

## Resumos das Comunicações Livres de Medicina da Reprodução – 2ª parte

### COMUNICAÇÃO SELECIONADA PARA APRESENTAÇÃO NA SESSÃO 9

#### (17999) - QUANDO E COMO REALIZAR O TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SEPTO UTERINO?

Ana Sofia Pais<sup>2,3</sup>; José Lourenço Reis<sup>1</sup>; Bruno Nogueira<sup>1</sup>; Pedro Condeço<sup>1</sup>; Carlos Veríssimo<sup>1</sup>

1 - Serviço de Ginecologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal.; 2 - Interna de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

#### Resumo

**Introdução:** O septo uterino é a anomalia uterina mais comum. Contudo a maioria das mulheres são assintomáticas, pelo que é difícil afirmar sua verdadeira prevalência, mas parece ser cerca de 5,5% na população geral, subindo para 8% em mulheres inférteis e 13,5% naquelas com história de aborto recorrente. Os dados existentes na literatura sobre as indicações para o tratamento do útero septado, bem como a abordagem cirúrgica específica a ser utilizada são limitados.

**Objectivos:** O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre as indicações e técnicas de tratamento cirúrgico do septo uterino.

**Metodologia:** Descrição de um caso clínico e revisão da literatura. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica recorrendo à base de dados PubMed utilizando as palavras chave: “uterine septum”; “hysteroscopy”; “infertility”; “metroplasty”.

**Resultados e Conclusões:** É razoável considerar a incisão do septo em mulheres com infertilidade, história de aborto espontâneo ou resultados obstétricos adversos, mas nenhuma evidência publicada sólida apoia o tratamento cirúrgico em mulheres assintomáticas. Por outro lado, não há evidências suficientes para recomendar uma abordagem cirúrgica específica, pelo que a decisão terapêutica deve ser partilhada com a doente, explicando os potenciais riscos e benefícios, e o cirurgião deve escolher a técnica de acordo com a sua experiência.

## COMUNICAÇÃO SELECIONADA PARA APRESENTAÇÃO NA SESSÃO 6

### (18049) - AMENORREIAS PRIMÁRIAS - ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Manuel Montezuma Fonseca<sup>1</sup>; Ângela Rodrigues<sup>1</sup>; Tânia Ascensão<sup>1</sup>; Fernanda Gerales<sup>1</sup>; Fernanda Águas<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

#### Resumo

**Introdução:** Amenorreia primária define-se por ausência de menarca aos 13 e dos caracteres sexuais secundários aos 13 anos ou ausência de menarca e caracteres sexuais secundários normais aos 15 anos.

#### Objectivos

Análise descritiva de diversos parâmetros, entre eles clínicos e laboratoriais, das adolescentes com diagnóstico de amenorreia primária.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo das adolescentes seguidas na Consulta de Ginecologia da Infância e da Adolescência do Hospital Pediátrico de Coimbra com primeira consulta entre 1 Janeiro de 2015 e 31 de Dezembro de 2019.

Analisou parâmetros como média de idades, índice de massa corporal (IMC), tipo de menarca, desenvolvimento pubertário, sinais clínicos de hiperandrogenismo, avaliação hormonal e cariótipo. A recolha de dados foi realizada com recurso ao processo clínico. Foi utilizado o programa Microsoft Office Excel para análise dos dados.

#### Resultados e Conclusões

**RESULTADOS:** Entre 1 de Janeiro de 2015 e 31 Dezembro de 2019 obtivemos o diagnóstico de amenorreia primária em 21 adolescentes (1.6%). A média de idades foi de 15.3 anos sendo o IMC médio de 22.5 com 1/3 apresentando excesso de peso e/ou obesidade. Das 21 adolescentes, 71.4% tiveram menarca (19.1% espontânea vs 52.3% induzida) e 28.6% não tiveram menarca. A maioria (85.7%) das adolescentes apresentava um desenvolvimento pubertário adequado e 47.6% apresentava sinais clínicos de hiperandrogenismo. Das 28.6% (6 casos) que não tiveram menarca, em 3 casos tratava-se do Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, em 2 do Síndrome de Insensibilidade aos Androgénios e 1 caso de amenorreia hipotalâmica condicionada por tumor do Sistema Nervoso Central.

**CONCLUSÃO:** O diagnóstico de amenorreia primária é clínico. No entanto, estudos laboratoriais e exames auxiliares de diagnóstico de imagem tornam-se fulcrais para a investigação da causa subjacente, seja ela anatómica, seja ela funcional. O esclarecimento da etiologia revela-se em muitos casos um desafio mas revela-se da maior importância pelas implicações a nível da sexualidade e fertilidade.

**Palavras-chave:** Amenorreias primárias, avaliação hormonal, hiperandrogenismo

## COMUNICAÇÃO SELECIONADA PARA APRESENTAÇÃO NA SESSÃO 11

### (18140) - AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA E FERTILIDADE APÓS CIRURGIA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE RETOVAGINAL: UM ESTUDO RETROSPETIVO

Joana Portela Dias<sup>1</sup>; Mariana Coroado<sup>1</sup>; Alexandre Morgado<sup>1</sup>; Helder Ferreira<sup>1</sup>

1 - Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto

#### Resumo

**Introdução:** A laparoscopia tornou-se o *gold standard* no tratamento cirúrgico da endometriose profunda. O tratamento cirúrgico ótimo é, contudo, um tópico controverso.

**Objectivos:** Avaliar os desfechos pós-operatórios após *shaving* retal e/ou ressecção colorretal para tratamento de endometriose retovaginal, num período de nove anos.

**Metodologia:** Realizou-se um estudo retrospectivo, que incluiu 247 doentes com endometriose profunda. Foram avaliados os desfechos cirúrgicos e de fertilidade. Todas as doentes foram submetidas a cirurgia laparoscópica (202 através de *shaving* retal, 29 por ressecção segmentar colorretal e 16 ressecções discóides) entre janeiro de 2011 e junho de 2020, para tratamento de endometriose retovaginal (> 2 cm), envolvendo, pelo menos, a serosa retal. Os *outcomes* primários foram a dor e fertilidade. Foram ainda considerados como *outcomes* secundários as complicações e recorrência da doença.

**Resultados e Conclusões:** Dismenorreia, dispareunia e disquécia foram os sintomas pré-operatórios mais comuns, identificados em 85.4%, 56.9% e 48.9% das doentes, respetivamente. Todos os procedimentos cirúrgicos foram efetuados por via laparoscópica, sem conversão. Além da vagina e reto, os ligamentos uterossagrados foram a localização mais frequente de endometriose profunda. A mediana do tempo operatório foi de 140 minutos; contudo, este foi mais longo nos casos que exigiram ressecção segmentar intestinal. A taxa de complicações foi de 3.9%. Noventa e dois por cento das doentes referiram alívio significativo dos sintomas após ressecção intestinal e 93% após *shaving*. A taxa de gravidez foi de 64.1% após *shaving* e 63.2% após ressecção intestinal. Oito doentes (3.9%) do grupo submetido a *shaving* e nenhuma do grupo submetido a ressecção foram reoperadas por suspeita de recidiva da doença. O tratamento cirúrgico por via laparoscópica da endometriose profunda é eficaz e seguro. O *shaving* retal, quando possível para nódulos retovaginais que infiltram a serosa intestinal, tem impacto idêntico na dor e fertilidade, quando comparado com a ressecção colorretal, com baixa taxa de complicações.

**Palavras-chave:** Endometriose, Laparoscopia