

Síndrome do Ovário Poliquístico e Infertilidade

Joana Félix¹ e Marta Rodrigues^{1,2}

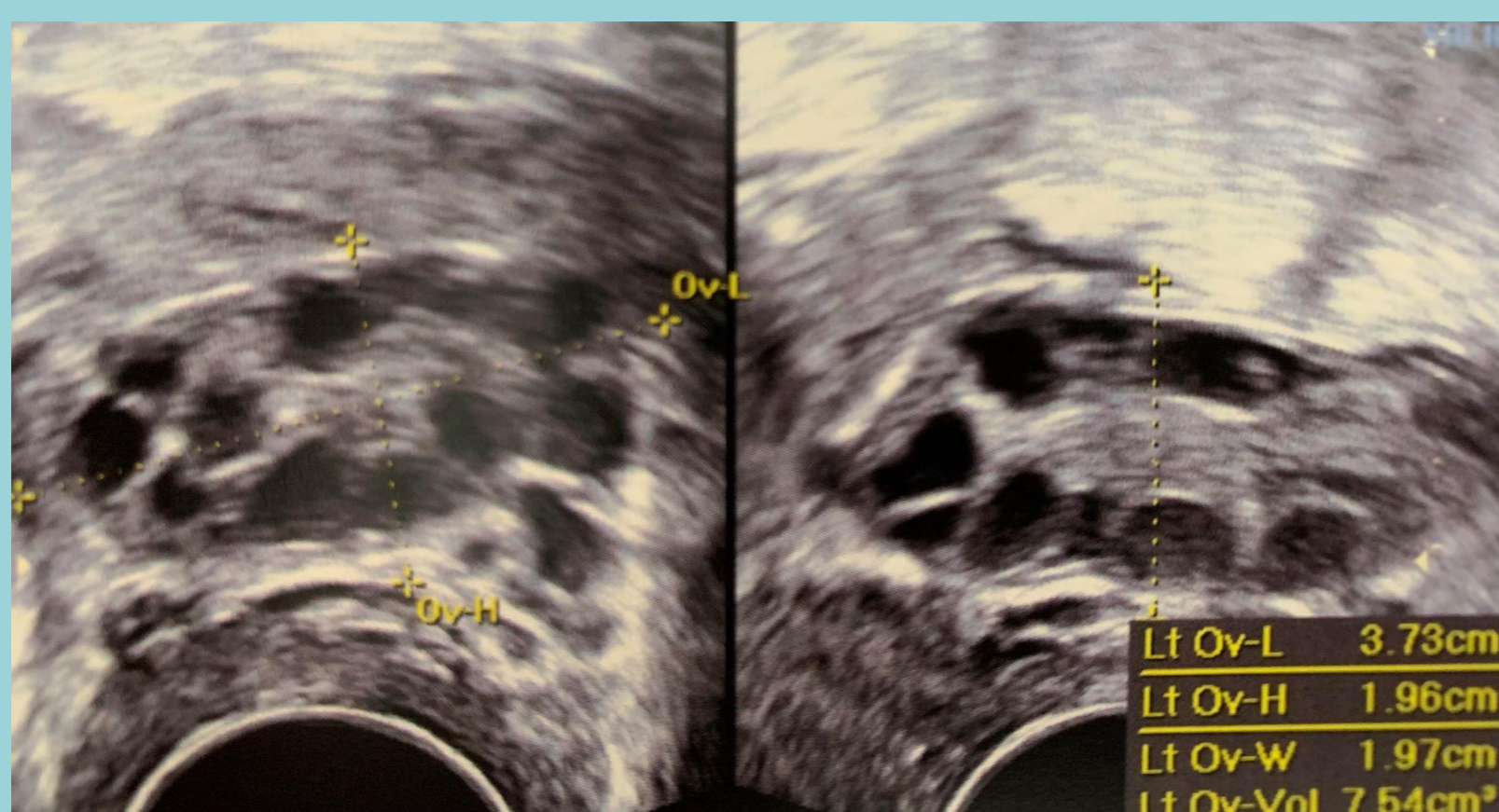
¹Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

²Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital CUF Porto

Infertilidade define-se pela incapacidade de conceber, com relações sexuais regulares e desprotegidas, após 1 ano nas mulheres com < 35 anos ou 6 meses se ≥ 35 anos.

Trata-se de uma patologia frequente, com uma prevalência de 9% em Portugal (segundo o estudo Afrodite) e que apresenta um elevado impacto psicossocial. Na base deste problema estão múltiplas etiologias que podem coexistir, pelo que o estudo detalhado do casal é fundamental.

O síndrome do ovário poliquístico (SOP) é uma endocrinopatia frequente na mulher em idade fértil estando associado a ciclos anovulatórios e redução da fertilidade. O diagnóstico é feito pela presença de ≥ 2 dos seguintes critérios: oligo/anovulação, sinais de hiperandrogenismo e ovários poliquísticos na ecografia.



Caso Clínico

28 anos, nuligesta, recorreu à consulta de ginecologia por infertilidade.

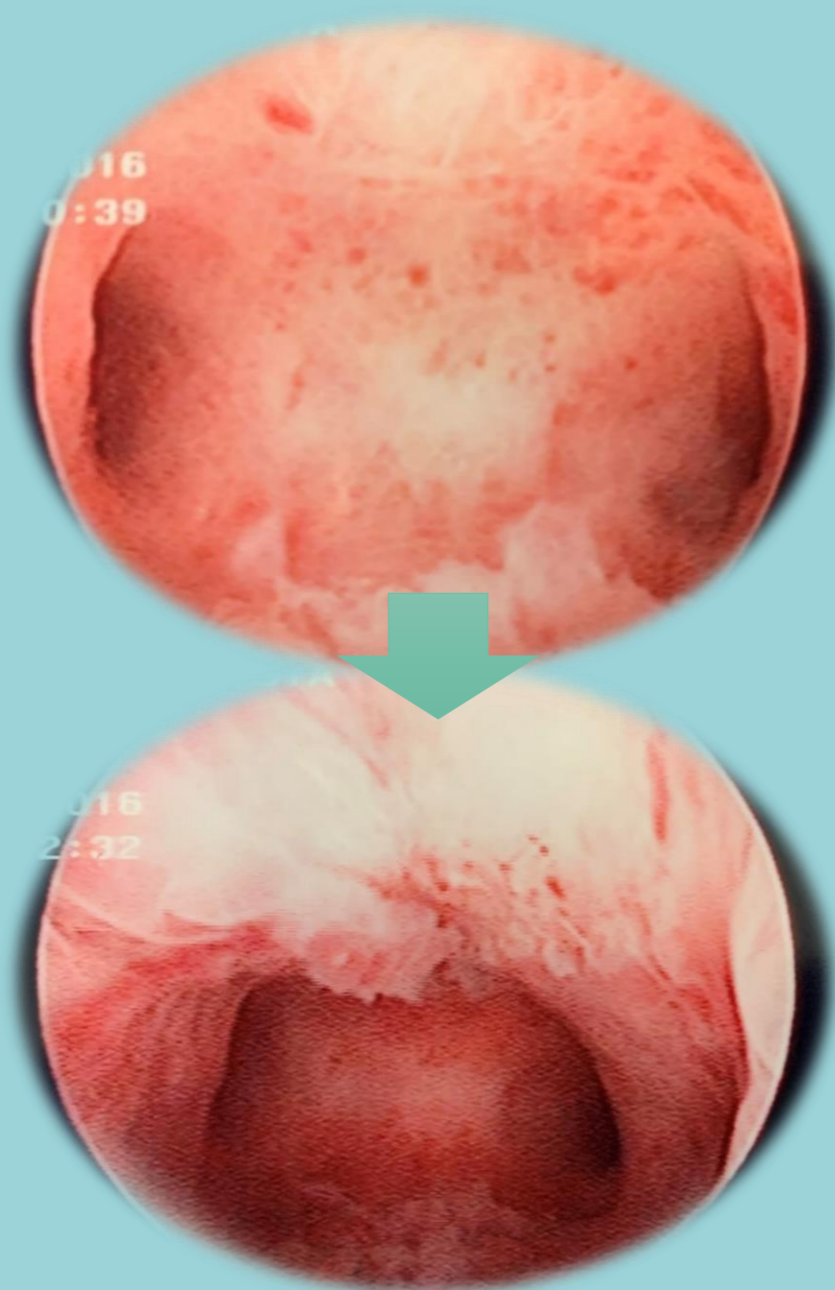
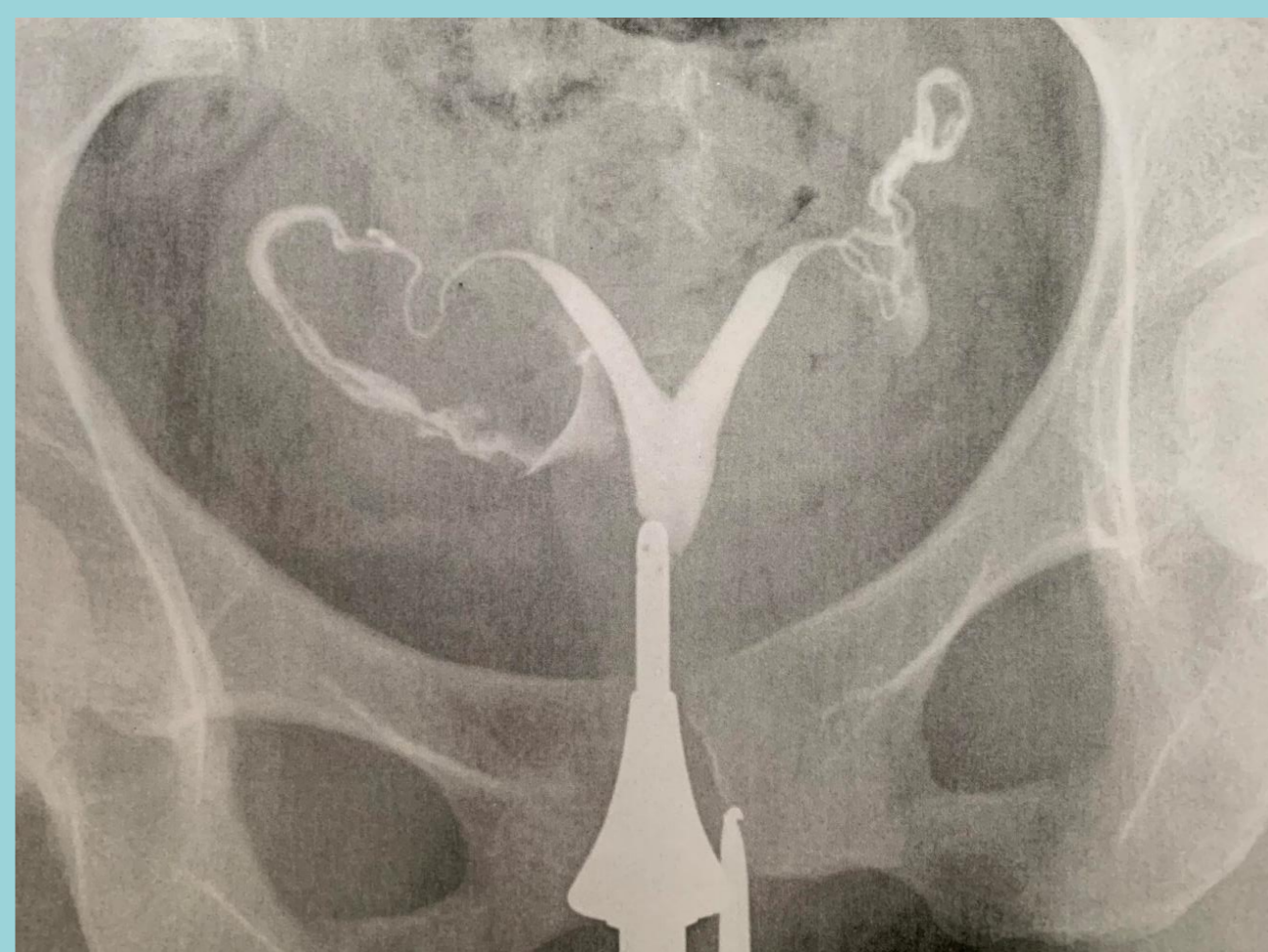
Como antecedentes de relevo apresentava um síndrome do ovário poliquístico com:

- Anovulação crónica
- Sinais de hiperandrogenismo
- Ecografia com ovários poliquísticos

Foi ainda descrita na ecografia a presença de uma malformação uterina (bicórneo/septado).

Estudo completo do casal:

- Cariótipos normais;
- Espermograma normal;
- Estudo hormonal sem alterações;
- Histerossalpingografia revelou trompas permeáveis, mas divisão do útero em duas hemicavidades;
- Realizada RM para estudo da anormalia uterina tendo sido confirmada a presença de septo uterino muscular, ocupando 2/3 da cavidade.



Embora não seja consensual, os septos uterinos podem estar associados a infertilidade e maus desfechos obstétricos, tendo por isso indicação para tratamento cirúrgico nestes contextos.

Por apresentar anovulação crónica, resistente à indução de ovulação com citrato de clomifeno, foi ainda proposta a realização de drilling do ovário. Esta abordagem é utilizada como segunda linha no tratamento da anovulação em contexto de SOP, devendo ser reservada para os casos resistentes ao tratamento médico.

A histeroscopia confirmou a presença de um septo uterino, que atingia o orifício cervical interno e que foi ressecado na sua totalidade, tendo em simultâneo sido realizado o drilling ovárico, sem intercorrências.

A resposta ao tratamento cirúrgico foi insatisfatória, mantendo-se a disfunção ovulatória, pelo que a doente foi encaminhada para Centro de Medicina da Reprodução de referência.

Nesta consulta foi pedida nova histeroscopia que mostrou uma cavidade uterina ampla, sem presença de septo residual; à exceção da anovulação no contexto do SOP, não foi encontrada mais nenhuma causa de infertilidade.

A doente foi submetida a *fertilização in vitro*, bem sucedida logo na primeira tentativa. A gravidez daí resultante decorreu sem intercorrências, tendo o parto ocorrido às 39 semanas (cesariana electiva), com um recém-nascido do sexo masculino e IA 9/10.

Conclusão: O diagnóstico de infertilidade pode estar associado a várias etiologias. O SOP é uma causa frequente de anovulação crónica e diminuição da fertilidade.