta etiologia nesta faixa etária, para o estabelecimento do diagnóstico, o raciocínio clínico deve basear-se em todos os elementos da história clínica.

Objetivos: Descrever e discutir o caso de uma doente com uma tumefação pélvica.

Material e métodos: Relato de caso clínico de uma doente referenciada ao Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, destacando-se uma imagem do caso.

Resultados e conclusões: Uma mulher de 27 anos recorreu à consulta após realização de ecografia, no contexto de spotting com a toma de contraceptivo oral combinado, que revelou a presença de imagem cística a nível retrouterino com cerca de 14 cm, na provável dependência do anexo direito. Os achados haviam sido corroborados por tomografia computadorizada (TAC) abdomino-pélvica, com presença de formação nodular retrouterina com cerca de 14 cm de maior diâmetro, conteúdo cístico denso, limites relativamente bem delimitados, parede fina e septação interna, com presumível origem anexial.

Tratava-se de uma nulípara, sem antecedentes médicos de relevo, além de exérese de quisto sacrococcígeo e tratamento expectante de fístula perineal, cerca de seis meses antes. Ao exame ginecológico apresentava desvio anterior da parede vaginal posterior por compressão. Esta era causada por tumefação palpável no toque retal, que condicionava um abaulamento extrarectal. Do estudo complementar os marcadores tumorais mostraram-se negativos, e a ressonância magnética pélvica referiu trata-se de uma provável neoformação primitiva, admitindo-se origem anexial.

A doente foi submetida a laparoscopia exploradora, com constatação da presença de volumosa formação cística lateralizada à direita do reto, que contactava com o anexo mas sem relação com o mesmo. Procedeu-se à exérese total do tumor retrorectal, cujo estudo anatomopatológico revelou tratar-se de uma lesão cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado queratinizante, com

processo inflamatório crónico granulomatoso de tipo corpo estranho em relação com restos de queratina. Ao quinto mês pós-operatório, a doente apresentava-se assintomática, e sem alterações na TAC pélvica.

Este caso ilustra a importância da anamnese e do exame físico no diagnóstico diferencial, e como estes devem ser tidos em consideração na interpretação dos meios complementares de diagnóstico.

PD 60

TERATOMAS BILATERAIS VOLUMOSOS EM MULHER JOVEM: O DESAFIO DA PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE

Diana Rodrigues-Martins¹; Fabiana Castro²; Carlos Lopes²; Fernanda Costa²; Diana Melo Castro²
¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar Universitário do Porto; ²Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A patologia anexial benigna pode acarretar importante morbilidade para mulheres em idade fértil, dadas as potenciais consequências sobre a função hormonal e reprodutiva. A necessidade de preservação da fertilidade (PF) confere ao plano terapêutico uma complexidade suplementar.

Objetivos: Descrever e discutir o caso de uma mulher jovem, com tumefações anexiais bilaterais, destacando-se a problemática da PF.

Material e métodos: Relato de caso clínico de uma doente referenciada ao Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Resultados e conclusões: Uma mulher de 23 anos recorreu à consulta após realização de ecografia transvaginal, no contexto de distensão abdominal com cerca de dois meses de evolução, que revelou a presença de volumosas lesões císticas intra-abdominais com origem anexial. Não apresentava antecedentes médicos de relevo, nulípara, e com ciclos menstruais regulares sem influência de contraceção hormonal. Ao exame objetivo

apresentava abdómen indolor mas distendido. Do estudo complementar os marcadores tumorais ovários mostraram-se negativos, e na tomografia computadorizada abdominal-pélvica destacou-se a presença de lesão cística, a ocupar grande parte da cavidade intra-abdominal na dependência do ovário esquerdo, e uma estrutura cística com cerca de 4 x 2 cm na dependência do ovário direito, ambas sugestivas de teratomas maduros.

Dado que a recolha de ovócitos para PF previamente ao tratamento cirúrgico não se mostrou exequível, a doente foi submetida a laparotomia exploradora e cistectomias múltiplas bilaterais. Evitou-se a hemóstase por electrocauterização para reduzir a lesão do tecido ovárico. O exame anatomopatológico confirmou a presença de teratomas maduros, destacando-se um teratoma cístico maduro associado com cistadenoma seromucinoso com cerca de 22 cm.

A doente manteve-se assintomática e com ciclos regulares após a cirurgia. No segundo mês pós-operatório, analiticamente apresentou valores reduzidos de hormona anti-mülleriana, e na ecografia visualizou-se uma baixa contagem de folículos antrais, além de cisto mucinoso com cerca de 3 cm no ovário direito. A doente foi encaminhada para preservação de ovócitos.

Este caso ilustra o desafio que pode representar o tratamento da patologia anexial benigna, tendo-se em consideração a importância, e a necessidade da preservação da função ovárica. Dado o risco de recorrência e falência ovárica prematura, o aconselhamento e terapêutica no domínio da PF devem ser privilegiados, de forma precoce e célere.

PD 61

HEMATOCOLPOS E RETENÇÃO URINÁRIA NA ADOLESCÊNCIA: UM CASO CLÍNICO DE HÍMEN IMPERFURADO

Mário Moura¹; Joana Pinto Oliveira²; Ana Moreira¹; António Pereira²; Cátia Carnide¹; Osvaldo Moutinho¹

¹Serviço de Ginecologia e Obstetria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro; ²Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: Hímen imperfurado (HI) é uma anomalia congénita genital rara, com incidência de 0.05-0.1%. É a anomalia obstrutiva do trato genital feminino mais comum. Frequentemente é diagnosticado perante uma amenorreia e dor abdominal inferior ou, mais raramente, retenção urinária. No entanto, na maioria dos casos o diagnóstico é incidental em raparigas assintomáticas até à menarca. Apesar da sua condição benigna, se não for diagnosticado e orientado de forma atempada pode associar-se a infeção vaginal, podendo propagar-se a outros órgãos pélvicos, ou hidronefrose com insuficiência renal.

Objetivos: Descrição de um caso clínico de HI.

Material e métodos: Consulta de processo clínico.

Resultados e conclusões: Menina de 11 anos, saudável, etnia cigana, Tanner V, pré-menarca, foi encaminhada dos Cuidados de Saúde Primários ao Serviço de Urgência (SU) por suspeita de gravidez por distensão abdominal e amenorreia. Na avaliação no SU, referia dor supra-púbica intensa com 12 horas de evolução e dificuldade em urinar, que evoluiu posteriormente para retenção urinária. Negava atividade sexual. Apresentava um abdómen distendido, doloroso à palpação e maciço à percussão do hipogastro. Ao exame da região genital, observou-se hímen imperfurado, com vagina encerrada. À ecografia abdominal apresentava bexiga distendida e imagem quística posterior à bexiga de conteúdo compatível com sangue. Foi aliviada com saída de 2 litros de

urina. Foi realizada TAC abdomino-pélvica que revelou volumoso hematocolpos (15 x 8 x 8 cm) a condicionar moldagem da bexiga, estando o útero anteфлекido e em posição superior à bexiga. Foi decidida a realização de himenotomia e drenagem de hematocolpos com saída de sangue escuro em quantidade abundante (1 litro). Após o procedimento apresentou melhora progressiva da dor e micções espontâneas mantidas. Realizou nova ecografia abdominal após o procedimento sem achados fora da normalidade. Na avaliação 6 semanas após o procedimento apresentava permeabilidade do intróito vaginal, com ocorrência de cataménio prévio e não referia queixas urinárias. Este caso ilustra a necessidade da orientação de um HI em contexto de urgência quando este é acompanhado de queixas álgicas e urinárias, sendo a abordagem cirúrgica a mais adequada e com bons resultados a longo prazo.

PD 62

TUMOR ANEXIAL FEMININO DE PROVÁVEL ORIGEM WOLFFIANA (FATWO): A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Liz Coelho; Fabiana Castro; Marília Freixo; Elisa Soares; Anabela Melo; Cristina Oliveira; Fernanda Costa

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Os tumores dos anexos femininos de provável origem Wolffiana (FATWO) são neoplasias ginecológicas raras de origem mesonéfrica, cujo diagnóstico é primariamente histológico. A maioria localiza-se à direita, no ligamento largo, mesossalpinge, trompa de Falópio, ovário ou peritoneu e são habitualmente assintomáticos.

Mulher de 36 anos, 2G2P, com antecedentes de quistectomia bilateral por endometriose ovárica, foi enviada à Consulta de Ginecologia por achado ecográfico incidental de tumefação anexial à direita. Ao exame ginecológico não se tocavam tumefações pélvicas. Salientava-se ecograficamente uma formação heterogé-

nea (48 x 34 mm) retrouterina com aparente origem anexial direita, interpretado como provável endometrioma. Os marcadores tumorais (CA-125, CEA, CA19.9) eram negativos. Foi proposta para quistectomia por via laparoscópica. Intraoperatoriamente constatado: extensas aderências pélvicas e lesão nodular sólida de superfície lisa, paraovárica, com cerca de 5 cm, aparentemente na dependência do folheto posterior do ligamento largo e mesossalpinge à direita. Perante os achados, optou-se por conversão para laparotomia com ressecção em bloco da referida lesão e salpingectomia direita, sem intercorrências. O estudo histopatológico revelou tratar-se nódulo (6 x 5,5 x 4 cm) encapsulado, macroscopicamente irregular e amolecido, concluindo tratar-se de um tumor adenomatóide. Foi decidido apresentar o caso num centro oncológico de referência, tendo a revisão de lâminas revelado um perfil morfológico e imunohistoquímico compatível com um FATWO. Realizou RMN pélvica que não revelou doença residual. Foi decidido em consulta de Grupo de Ginecologia Oncológica propor histerectomia total e anexectomia bilateral, tendo-se constatado representação residual (< 1mm) da neoplasia previamente diagnosticada na serosa da face posterior direita do útero. Após 5 anos de seguimento no Centro Oncológico de referência, a doente mantém-se sem sinais de recidiva da doença.

Os FATWO têm potencial de recorrência local e metastização em 10-20% dos casos, particularmente após exérese incompleta da lesão. Perante um achado intraoperatório inesperado e na presença de uma neoplasia de etiologia desconhecida, é essencial a remoção em bloco da lesão. O período de seguimento deverá ser longo, mesmo após citorredução cirúrgica completa, que inclui histerectomia total e anexectomia bilateral. Tratando-se de uma neoplasia rara, é fundamental a orientação para Centros Oncológicos de referência.

PD 63

ANGIOMIXOMA DA VAGINA EM DOENTE SOB TRATAMENTO COM TAMOXIFENO

Maria Liz Coelho; Fabiana Castro; Marília Freixo; Elisa Soares; Fernanda Costa

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

O angiomixoma consiste numa neoplasia rara de origem miofibroblástica com predileção para o trato genital feminino. É assintomática e apresenta crescimento lento, mas tem taxa de recorrência local em até 70% dos casos, mesmo após exérese com margens negativas. A maioria apresenta recetores de estrogénio e de progesterona, sendo provavelmente hormonodependente. O diagnóstico é maioritariamente histopatológico após ressecção cirúrgica.

Apresentamos um caso de um angiomixoma da vagina diagnosticado numa doente sob tamoxifeno. Este caso evidencia a necessidade de considerar este diagnóstico perante uma lesão vaginal de etiologia desconhecida.

Mulher de 48 anos, com antecedentes de carcinoma ductal invasor da mama, submetida a tumorectomia, radioterapia e braquiterapia, é enviada à consulta de Ginecologia por HUA intermenstrual sob hormonoterapia com tamoxifeno. Ao exame ginecológico é constatada uma formação polipoide pediculada com cerca de 2 cm, inserida na parede anterolateral esquerda da vagina. A ecografia ginecológica revelava uma dilatação glandular subendometrial quística, compatível com o efeito do tamoxifeno, endométrio linear com 3.5 mm de espessura, sem outras alterações. Foi realizada exérese da lesão polipoide (2,2 x 1,8 x 1,5 cm) no bloco operatório de ambulatório. À microscopia a lesão apresentava células fusiformes inseridas num estroma fibromixoide e, ao estudo imuno-histoquímico, positividade para CD34, desmina, RE e RP: achados compatíveis com angiomixoma da vagina, com margens positivas. Foi proposta realização de

histerectomia total, exérese de manga vaginal e anexectomia bilateral, após realização de ressonância magnética (RMN) que não revelou invasão vaginal em profundidade. A cirurgia decorreu sem intercorrências e não foi observada lesão residual na peça operatória. Após 3 anos de seguimento, a doente mantém-se sem sinais de recidiva da doença. A classificação histológica em angiomixoma agressivo ou angiomiofibroblastoma determina o tratamento cirúrgico com maiores ou menores margens, existindo, no entanto, um risco considerável de recorrência após exérese de ambos os tipos de neoplasia. O tamoxifeno tem potencial oncogénico no trato genital feminino, apresentando um efeito agonista e antagonista dos estrogénios no epitélio vaginal, não estando clara a relação entre a sua toma e o aparecimento de neoplasias vaginais. Está recomendado um período de seguimento longo, tanto clínico como imagiológico, preferencialmente através de ressonância magnética.

PD 64

HISTEROSCOPIA NO TRATAMENTO DO SÍNDROME DE ASHERMAN: TÉCNICA DE “MYOMETRIAL SCORING” – CASO CLÍNICO

Inês Gouveia¹; Andrea Quintas¹; Marta Osório²; Eduarda Felgueira²

¹Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE; ²Unidade de Procriação Medicamente Assistida do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE

Introdução: O Síndrome de Asherman (SA) é uma causa comum de amenorreia secundária, frequentemente com infertilidade associada, devido à presença de sinéquias uterinas (SU). Estas podem surgir em resposta a uma intervenção sobre o útero, no contexto de curetagem, infeção ou cirurgia intrauterina. O tratamento tem como objetivo restabelecer a patência morfológica e funcional da cavidade uterina e evitar a recorrência das SU.

Objetivos: Análise retrospectiva de imagens e processo clínico de um caso de síndrome de Asherman, associado a infertilidade, tratado por histeroscopia.

Material e métodos: Consulta do processo clínico incluído na base de dados hospitalar. Revisão da literatura.

Resultados: Mulher de 38 anos, G1 P0, enviada para a consulta de fertilidade por infertilidade secundária de 1,5 anos. Antecedentes de depressão medicada e gravidez não evolutiva com necessidade de esvaziamento uterino instrumental, complicado com hemorragia uterina anómala, com necessidade de colocação de sonda de Foley intracavitária para controlo da mesma. Quadro de hipomenorrea/amenorrea desde essa altura.

De acordo com a clínica e achados ecográficos, colocou-se a hipótese de Síndrome de Asherman, confirmado em histeroscopia com a presença de sinequias firmes, múltiplas e obliteração total da cavidade uterina. Foi submetida a metroplastia histeroscópica, realizada em 3 tempos.

Nos primeiros 2 tempos, a histeroscopia cirúrgica foi realizada com recurso a tesoura histeroscópica, resultando em melhoria parcial do quadro clínico (mantendo-se cavidade tubular, endométrio fino e hipomenorrea).

A terceira histeroscopia foi realizada com recurso à técnica *myometrial scoring*: foram efetuadas incisões longitudinais (6 a 8) com 4 mm de espessura, desde o fundo uterino até ao istmo, com recurso a elétrodo de energia bipolar (sistema versapoint). A cirurgia foi complementada com controlo ecográfico antes e após o procedimento.

Um mês após a cirurgia, ocorreu restabelecimento do fluxo menstrual. A histeroscopia diagnóstica revelou cavidade uterina ampla, endométrio proliferativo, sem sinéquias. Oito meses após o último procedimento, ocorreu gravidez espontânea. Atualmente, a doente

tem 30 semanas de gestação, que decorre sem intercorrências.

Conclusões: As sinéquias uterinas impedem a proliferação da camada basal do endométrio e consequentemente o normal desenvolvimento de endométrio secretor. A criação de pontos de exposição da camada basal numa cavidade fibrótica permite o desenvolvimento de áreas de endométrio são, além da ampliação da cavidade uterina, permitindo assim o retorno dos catamênios e, consequentemente, a possibilidade de nova gravidez.

PD 65

GRAVIDEZ ECTÓPICA INTERSTICIAL APÓS SALPINGECTOMIA IPSILATERAL: UM CASO CLÍNICO

Raposo, J.¹; Lima, A.¹; Sampaio, L.¹; Condeço, P.²

¹Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada;

²Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A gravidez ectópica afeta 2% do total de gestações, e destas, apenas 2% são intersticiais. A gravidez ectópica intersticial(-GEI) define-se pela implantação anómala do blastocisto no trajeto intramural da trompa. A clínica caracteriza-se essencialmente por dor abdominal e hemorragia vaginal no primeiro trimestre. O seu principal fator de risco é a salpingectomia prévia, antecedente presente em 25% dos casos, sendo a principal complicação a rotura, que está na origem de uma hemorragia grave e que se associa a uma taxa de mortalidade materna de 2,5 %.

Material e métodos: Descrição de um caso clínico do Hospital Beatriz Ângelo.

Descrição do caso: Grávida de 30 anos, gesta 7, para 1 com uma cesariana anterior às 35 semanas de gestação por descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI), 2 interrupções voluntárias da gravidez (IVG), 3 abortos espontâneos (AE) e 1 gravidez ectópica (GE) à esquerda e antecedentes cirúrgicos de salpingectomia e quistectomia esquerdas.

Recorre ao serviço de Urgência (SU) por perda hemática vaginal. Ecograficamente apresentava útero vazio com massa anexial direita sugestiva de GE, HCG 6320, fez metotrexato (MTX) em dose dupla. Em D3 foi confirmado diagnóstico ecograficamente de GEI esquerda com saco gestacional (SG) sem vesícula vitelina ou embrião observáveis, com 30 x 26 mm, sem continuidade entre a cavidade e o trofoblasto, com abaulamento do contorno externo do útero ao nível cornual. Em D4 regressa ao SU por quadro de dor abdominal com defesa à palpação e perda hemática vaginal moderada/abundante, analiticamente não apresentava alterações de relevo, BHCG de 5388 e melhoria clínica após analgesia com paracetamol. Em D7, repetiu BHCG que reduziu para 4284, em D14 para 1785, em D21 para 796 e em D28 para 283, registando-se um padrão de descida de 35%.

Resultados e conclusões: A GEI é rara e o atraso diagnóstico resulta numa elevada morbimortalidade materna. No entanto, o diagnóstico precoce e o tratamento imediato, podem prevenir complicações como hemorragia maciça e ruptura uterina. O tratamento médico é considerado de primeira linha, mas a abordagem cirúrgica poderá ser essencial em condições específicas. O caso apresentado sublinha o papel do tratamento médico associado à vigilância ecográfica no seguimento de uma gravidez ectópica não rota.

PD 67

EVISCERAÇÃO VAGINAL DO APÊNDICE EPIPLÓICO COMO COMPLICAÇÃO TARDIA DA HISTERECTOMIA

Rita Silva; Madalena Tavares; Lucinda Mata; Serafim Batista; Paula Tapadinhas
Serviço de Ginecologia e Obstetria Hospital Vila Franca Xira

Introdução: A histerectomia é a cirurgia ginecológica mais frequentemente realizada, maioritariamente para tratamento de situações

benignas, sendo os leiomiomas uterinos a sua principal indicação. Tem-se, contudo, assistido a um decréscimo na frequência deste procedimento cirúrgico, em provável relação com o advento de modalidades terapêuticas menos invasivas para tratar patologias previamente alvo de histerectomia. A deiscência da cúpula vaginal com evisceração é uma complicação rara da histerectomia (< 1 %) e o intestino é o órgão mais frequentemente eviscerado; seguido do epíploon, a trompa e o apêndice epiploico. Esta complicação constitui uma emergência cirúrgica devendo a sua reparação ser imediata.

Objetivos: Descrição de um caso clínico.

Material e métodos: Descrevemos um caso de uma doente de 47 anos, grande múltipara (Índice obstétrico 4014, quatro partos eutócicos anteriores), com hábitos tabágicos activos e antecedentes pessoais de hipertensão arterial crónica e doença Darier. De cirurgias anteriores tinha sido submetida a uma histerectomia total abdominal com conservação de anexos por patologia miomatosa em 2012. A cirurgia e o pós-operatório decorreram sem intercorrências e a doente teve alta da consulta cerca de oito meses após a cirurgia para o médico assistente. Em 2019 recorreu ao serviço de urgência com queixas de uma massa sólida a aflorar a vulva com um mês de evolução de aparecimento espontâneo. A doente negava prática de relações sexuais ou outro tipo de traumatismo associado. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável tendo-se constatado a presença de uma massa polipóide friável com cerca de 7 cm que se exteriorizava pela cúpula vaginal discente numa extensão de cerca de 2 cm. Discutido o caso e realizada observação conjunta com a Cirurgia Geral foi sido colocada a hipótese de evisceração vaginal do epíplon/apêndice epiploico. A doente foi submetida à ressecção da massa eviscerada após laqueação da mesma, por via vaginal, com posterior encerramento da cúpula com sutura contínua. O pós-operatório decorreu sem intercorrências tendo a

doente tido alta ao 2º dia após regularização do trânsito intestinal. Às 6 semanas pós-operatório, apresentava a cúpula cicatrizada, fixa e sem deiscência. A histologia revelou “fragmento irregular de 7 x 7 x 2.1 cm com áreas de aspecto violáceo e solução de continuidade com 2.6 cm com o diagnóstico de tecido fibroadiposo com edema, congestão vascular, hemorragia e peritonite fibrogranulocitária compatível com o apêndice epiploico”.

Conclusão: A abordagem das doentes com este tipo de complicações deve incluir a estabilização hemodinâmica, preservação do tecido eviscerado, quando viável, administração de antibióticos de largo espectro e a reparação cirúrgica imediata. Destacamos, neste caso, a importância de uma equipa multidisciplinar na reparação cirúrgica, com uma evolução clínica favorável da doente perante uma complicação tardia de uma das principais técnicas cirúrgicas realizadas.

PD 68

CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO OVÁRIO DO TIPO HIPERCALCÉMICO : UMA RARIDADE DIAGNÓSTICA

Mariana Dória¹; Marília Freixo²; Alfredo Gouveia³; Almerinda Petiz³

¹Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano;

²Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; ³Serviço de Ginecologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPO), Porto

Introdução: O carcinoma de pequenas células do ovário do tipo hipercalcémico é uma neoplasia rara e agressiva, representando apenas 0,01% de todas as neoplasias malignas do ovário. Associa-se a mutação do gene SMARCA4 (> 95% dos casos) e afeta maioritariamente adolescentes e mulheres jovens. Está preconizada a realização de cirurgia radical e quimioterapia adjuvante.

Apresenta um prognóstico desfavorável com uma sobrevida estimada a longo prazo de 10-20 %.

Descrição do caso clínico: Descreve-se o caso de uma criança de 10 anos que, no decorrer de um quadro de vômitos, obstipação e dor periumbilical, lhe foi diagnosticada uma tumefação pélvica com 110 x 65 x 118 mm com área quística interna de 52 x 50 x 82 mm, condicionando ureterohidronefrose bilateral. Analiticamente, apresentava hipercalcemia grave e hipofosfatemia. Face aos achados, decidida laparotomia exploradora, colheita de lavado peritoneal, salpingo-ooforectomia esquerda e biópsias de epiplon e peritônio. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de um carcinoma de pequenas células do ovário de tipo hipercalcémico limitado ao ovário, sem evidência de invasão linfovascular. Exame citológico do líquido ascítico e restantes peças de biópsia sem evidência de doença, configurando um estadiamento da FIGO IC1/2. O estudo genético documentou a presença da mutação SMARCA4, suportando o diagnóstico proposto. Doente apresentada em reunião de grupo multidisciplinar e decidida, face aos procedimentos prévios já realizados e respetiva ponderação de riscos-benefícios, a realização de quimioterapia adjuvante. Adicionalmente, realizou radioterapia da região pélvica e dos gânglios lomboaórticos.

Sem evidência de recidiva da doença em tomografia de positrões (PET) ou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica (TC-TAP) de reavaliação. A primeira análise do estudo genético da mutação SMARCA4 na linhagem germinativa foi negativa.

Conclusão: Este caso clínico configura uma situação rara e de difícil orientação clínica, envolvendo uma complexa ponderação dos riscos - benefícios de preservação da fertilidade/indução de menopausa iatrogénica aos 10 anos com a gestão de um tumor de alto grau associado a um prognóstico muito desfavorável.

PD 69

PD 71

QUISTECTOMIA POR TERATOMA EM OVÁRIO REstante: DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE TUMOR CARCINÓIDE DO OVÁRIO

Inês Marques Pereira; Alexandra Coelho;
Ana Gonçalves Andrade e Filomena Sousa
Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Introdução: Tumores carcinóides do ovário são raros, correspondendo a 0.1% de todos os tumores do ovário e sendo mais frequentemente diagnosticados na perimenopausa. Apresentamos o caso clínico de uma mulher em idade fértil com o diagnóstico incidental de tumor carcinóide do ovário.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, saudável, com antecedentes de ooforectomia direita por teratoma. A tentar engravidar há cerca de 3 meses. Nega sintomatologia exceto dismenorria primária e dispareunia profunda. Referenciada a consulta por massa pélvica sugestiva de teratoma do ovário, detetada na avaliação pré-concepcional. Citologia e exames laboratoriais complementares sem alterações. CA 125 normal (14,0 U/ML). A ecografia pélvica revelava uma massa retrouterina, medindo 91 x 50 x 44 mm, ecogenicidade mista, doppler color score 1, sugestiva de teratoma do ovário esquerdo. Foi submetida a quistectomia laparoscópica, com preservação do parênquima ovárico restante. Não houve rotura intra-operatória do quisto e o mesmo foi removido em saco. Prova de cromotubação positiva bilateralmente. O diagnóstico histológico revelou teratoma quístico benigno, maduro, trigeminal, com foco de tecido tiroideu adjacente ao qual se observa um esboço nodular com cerca de 6 mm de maior eixo, correspondente a tumor carcinóide. Estudo imunocitoquímico positivo para sinaptofisina, cromogranina e Ki67 com índice proliferativo inferior a 0,5 %. Pelo desejo de preservação

da fertilidade e após informação sobre os riscos inerentes, optou por vigilância clínica, analítica e ecográfica, sem achados de novo. Engravidou espontaneamente cerca de 1 ano depois, estando atualmente grávida de 27 semanas.

Conclusão: O tumor carcinóide do ovário é uma entidade rara, tratando-se geralmente de tumores bem diferenciados e de crescimento lento. Contudo, dado o seu potencial de malignização, o tratamento é cirúrgico e consiste na ooforectomia. No entanto, o tipo de intervenção depende do desejo de preservação de fertilidade. Uma vigilância apertada e exclusão de origem secundária são essenciais.

PD 72

PÓLIPOS DO ENDOMÉTRIO – UM DESAFIO PARA O GINECOLOGISTA

Ariana Bárbara; Lília Frada; Rita Palmar Ribeiro;
Miguel Costa; Isabel Campião; Fernando Fernandes
Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: O diagnóstico de pólipos do endométrio é frequente, constituindo uma preocupação para ginecologistas e para as doentes.

A histeroscopia tem vindo a ser cada vez mais popularizada, contribuindo deste modo para o aumento do número de casos diagnosticados nos últimos anos. A prevalência estimada de pólipos do endométrio é de cerca de 25 a 30% da população, associando-se a um risco de carcinoma do endométrio entre 0 a 4.8%. Por ser um diagnóstico frequente, em que muitas vezes não há presença de sintomas, o tratamento de pólipos não é consensual, alternando entre conduta expectante, tratamento clínico ou remoção cirúrgica.

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar o potencial maligno dos pólipos do endométrio, através da análise dos casos de polipectomia por histeroscopia no nosso serviço num período de 11 anos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos

processos clínicos das doentes submetidas a polipectomia através de histeroscopia, no Hospital Espírito Santo de Évora, no período compreendido entre janeiro de 2008 a dezembro de 2019.

Resultados: Durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2019, 1676 mulheres foram submetidas a polipectomia por histeroscopia. O resultado histológico das peças extraídas foi positivo para malignidade em 2.3% dos casos e revelou hiperplasia atípica em 0.9%.

Conclusão: Considerando que o diagnóstico frequente de pólipos do endométrio se associa a uma taxa de malignidade baixa (2.3%), defende-se o uso de tratamento individualizado, atendendo a factores como a presença de sintomas, a idade, antecedentes pessoais e familiares, tendo também em conta o desejo e consentimento da doente.

PD 74

ABCESSO DA GLÂNDULA DE SKENE NUMA ADOLESCENTE DE 14 ANOS

Jorge Vasconcelos; Joana Raposo;
Ana Furtado Lima; Carlos Ponte
Hospital do Divino Espírito Santo

Introdução: As glândulas de Skene estão localizadas no terço distal da uretra feminina, podendo ser um foco de patologia como quistos ou abscessos.

Objetivos: Neste trabalho descrevemos um caso de um abscesso de uma glândula de Skene numa doente com 14 anos e a abordagem à mesma, assim como uma revisão da literatura sobre esta patologia.

Material e métodos: Uso, com o consentimento da própria, dos dados de um caso clínico que passou no serviço de Ginecologia do Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada.

Resultados e conclusão: Apesar se haver pouca informação sobre a melhor abordagem a esta patologia, a opção por medidas mais

conservadoras inicialmente com utilização de ciclos de antibióticos parece consensual. As abordagens cirúrgicas serão então uma segunda linha, não havendo de momento nenhuma técnica que mostre uma clara vantagem sobre a outra. O risco de complicações associadas a estas técnicas parece ser também ser residual. Neste caso as várias recorrências da lesão justificaram a abordagem cirúrgica, que decorreu sem complicações e da qual não resultou nenhuma recorrência durante o curto *follow-up*. Assim, apesar da patologia das glândulas de Skene não ser frequente, deve ser sempre considerada na abordagem a uma tumefação vulvar. O tratamento com antibióticos é uma abordagem inicial adequada a um abscesso destas glândulas, mas em caso de recidiva, a abordagem cirúrgica deve ser considerada.

PD 75

MAIS DO QUE DISMENORREIA – A PROPÓSITO DE UM CASO DE ENDOMETRIOSE VULVAR ESPONTÂNEA NA ADOLESCÊNCIA

Natacha Sousa¹; Paula Serrano¹;
Ana Margarida Cerqueira¹; Cátia Correia¹;
Cristina Nogueira-Silva^{1,2,3}; Isabel Reis¹

¹Hospital de Braga; Braga, Portugal; ²Life and Health and Science Research Institute, Minho University; Braga, Portugal; ³School of Medicine, Minho University; Braga, Portugal

Introdução: A endometriose caracteriza-se pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. O envolvimento vulvar associa-se geralmente a trauma perineal, mas o aparecimento espontâneo é muito raro, sobretudo na adolescência.

Objetivos e métodos: Descrição de um caso clínico de endometriose vulvar espontânea numa adolescente

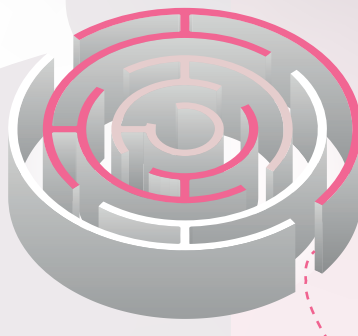
Descrição do caso: Paciente de 15 anos de idade, previamente saudável, recorreu ao Serviço de Urgência de Ginecologia por quadro de

dor pélvica e perineal associada ao aparecimento lesões vulvares, de carácter cíclico mensal e com resolução espontânea ao final de uma semana, desde há cerca de um ano. Teve menarca aos 12 anos, com ciclos menstruais regulares e dismenorreia intensa. Negava coitarca, história de traumatismo perineal, queixas urinárias ou gastrointestinais. No exame ginecológico, durante o cataménio, constatou-se a presença de múltiplas pápulas vinosas infracentimétricas ao longo da face medial do pequeno lábio esquerdo, dolorosas ao toque. A biópsia de uma das lesões revelou características histológicas compatíveis com tecido endometrial ectópico. A ecografia abdominopélvica revelou uma duplicação renal à esquerda, mas sem alterações do útero e anexos. Foi instituída terapêutica com estroprogestativo contínuo e na reavaliação aos 6 meses a paciente referiu controlo sintomático da dor, sem reaparecimento das lesões vulvares.

Conclusões: A endometriose extrapélvica é rara e pensa-se estar subdiagnosticada. Desta forma, é essencial a investigação minuciosa de uma mulher com um quadro de dor cíclica coincidente com o cataménio, independentemente da sua localização, de forma a prevenirmos a progressão desta complexa doença assim como as suas complicações futuras.

GINECOLOGIA

Desafios para a Especialidade



ORGANIZAÇÃO



PATROCÍNIOS

Major Sponsors



Sponsors



SECRETARIADO



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16C Sala 3 1000-027 Lisboa

T: +351 21 842 97 10

E: paula.cordeiro@admedic.pt | elsa.sousa@admedic.pt

W: www.admedic.pt