

WEBINAR  
SECÇÃO PORTUGUESA DE

# Endoscopia Ginecológica

ENDOSCOPIA: o Futuro é Hoje



Sábado | 18 de setembro 2021

- 15:00h **Abertura**  
Luís Vicente
- 15:00-15:20h **Optimizando a laparoscopia hoje**  
Moderador: Hugo Gaspar  
Palestrante: Hélder Ferreira
- 15:20-15:30h **Discussão**
- 15:30-15:50h **Robótica e endometriose profunda**  
Moderador: Luís Vicente  
Palestrante: Plúvio Coronado
- 15:50-16:00h **Discussão**
- 16:00-16:20h **Histeroscopia: Novas tecnologias – Novos Limites**  
Moderador: Hugo Gaspar  
Palestrante: João Maires
- 16:20-16:30h **Discussão**
- 16:30-17:00h **Comunicações Orais**  
Moderadores: Luís Vicente e Cláudia Andrade
- 17:00h **Encerramento**

## Intervenientes / Faculty

- Cláudia Andrade, *Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*
- Hélder Ferreira, *Centro Materno-Infantil do Norte (Centro Hospitalar Universitário do Porto)*
- Hugo Gaspar, *Hospital Dr. Nelio Mendonça, Funchal*
- João Maires, *Direcção de Saúde da Força Aérea Portuguesa*
- Luís Ferreira Vicente, *Presidente da Secção de Endoscopia da Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPEG) – Hospital Lusíadas Lisboa*
- Plúvio Coronado, *San Carlos Clinical Hospital, Madrid*

## Organização



## Sponsors



## Secretariado



paula.cordeiro@admedic.pt  
elsa.sousa@admedic.pt  
[www.admedic.pt](http://www.admedic.pt)

WEBINAR  
SECÇÃO PORTUGUESA DE

# Endoscopia Ginecológica

ENDOSCOPIA: o Futuro é Hoje

Resumos de Comunicações Orais

CO 01

## RESSECÇÃO INTESTINAL LAPAROSCÓPICA NA ENDOMETRIOSE PROFUNDA – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Filipa Sousa<sup>1</sup>; Margarida Cal<sup>2</sup>; Madalena Tavares<sup>3</sup>;  
João Lopes<sup>4</sup>; João Alves<sup>4</sup>; Sónia Barata<sup>4</sup>;  
António Setúbal<sup>4</sup>; César Resende<sup>5</sup>; Filipa Osório<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e  
Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Ginecologia,  
Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>3</sup>Serviço de  
Ginecologia/Obstetrícia, Hospital Vila Franca de Xira;  
<sup>4</sup>Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Hospital da Luz,  
Lisboa; <sup>5</sup>Serviço de Cirurgia Geral, Hospital da Luz,  
Lisboa

**Introdução:** As lesões de endometriose profunda que invadem o espaço retovaginal (RV) e/ou o intestino podem causar dor e disfunção intestinal. A terapêutica cirúrgica pode providenciar alívio sintomático a longo prazo, com aumento da qualidade de vida.

**Objetivos:** Análise descritiva dos casos de endometriose profunda com ressecção intestinal por laparoscopia: caracterização demográfica e clínica, tipos e resultados.

**Material e métodos:** Recolha retrospectiva de dados das doentes submetidas a cirurgia (2011-2021), num centro de referência de laparoscopia, por uma equipa especializada em endometriose.

**Resultados e conclusões:** Setenta e três mulheres enquadram-se na amostra, com média de idade de  $36,2 \pm 5,0$  [24-53] anos. 64,4% (47) tinham antecedentes de infertilidade e 35,6% (26) tinham cirurgia prévia por endometriose. Tratamento hormonal (TH) prévio foi utilizado por 72,6% (53), sintomas de diarreia catamenial foram referidos por 12,3% (9), obstipação 8,2% (6), distensão abdominal 2,7% (2) e retorragias cíclicas 17,8% (13). A localização da lesão intestinal foi: 5,5% (4) RV < 5 cm da margem anal, 79,5% (58) RV > 5 cm da margem anal; 12,3% (9) proximal ao cólon sigmóide; os dois últimos em 2,7% (2). Não houve nenhum caso de obstrução intestinal mas em 32,9% (24) foi detetada estenose. Contribuíram para a opção cirúrgica a falha da TH em 71,2% (52), contra-indicação em 1,4% (1), preferência por evitar TH em 2,7% (2) e infertilidade em 49,3% (36). Os tipos de ressecção foram 19,2% (14) discóide, 49,3% (36) segmentar, 30,1% (22) anterior do reto e segmentar + anterior do reto 1,4% (1), das quais 8,2% (6) foram ultra-baixas. Ileostomia/colostomia temporária de derivação foi realizada em 11,0% (8). A média de internamento foi  $5,0 \pm 3,9$  [2-30] dias. Como complicações pós-operatórias precoces: 4,1% (3)



deiscência da anastomose, 4,1% (3) fístula retovaginal, 2,7% (2) obstrução intestinal, 2,7% (2) abscesso pélvico, 4,1% (3) retenção urinária, 1,4% (1) hematoma para-retal, 1,4% (1) fascite necrotizante com morte. Em Agosto 2021, 86,1% (62) não referiam sintomas gastro-intestinais e 13,9% (10) referiam melhoria significativa dos mesmos. Após a cirurgia, 18,1% (13) doentes engravidaram, das quais 5 espontaneamente. A abordagem cirúrgica endoscópica multidisciplinar é fundamental para a melhoria da qualidade de vida das doentes com endometriose profunda e envolvimento intestinal. A literatura reporta uma taxa de 70-90% de doentes com alívio substancial das queixas de dor a curto prazo no pos-operatório destas cirurgias.

## CO 02

### ENDOMETRIOMAS UTERINO – UM CASO RARO DIAGNOSTICADO POR LAPAROSCOPIA

Inês Tlemçani; Margarida Cal; Rita Silva;  
Catarina Carvalho; Catarina Castro;  
Ana Luísa Ribeirinho  
*CHULN - Hospital de Santa Maria*

**Introdução:** Quando se discute endometriose, a ecografia endocavitária com sonda endovaginal é frequentemente o primeiro método de imagem a ser utilizado e é habitualmente assim que são identificados primariamente os endometriomas. Outros métodos podem ser utilizados, tal como a RMN pélvica, que demonstrou apresentar uma maior sensibilidade para o diagnóstico de massas pélvicas de endometriose. Os métodos de imagem são úteis para o estabelecimento de um diagnóstico pré-operatório, bem como para o planeamento e abordagem cirúrgicos, no entanto a laparoscopia continua a ser o *gold-standart* para o diagnóstico desta patologia.

**Objetivos:** Apresentar um caso clínico de um quisto do corpo uterino, em cujos exames complementares de diagnóstico apontavam

para uma massa anexial. Discutir o diagnóstico diferencial de massas quísticas uterinas.

**Metodologia:** Consulta do processo clínico da doente

**Resultados e conclusões:** Mulher de 49 anos, *status* pós-menopausa desde os 48 anos, G2P2, com antecedentes cirúrgicos de salpingectomia direita por laparoscopia em 2003 (infertilidade) e laqueação tubária esquerda em 2004. Enviada pelo médico assistente à consulta de Ginecologia Cirúrgica por quadro de dor nos quadrantes inferiores do abdómen com vários meses de evolução.

Trazia consigo, os seguintes meios complementares de diagnóstico: Ecografia Ginecológica (Dezembro/2020): Na área anexial direita, observava-se formação anecogénica com 6,7 x 6,1cm, de contornos bem definidos, mas de difícil caracterização, podendo estar em relação com quisto anexial não se podendo excluir quisto para-ovário ou quisto de inclusão peritoneal. RMN pélvica (Janeiro/2021): útero em anteversão, sem espessamento endometrial. Em topografia pélvica mediana, ligeiramente lateralizada à direita, observa-se imagem ovalar com 68 x 62 cm sem septos ou vegetações, compatível com cistadenoma.

Ao exame ginecológico, destaca-se a presença de uma massa na área anexial direita com cerca de 5 cm, móvel, ligeiramente dolorosa à mobilização. Sem outras alterações à observação

A doente foi proposta para realização de uma anexectomia bilateral laparoscópica.

Durante a laparoscopia diagnóstica, observou-se útero de dimensões normais, com uma massa com cerca de 7 cm de diâmetro, com ponto de partida no fundo uterino, com conteúdo líquido claro e paredes espessas e irregulares. Na parede posterior do útero, junto aos ligamentos útero-sagrados, observaram-se ainda lesões vesiculares nacaradas.

Os ovários e a trompa esquerda não apresentavam alterações macroscópicas. Existiam aderências entre o reto e a parede posterior da vagina com obliteração parcial do compartimento posterior.

O estudo citológico do líquido intraquístico revelou sangue, macrófagos e células epiteliais sem atipia. O resultado anátomo-patológico do fragmento da parede da massa quística uterina revelou fragmentos de parede de quisto, fibrosa, em parte revestida por epitélio colunar com estroma endometrial subjacente (CD10+) – Quisto endometrial.

Este caso, reforça a importância da laparoscopia como método diagnóstico final na apreciação de massas pélvicas, nomeadamente para lesões de endometriose. (fotografias + vídeo da cirurgia)

### CO 03

#### **POLIPECTOMIA POR HISTEROSCOPIA NUM CENTRO TERCIÁRIO – AVALIAÇÃO DA SUA RECORRÊNCIA EM 5 ANOS**

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

**Introdução:** A presença de pólipo endometrial é um diagnóstico ginecológico frequente, podendo estar associada a queixas de hemorragia uterina anómala, metrorragia da menopausa e infertilidade. A taxa de recorrência após polipectomia varia na literatura entre 2,5% e 43,6% e os factores associados à sua recorrência encontram-se pouco estudados.

**Objetivos:** Avaliar a taxa de recorrência de pólipos endometriais e respectivos factores de risco.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, com análise do processo das doentes com o diagnóstico histeroscópico de pólipo endometrial em 2016 e submetidas a polipectomia no Centro Hospitalar e Universitário de São João, avaliando

a recorrência de pólipo endometrial até julho de 2021. Foram excluídas as doentes submetidas a histerectomia e os casos em que o exame anatomo-patológico não identificou pólipo endometrial. Na análise estatística realizou-se comparação de variáveis categóricas com teste qui-quadrado e de variáveis contínuas com teste t de *Student* e *Mann-Whitney*. **Resultados:** Foram incluídas no estudo 182 mulheres submetidas a polipectomia. A média de idades foi de  $56,3 \pm 12,1$  anos, estando 63,6% das mulheres na menopausa. Quanto à paridade, 17,1% das doentes eram nulíparas e 59,7% tinham tido pelo menos um parto vaginal. Em 54,9% dos casos, a doente encontrava-se assintomática com a suspeita ecográfica de pólipo. A polipectomia foi realizada por secção mecânica com tesoura em 59,3% vs. 40,7% com electrocirurgia e em 37,4% no bloco operatório. Foram registados 20 casos de recorrência de pólipos endometriais (11%), 8 deles na mesma localização dentro da cavidade onde se tinha realizado polipectomia prévia. O tempo de recorrência teve uma mediana de 35 meses. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a recorrência de pólipos endometriais e a idade da mulher, menopausa, paridade, via de parto, terapia hormonal da menopausa, hemorragia uterina anómala, técnica de polipectomia, presença de hiperplasia, número, dimensão e localização dos pólipos na cavidade intra-uterina.

**Conclusões:** A taxa de recorrência de pólipos endometriais após a sua remoção foi de 11% num período de aproximadamente 5 anos. Admite-se um provável viés de selecção e um reduzido tamanho amostral, pelo que o alargamento do período do estudo e um seguimento adequado desta coorte pode ajudar a clarificar quais os factores preditivos de recorrência.

## CO 04

### CERCLAGE CÉRVICO-ÍSTMICA TRANSABDOMINAL POR VIA LAPAROSCÓPICA: CASO CLÍNICO

Adriano Soares; Carla Duarte; Luísa Machado;  
Cláudia Guerra; Pedro Oliveira;  
*Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães*

A cerclage transabdominal na junção cérvico-ístmica parece ser um procedimento seguro e eficaz em casos selecionados de incompetência cervical. É habitualmente reservada para doentes com defeitos no colo uterino que tornam a abordagem vaginal tecnicamente impossível ou com história de pelo menos uma cerclage por esta via sem sucesso. Estudos observacionais reportam melhores resultados da abordagem transabdominal nestas circunstâncias.

Os autores reportam o caso clínico de uma mulher com 35 anos, Gesta 3, Para 0, com história de 2 abortamentos tardios (às 18 e 22 semanas), ambos com o diagnóstico de incompetência cervical, o segundo dos quais após cerclage cervical profilática por via vaginal. Foi submetida a cerclage cérvico-ístmica transabdominal por via laparoscópica às 10 semanas de gravidez. O procedimento decorreu sem intercorrências tendo alta no primeiro dia pós-operatório. Apresenta à data uma gravidez com 17 semanas de evolução sem eventos adversos.

A abordagem laparoscópica é igualmente eficaz e provavelmente superior à laparotómica

pois reduz significativamente a morbilidade associada à intervenção. O procedimento pode ser realizado tanto na pré-conceção como após estabelecimento da viabilidade fetal. Ambas as opções são aceitáveis não havendo consenso quanto à melhor abordagem. **Nota:** Procedimento registado em formato de vídeo.

Organização



Sponsors



Secretariado



paula.cordeiro@admedic.pt  
elsa.sousa@admedic.pt  
[www.admedic.pt](http://www.admedic.pt)