



32

ENCONTRO DE CIRURGIA
CIRURGIA GERAL **G A I A**
19 e 20 setembro 2022

HOTEL SOLVERDE

LIVRO DE RESUMOS

APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS**19 DE SETEMBRO DE 2022 – SEGUNDA-FEIRA****8:15 - 10:15****SALAS ROMA 1 e 2 – Apresentação de VÍDEOS** (7 min. apresentação e 3 min. discussão)**SALA ROMA 1 – Vídeos 1**

Presidente: Licínio Soares

Moderadores: Marinho Almeida, Mónica Rocha

DRENAGEM LAPAROSCÓPICA DE ABCESSO HEPÁTICO COM ORIGEM EM CORPO ESTRANHOJoão Pedro Araújo Teixeira

CHUSJ

Os abscessos hepáticos piogénicos surgem, normalmente, como consequência de disseminação hematogénea ou por infeção direta da via biliar. Neste caso clínico, apresentamos um abscesso hepático com provável origem numa perfuração de espinha de peixe desde o estômago até ao fígado, uma causa rara de acordo com a literatura. O caso diz respeito a um homem de 56 anos admitido no SU por febre, tosse e prostração. Analiticamente, com elevação dos parâmetros inflamatórios. É admitido na sala de emergência por choque séptico com disfunção multiorgânica. É realizada uma TAC AP que revela uma coleção líquida, com níveis hidroaéreos, do lobo esquerdo hepático com 9x7,5cm compatível com abscesso. É realizada a drenagem por via laparoscópica em regime de urgência, procedendo-se à remoção do corpo estranho (espinha) e lavagem da loca, sem intercorrências. É admitido posteriormente em UCI tendo tido alta hospitalar ao fim do 20º PO com resolução clínica, analítica e imagiológica. Este é um exemplo em que como a abordagem laparoscópica demonstra ser eficaz e viável no controlo de foco infeccioso, evitando uma abordagem mais invasiva como a laparotomia exploradora, num doente em choque.

Palavras-chave: Abscesso hepático, Abscesso piogénico, Espinha, Laparoscopia

SITUS INVERSUS TOTALIS: UM DESAFIO CIRÚRGICO.

Inês Colaço; Inês Monica; Simone Oliveira; Daniela Pais; Sara Andrade; Carla Cruz; Nuno Azenha; Alice Fonseca; Narcisa Guimarães; Hugo Ribeiro; José Cecílio
Hospital Distrital da Figueira da Foz

INTRODUÇÃO: Situs inversus totalis é um distúrbio autossómico recessivo raro, cuja incidência ronda os 0,01%. É caracterizado pela posição reversa ou espelhada das vísceras em relação à sua topografia habitual. Estas alterações anatómicas condicionam desafios acrescidos aquando da realização de intervenções cirúrgicas, nomeadamente durante a colecistectomia laparoscópica.

MÉTODOS/RESULTADOS: É apresentado um vídeo de uma colecistectomia laparoscópica realizada num doente com situs inversus totalis. Trata-se de um jovem de 37 anos, do sexo masculino, com litíase vesicular documentada em ecografia abdominal e antecedentes de pancreatite aguda. Realizou CPRM que excluiu a presença de coledocolitíase ou dilatação das vias biliares e foi submetido a colecistectomia laparoscópica que decorreu sem intercorrências. Teve alta ao 1º dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: A imagem anatómica espelhada e as dificuldades técnicas, especialmente para cirurgiões destros, são os principais desafios da colecistectomia laparoscópica em doente com situs inversus totalis.

Palavras-chave: Situs inversus totalis

PANCREATECTOMIA DISTAL LAPAROSCÓPICA E ESPLENECTOMIA PELA TÉCNICA CLOCKWISE

Constança Azevedo (1); Paulo Sousa (2); Eduarda Gonçalves (2); Nuno Machado (2); Mariana Costa (2); Carlos Veiga (2); Joaquim Costa Pereira (2)

(1) Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira; (2) Hospital de Braga

Introdução: A pancreatectomia distal laparoscópica e esplenectomia pela técnica clockwise utiliza o posicionamento do paciente e a gravidade para exposição do pâncreas distal sem necessidade de divisão do ligamento gastrocólico e retração mecânica. Outra vantagem é a exposição otimizada do retroperitoneu para garantir uma ressecção oncológica adequada.

Material e Métodos: Apresentamos o caso de uma paciente com 75 anos de idade, com o diagnóstico incidental de tumor do corpo pancreático, submetida a pancreatectomia distal laparoscópica e esplenectomia pela técnica clockwise. O procedimento foi realizado com quatro trocartes e a exposição pancreática foi obtida após libertar o ângulo esplênico e o cólon esquerdo. A mobilização gástrica foi realizada após a laqueação dos vasos curtos e secção do ligamento gastropancreático entre a superfície posterior do estômago e a superfície anterior do pâncreas.

Resultados: A cirurgia decorreu sem intercorrências, o tempo operatório foi de 255 minutos e perda sanguínea estimada de 120 ml. A paciente teve alta hospitalar ao quarto dia de pós-operatório sem complicações.

Conclusões: A abordagem laparoscópica é amplamente utilizada na pancreatectomia distal. Consideramos que a técnica clockwise tem algumas vantagens técnicas sobre a abordagem convencional. Este vídeo aborda os principais passos da pancreatectomia distal laparoscópica e esplenectomia pela técnica clockwise.

Palavras-chave: técnica clockwise, pancreatectomia distal e esplenectomia, laparoscópica

ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA NO TRATAMENTO DA COLEDOCOLITÍASE

Lilian Costa Farias; Tatiana Moreira Marques; Francisco Marrana; Pedro Soares Moreira; Rita Peixoto; Lilite Barbosa; Gil Faria
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A coledocolitíase é responsável por complicações mesmo em doentes já submetidos a colecistectomia.

Material e Métodos: Mulher, 86 anos, colecistectomizada por litíase vesicular, mas sem informação acessível sobre tratamento de qualquer coledocolitíase prévia. Em 2017 apresentou icterícia obstrutiva com presença de cálculo de 30 mm na bifurcação do ducto hepático comum. Submetida a CPRE em 2017, sem ter sido possível a sua remoção, pelo que foi submetida a litotricia intraductal eletrohidráulica, com assumida eficácia por extração de múltiplos fragmentos. Em Maio de 2022, recorreu ao Serviço de Urgência por recidiva de icterícia com evidência, em tomografia computadorizada, de dilatação da via biliar principal com calibre máximo de 4 cm e cálculo de 3 cm no ducto colédoco.

Resultado: Foi submetida a coledocotomia laparoscópica com saída de biliar, lama biliar e remoção de múltiplos e volumosos cálculos, seguida de anastomose coledocoduodenal à transição D1/D2, com boa evolução do pós-operatório. Cumpriu 8 dias de antibioterapia por elevação dos parâmetros inflamatórios e isolamento de E.coli na biliar colhida intraoperatoriamente.

Conclusão: Em doentes com cálculos volumosos do canal colédoco e alterações anatómicas exuberantes a anastomose biliodigestiva pode ser necessária para prevenir complicações não solucionáveis por via endoscópica.

Palavras-chave: Coledocolitíase, Anastomose biliodigestiva

EXCIÇÃO LAPAROSCÓPICA DE QUISTO DO COLÉDOCO TIPO I E RECONSTRUÇÃO COM HEPATICOJEJUNOSTOMIA EM Y-DE-ROUX

Paulo Sousa; Nuno Machado; Mariana Costa; Carlos Veiga; Joaquim Costa Pereira;
Constança Azevedo
Hospital de Braga

Introdução: Os quistos dos ductos biliares são uma entidade rara, que apesar de maioritariamente diagnosticada na infância, é identificada apenas na vida adulta em até 20% dos casos. Estes quistos, principalmente os tipos I e IV da classificação de Todani, estão associados a progressão para malignidade em cerca de 2,5-30% dos casos, pelo que o tratamento cirúrgico com excisão do mesmo é recomendado. A abordagem laparoscópica tem mostrado ser uma alternativa à laparotomia, com as suas já conhecidas vantagens, sem comprometer os resultados cirúrgicos. Material e Métodos Apresentamos o caso de uma mulher de 47 anos, com diagnóstico incidental de um quisto do colédoco tipo I, submetida a excisão da via biliar com reconstrução com hepaticojejunostomia em Y-Roux por via laparoscópica. A cirurgia e o internamento decorreram sem intercorrências, e a doente teve alta ao 3º dia de pós-operatório. Conclusão Os quistos dos ductos biliares são uma entidade rara, mas com risco de progressão para malignidade, pelo que o tratamento cirúrgico está indicado. A abordagem por via laparoscópica é exequível, e este vídeo permite demonstrar os passos fundamentais na excisão do quisto e na reconstrução através de uma hepaticojejunostomia em Y-de-Roux.

Palavras-chave: quisto biliar, Y-roux, laparoscopia

EN BLOC LAPAROSCOPIC HILAR LYMPHADENECTOMY AND LEFT HEPATECTOMY EXTENDED TO THE VENTRAL AREA OF SEGMENT VIII COMBINING INTRAGLISSONIAN AND EXTRAGLISSONIAN APPROACHES

Eduarda Gonçalves (1); Paulo Sousa (1); Constança Azevedo (2); Nuno Machado (1); Mariana Silva Costa (1); Carlos Veiga (1); Joaquim Costa Pereira (1)
(1) Hospital de Braga; (2) Hospital Universitário Cova da Beira

O colangiocarcinoma intrahepático (CIH) é a segunda neoplasia hepática primária mais comum. A ressecção cirúrgica R0 é atualmente o único tratamento curativo e a ressecção anatómica com margens amplas é recomendada. Ressecções hepáticas laparoscópicas podem ser uma opção para pacientes selecionados com estadió T1 ou T2. Apresentamos o caso de uma paciente de 53 anos. Exames de sangue de rotina revelaram um ligeiro aumento na GGT (158U/L) e a ecografia abdominal revelou um nódulo hepático de 53x42mm. A TC e a RM foram compatíveis com CIH do fígado esquerdo, estendendo-se também ao segmento VIII. A doente foi submetida a hepatectomia esquerda laparoscópica estendida à área ventral do segmento VIII. O tempo operatório foi de 448min com uma perda sanguínea estimada de 600ml. A doente recebeu alta no 6º dia pós-operatório. A histologia revelou pT2 G2 N0 (0/4) R0 com invasão linfocelular e perineural. A laparoscopia pode ser uma opção em pacientes que necessitam de hepatectomias maiores para o colangiocarcinoma. A linfadenectomia pode ser removida em bloco com a peça e, uma abordagem intrahepática extraglissoniana posterior pode ser combinada com a abordagem intraglissoniana para ajudar a delinear segmentos específicos a serem removidos em uma hemi-hepatectomia estendida para uma ressecção anatómica otimizada.

Palavras-chave: Hepatectomia esquerda laparoscópica; Abordagem extraglissoniana e intraglissoniana; Linfadenectomia hilar em bloco laparoscópica

FLUORESCÊNCIA COM ICG NA COLECTOMIA DIREITA E COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICAS – REALIDADE AUMENTADA

Hugo Louro; Carlos Eduardo Costa Almeida; Jaime Vilaça
Hospital Luz Arrábida

Introdução: A deiscência anastomótica, a lesão duodenal e a lesão ureteral são algumas das possíveis complicações da colectomia direita. A lesão da via biliar é a mais temida complicação da colecistectomia. Novas tecnologias com realidade aumentada permitem reduzir estes riscos. Os autores apresentam uma hemicolectomia direita em simultâneo com uma colecistectomia laparoscópica, usando a imunofluorescência com verde de indocianina (ICG) para identificação da junção hepático-cística, avaliação vascular da anastomose e visualização dos ureteres.

Métodos: Mulher de 70 anos com lesão neoplásica no colon ascendente e litíase vesicular sintomática, submetida a colecistectomia e hemicolectomia direita. Cateterização ureteral cistoscópica para injeção de ICG. Injeção intravesicular de 5 mL de uma diluição de ICG e realizada a colecistectomia. Administração de 3 mg de ICG por via endovenosa e avaliação aos 3 minutos do local de transecção cólica e posteriormente da anastomose.

Resultados: A injeção intravesicular de ICG facilitou a identificação da via biliar principal e da junção hepático-cística. Ao mesmo tempo, o ICG ao passar para o arco duodenal facilitou a contante identificação do duodeno durante toda a colectomia. A evidente visualização do ureter permitiu uma cirurgia mais segura. A administração endo-venosa de ICG permitiu com segurança realizar a secção cólica em território bem vascularizado. A anastomose aparecia bem irrigada no controlo com ICG.

Discussão: Os autores estão convencidos das mais valias da realidade aumentada para melhoria da segurança intra-operatória. O custo baixo desta tecnologia e ausência de toxicidade reforçam o seu interesse. Estas e outras estratégias de segurança farão seguramente parte do padrão-ouro no futuro próximo da cirurgia colo-rectal.

ISTMUSECTOMIA TIROIDEIA TRASORAL – TOETVA

Susana Graça; Carlos Eduardo Costa Almeida; Jaime Vilaça
Hospital Luz Arrábida

Introdução: Na patologia cirúrgica tiroideia, o melhor tratamento para a doença exclusivamente ístmica sempre foi alvo de controvérsia, principalmente quando se trata de doença maligna. Contudo, em doentes selecionados, pode ser um procedimento adequado e curativo, associado a menor morbilidade.

Material/Métodos: Vídeio de abordagem endoscópica transoral, de tumor folicular em tiroide com nódulo ístmico único. Homem de 42 anos, fumador 20UMA, sem antecedentes, referenciado à consulta de Cirurgia Geral por nódulo ístmico único de cerca de 3cm de maiores dimensões, cuja 1ª CBA revelou FLUS e a 2ª Tumor Folicular.

Resultados: Procedeu-se a Istmectomia endoscópica transoral videoassistida. A cirurgia decorreu sem complicações e o doente teve alta assintomático em 24h. O exame histológico definitivo revelou tratar-se de adenoma folicular.

Discussão/Conclusão: Mais uma vez se demonstra a aplicabilidade da cirurgia minimamente invasiva cervical, permitindo uma visão privilegiada sobre toda a tiroide e uma abordagem facilitada do istmo tiroideu, revelando-se uma técnica segura e eficaz no tratamento desta patologia.

SALA ROMA 2 – Vídeos 2

Presidente: Carla Freitas

Moderadores: Fernando Viveiros, Pimenta da Rocha

GASTRECTOMIA ATÍPICA POR GISTRita Ribeiro Dias

Hospital de S. João

Doente do sexo feminino de 69 anos. Sem antecedentes pessoais de relevo.

Recorreu ao médico assistente por queixas de dispepsia inespecífica.

Realizou EDA com descrição de formação submucosa de cerca de 20 mm.

Realizada biópsia, mas com resultado inconclusivo.

Procedeu-se a ecoendoscopia com biópsia- diagnóstica de GIST. Foi observada uma lesão com 28x26mm.

A doente foi submetida a gastrectomia atípica laparoscópica. Procedeu-se ao isolamento e laqueação dos vasos da pequena curvatura e, seguidamente, ao isolamento da face posterior da mesma. Foi realizada EDA intra-operatória com identificação da lesão e o seu limite proximal. Posteriormente, procedeu-se à gastrotomia da pequena curvatura com exérese do tumor e ao encerramento da mesma. Efetuou-se a aproximação da pequena curvatura ao pequeno epíplon. Colocação de dreno na face posterior do estômago através de uma pequena abertura no pequeno epíplon.

Palavras-chave: Gastrectomia, GIST

ABORDAGEM DE ÚLCERA GÁSTRICA PERFURADA

Inês Colaço; Inês Mónica; Simone Oliveira; Daniela Pais; Sara Andrade; Carla Cruz; Fernando Melo; Hugo Ribeiro; José Cecílio
Hospital Distrital da Figueira da Foz

INTRODUÇÃO: A doença ulcerosa péptica tem uma prevalência de 6 a 15% nas sociedades ocidentais. A maioria dos doentes são assintomáticos, no entanto, cerca de 10-20% complicam com hemorragia, perfuração ou obstrução. Deve-se suspeitar de perfuração de víscera oca perante a tríade clínica clássica caracterizada por dor abdominal, taquicardia e ventre em madeira.

MÉTODOS/RESULTADOS: É apresentado um vídeo com a abordagem cirúrgica a uma úlcera gástrica perfurada. Trata-se de um doente do sexo masculino, com 53 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, à exceção de hábitos tabágicos marcados. Vem ao SU por dor abdominal severa com 3 horas de evolução, sem outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo apresentava um ventre em madeira, pelo que realizou uma TC AP que evidenciou suspeita de perfuração de víscera oca, tendo sido submetido a laparoscopia exploradora. Intra-operatoriamente foi objetivada uma ulcera gástrica pré-pilórica, pelo que foi submetido a ulcerorrafia com biópsia do bordo da úlcera e epiploplastia. Pós-operatório sem intercorrências. Biópsias sem identificação de *Helicobacter Pylori* ou neoplasia. Foi orientado para consulta de desabitação tabágica.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: A perfuração constitui a principal indicação para cirurgia urgente/emergente e pode ser responsável por 40% das mortes relacionadas com doença ulcerosa péptica.

Palavras-chave: Úlcera gástrica perfurada

CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DE HÉRNIA DO HIATO SINTOMÁTICA APÓS BYPASS GÁSTRICO (Y-DE-ROUX), UMA COMPLICAÇÃO RARA

Lígia Freire; Lillian C. Farias; Francisco Marrana; Pedro Soares Moreira; Lilite Barbosa; Rita Peixoto; Gil Faria; Emanuel Guerreiro
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: O bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR) ainda é considerado o tratamento gold standard da cirurgia bariátrica e metabólica. Trata-se de um procedimento seguro e eficaz, e as complicações a longo prazo são raras, podendo incluir obstruções mecânicas consequentes a uma hérnia do hiato. No entanto, devido à anastomose gastro-jejunal, a maioria permanece assintomática.

Material/métodos: Trata-se do caso de uma mulher de 57 anos, submetida previamente a cirurgia de obesidade (BGYR laparoscópico). No follow-up, apresentou queixas de dor epigástrica, pirose e disfagia para sólidos. Do estudo efetuado, verificou-se uma hérnia do hiato de deslizamento, com presença da bolsa gástrica e da anastomose gastro-jejunal intratorácica. A doente foi submetida a uma correção da hérnia (hiatorrafia com aplicação de prótese bioabsorvível) e, uma funduplicatura com o remanescente gástrico da cirurgia inicial. A cirurgia e o pós-operatório decorreram sem intercorrências. Teve alta ao 2º dia. Na consulta de reavaliação apresentou franca melhoria dos sintomas.

Conclusão: Apesar de raras, as hérnias do hiato sintomáticas após BGYR podem necessitar de tratamento cirúrgico. Para o sucesso da cirurgia é necessário uma disseção completa da bolsa gástrica, da anastomose e do esófago distal. A funduplicatura com o estômago remanescente, contribui para o alívio dos sintomas de refluxo.

Palavras-chave: Hérnia do hiato, Bypass gástrico (Y-de-Roux), Obesidade, Laparoscopia

TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL DA JUNÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA

Joana Romano; Inês Oliveira Pires; Filipa Eiró; Luísa Cabral Moniz; José Guilherme Cardoso; Carlos Nascimento; Rogério Matias
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST's) representam uma pequena percentagem dos tumores gastrointestinais, sendo mais frequentes no estômago (60%). Apenas 5.8% a 13.5% se localizam na junção esofagogástrica (JEG). A ressecção de lesões da JEG é particularmente desafiante pela localização anatómica e risco de estenose. O objetivo deste vídeo é demonstrar que a ressecção atípica por via laparoscópica de um GIST da JEG é possível e segura.

Trata-se de um homem de 54 anos com queixas de dispepsia. A endoscopia digestiva alta revela um abaulamento da parede gástrica 2cm abaixo da JEG na pequena curvatura. A ecoendoscopia evidencia lesão submucosa, hipoeecóica, de 38mm, sem adenopatias. A biópsia é sugestiva de GIST. A tomografia computadorizada não mostra lesões à distância.

Procedeu-se a ressecção atípica por via laparoscópica calibrada com sonda Fouchet de 36Fr, com reforço da linha deagrafagem com sutura e funduplicatura de Dor. Sem registo de intercorrências no pós-operatório, tendo o doente alta ao terceiro dia a tolerar dieta mole.

A histologia revelou um GIST com 4.8cm, pT2, com 2 mitóses/50 campos de ampliação, com margens negativas.

Aos quatros meses de seguimento o doente apresenta-se assintomático e a tolerar dieta geral.

Palavras-chave: Tumor do Estroma Gastrointestinal, Junção Esofagogástrica, Ressecção atípica

DESROTAÇÃO DUODENAL LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DO SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR

Marcelo Costa; Marcelo Nunes Coelho; N. Teixeira; C. Freitas

Unidade de Patologia Esofagogástrica, Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel

A síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS) caracteriza-se por uma obstrução duodenal secundária à sua compressão extrínseca, ao nível da terceira porção, entre a artéria mesentérica superior (AMS) e a artéria aorta.

A patologia pode se apresentar de forma indolente, com queixas de vômitos frequentes e perda ponderal associada, mas também como um quadro agudo de oclusão alta, com dor e distensão abdominal associada a vômitos incoercíveis. A perda ponderal associada a doença contribui para o seu agravamento ao diminuir a gordura visceral levando a um maior encurtamento do ângulo aorto-mesentérico.

O diagnóstico é possível por tomografia corporal (TC) onde é evidente uma obstrução duodenal em D3, associada a um encurtamento do angulo e distância aorto-mesentérica.

Neste vídeo, apresenta-se um caso clínico de SAMS tratado cirurgicamente por via minimamente invasiva.

CASO CLÍNICO

Uma jovem de 22 anos, apresentou-se no serviço de urgência com um quadro clínico de oclusão alta com uma semana de evolução.

Como antecedentes, de referir autismo e défice cognitivo, pancreatite aguda grave com necrose cefalopancreática, submetida a necrosectomia pancreática, e colecistectomia via laparoscópica eletiva.

Do estudo efetuado, de salientar TC onde se observa uma exuberante distensão gástrica e duodenal com ponto de stop em D3 assim como um ângulo aorto-mesentérico encurtado de 11.07.

A doente foi admitida para tratamento de suporte inicial, tendo evoluído favoravelmente e submetida a tratamento cirúrgico definitivo em D8 da admissão.

LATERAL INTERCOSTAL ARTERY PERFORATOR (LICAP) FLAP

Susan Vaz (2); Dercio Fernandes (1); André Magalhães (2); José Luís Fougo (2)
(1) Hospital Central de Maputo; (2) Hospital Hospitalar Universitário São João

A neoplasia da mama é a neoplasia mais frequente nas mulheres e ao longo dos anos a cirurgia oncológica da mama evoluiu de cirurgia redutora para cirurgia conservadora, com vista a uma melhoria estética na mulher e redução do impacto psicológico na mulher. A cirurgia conservadora seguida de radioterapia adjuvante obteve resultados similares a mastectomia quanto à sobrevida, mas um incremento dos resultados estéticos e na satisfação das doentes. Atualmente, eletiva é a cirurgia eleita em casos oncológicos em estadió inicial. A reconstrução mamária pode ser alcançada através da transposição de tecido de outra localização recorrendo, nomeadamente, ao retalho da artéria perfurante intercostal lateral (LICAP). Este vídeo tem como objetivo a descrição da técnica cirúrgica do retalho LICAP compartilhando um caso modelo.

Palavras-chave: LICAPCHUSJ

LEIOMIOSSARCOMA RETROPERITONEAL: UM DESAFIO CIRÚRGICO

Carlota Ramos; Catarina Pato; Daniel Jordão; Joana Vaz; Luis Silvestre; Luis Miranda
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Os tumores vasculares são neoplasias raras, sendo a maioria benignos. Os leiomiossarcomas, tumores vasculares primários malignos muito raros (0,7%), são originados de células musculares lisas da túnica média e 10-20% localizam-se no retroperitoneu. São mais frequentes em mulheres, na sexta década de vida. A dor abdominal e a presença de uma massa palpável são os sintomas mais comuns e a metastização rara. O diagnóstico surge muitas vezes como um achado nos exames de imagem.

Apresenta-se um caso de uma doente de 87 anos, com dor no hipocôndrio esquerdo, encaminhada por suspeita de leiomiossarcoma. A TC toracoabdominopélvica revelou uma volumosa massa heterogénea retroperitoneal esquerda, em estreita relação com a veia renal, sem evidência de metástases e a biopsia percutânea um tumor muscular liso com potencial de malignidade incerto. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar, sendo proposta a sua excisão cirúrgica: submetida a resseção em bloco com nefrectomia esquerda.

O diagnóstico frequentemente só é possível após resseção cirúrgica, sendo esta, o tratamento de eleição e único curativo na doença localizada. A discussão multidisciplinar em centros de referência é essencial para o tratamento adequado. A resseção destas lesões representa um grande desafio para o cirurgião, em particular pela sua localização no retroperitoneu.

Palavras-chave: leiomiossarcoma, retroperitoneu, veia renal

10:30 – 12:30**SALAS ROMA 1 e 2 – Apresentação de COMUNICAÇÕES ORAIS** (7 min. apresentação e 3 min. discussão)**SALA ROMA 1 – Comunicações Orais 1**

Presidente: Jorge Maciel

Moderadores: Amélia Tavares, Carla Freitas

TRATAMENTO DA HÉRNIA DO HIATO RECIDIVADAElisabete Campos; Marinho De Almeida; José Barbosa; Elisabete Barbosa
CHUSJ

Introdução: A recidiva na hérnia do hiato é comum, podendo atingir os 59%. São fatores de risco: esófago curto, obesidade e inadequado encerramento crural. Independentemente da causa, está associada a maiores complicações e o seu tratamento representa um grande desafio.

Métodos: Estudo retrospectivo dos casos de recidiva de hérnia do hiato no serviço entre 2018 e 2021 e revisão bibliográfica.

Resultados: No serviço a taxa de recorrência de hérnia do hiato foi de 12.6%, com uma taxa de reintervenção cirúrgica de 5.6%. A reintervenção cirúrgica está reservada aos doentes com sintomas significativos e persistentes. Como opções cirúrgicas, dependendo das cirurgias prévias, estado do esófago e IMC, pode ser realizada fundoplicatura revisional, esofagojejunostomia em Y de Roux, esofagectomia ou gastropexia. Relativamente ao encerramento do defeito crural com utilização de prótese ou apenas sutura, 3 estudos de meta-análise demonstram haver menor recorrência e menor taxa de reintervenção cirúrgica com utilização de prótese e 1 refere não haver diferença estatisticamente significativa.

Discussão/ Conclusão: Apesar da elevada taxa de recorrência, o número de doentes que necessita de reintervenção cirúrgica na hérnia do hiato recidivada é baixo. Pode ser utilizada prótese de forma segura na cirurgia revisional, contudo a qualidade de evidência é baixa.

Palavras-chave: Hérnia do hiato, Recidiva, Fundoplicatura, Cirurgia esófago-gástrica

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HÉRNIA DO HIATO – EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 ANOS

Martim Rente

Hospital Espírito Santo de Évora

INTRODUÇÃO – A Hérnia do hiato caracteriza-se pela protusão de conteúdo abdominal para a cavidade torácica através do hiato esofágico do diafragma. Segundo a classificação das hérnias do hiato existem 4 tipos, a maioria sendo Tipo I. O tratamento cirúrgico recomendado consiste na redução da hérnia e restauração da função do esfíncter esofágico inferior. Realizou-se uma revisão de todos os doentes com hérnia do hiato operados entre Agosto 2018 e Julho 2021.

METODOLOGIA – Estudo retrospectivo através da consulta de processos clínicos. Análise estatística realizada com SPSS 20.

RESULTADOS – Entre 2018-2021 foram operados 57 doentes com hérnias por via laparoscópica, na maioria do sexo feminino (77%), com idade média de 69 anos. O tamanho médio do orifício herniário foi de 6.8cm. Foi realizada Fundoplicatura de Nissen em 98% dos casos e de Toupet em 2%. O tempo médio 129 min. Em 2 casos foi colocada uma prótese (3.5%). O internamento médio 2.6 dias. As complicações foram: Grau II (2%), Grau IIIb (3.5%) e Grau IVA (2%). A taxa de mortalidade foi de 0%.

DISCUSSÃO – O objectivo do tratamento laparoscópico de hérnias do hiato é o encerramento do defeito, alívio de sintomas e a prevenção de recorrência. Os resultados apresentados são sobreponíveis aos publicados nos estudos europeus.

Palavras-chave: Hérnia de hiato, Fundoplicatura de Nissen, Cirurgia

REVISÃO CASUÍSTICA DE 5 ANOS (2016-2021) DE TUMORES DO ESTROMA GASTROINTESTINAL

João Castelão

Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST's) têm uma incidência anual global de 1.5/100.000 pessoas.

Material e métodos: Feita uma revisão casuística, consultando dados de consultas de cirurgia, multidisciplinares, registos operatórios e anatomopatológicos, entre Janeiro 2016 e Janeiro 2021 dos doentes adultos da área do Hospital de Faro.

Resultados: Foram diagnosticados um total de 24 doentes (N=24) com GIST. Nesta população, existe uma incidência anual de 1.63/100.000 pessoas, 54% nas mulheres, 46% nos homens, uma idade média de 69 anos. A localização era gástrica em 62.5% e delgado em 37.5%.

Do total de 24 doentes diagnosticados com GIST, em 21% (n=5) o diagnóstico foi incidental.

Do total de 19 doentes operados por GIST- 3 foram operados em regime de urgência e 16 eletivamente. Feita cirurgia minimamente invasiva em 75% (n=12) dos doentes operados eletivamente.

A técnica cirúrgica predominante foi uma ressecção gástrica em cunha em 66.7% nos GIST's gástricos e enterectomia segmentar em 77.7% nos do delgado.

Conclusão: Verificou-se uma incidência anual superior na população em estudo à incidência global anual. A cirurgia minimamente invasiva permite uma ressecção adequada respeitando os princípios cirúrgicos no tratamento destes doentes.

INVASÃO PERINEURAL COMO FATOR DE PROGNÓSTICO NO CARCINOMA GÁSTRICO

José Paulo Couto; João Mendes; Carolina Matos; Cristina Silva; Cristina Monteiro; Cláudia Lima; Inês Arnaud; Ana Cristina Rodrigues; Francisco Fazeres; Alberto Midões
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO: A invasão perineural (IP) é um marcador de progressão tumoral e um fator de prognóstico em muitos tipos de tumores. A IP é comum no carcinoma gástrico (CG); no entanto, a relação entre a ocorrência de IP e o prognóstico de CG é controversa. O objetivo deste estudo é avaliar o valor prognóstico da IP nos doentes diagnosticados com CG.

MÉTODOS: Foi efetuado um estudo retrospectivo dos doentes com adenocarcinoma gástrico submetidos a gastrectomia radical com o intuito curativo entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2018. Foram colhidos vários parâmetros clínicos e anátomo-patológicos. Foi efetuada a comparação das curvas de sobrevida global e sobrevida livre de doença (curvas de Kaplan-Meyer e regressão de Cox) entre doentes com e sem IP, utilizando o programa SPSS e a significância estatística $p < 0,05$.

RESULTADOS: Foram incluídos 64 doentes. A IP mostrou uma diminuição significativa da sobrevida global ($p=0,017$), com um risco 3,03 vezes superior de mortalidade por cancro ($p=0,035$), e na sobrevida livre de doença ($p=0,047$).

CONCLUSÃO: A IP demonstrou o seu valor prognóstico significativo quer na sobrevida global quer na sobrevida livre de doença em doentes com carcinoma gástrico.

Palavras-chave: Carcinoma gástrico

METASTIZAÇÃO GANGLIONAR NO CARCINOMA GÁSTRICO PRECOCE: IMPACTO NA REALIDADE OCIDENTAL

Andreia Amado; Bárbara Castro; Rita Ferreira; Hugo Pereira; João Varanda; Mariana Santos; Amélia Tavares; Fernando Viveiros; António Ferreira; Silvio Vale; Manuel Oliveira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: O carcinoma gástrico precoce (CGP) é definido como um carcinoma que envolve a mucosa (T1a) e submucosa (T1b), independentemente da invasão ganglionar. Historicamente, a gastrectomia com linfadenectomia foi considerado o tratamento standard do CGP. Atualmente, têm sido desenvolvidos critérios para ressecção endoscópica, embora a sua validação seja controversa.

Objetivo: Avaliar e comparar a incidência de metastização ganglionar no CGP.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos doentes submetidos a gastrectomia radical por CGP de janeiro/2012-junho/2021. Foram analisadas várias características clínico-patológicas. O programa SPSS foi utilizado na análise estatística e a significância definida como $p < 0,05$.

Resultados: Dos 80 doentes incluídos, 2 apresentavam carcinoma in situ (Tis); 28 T1a e 50 T1b. Nenhum dos Tis apresentava invasão ganglionar; apenas 2 casos N1 nos T1a e nos T1b 30% (20% N1; 4% N2; 6% N3a). Salienta-se que 82,9% dos tumores ≤ 2 cm eram pN0, sendo que a metastização ganglionar aumentava se > 3 cm ($p = 0,027$). A permeação linfovascular/perineural, subtipo difuso, indiferenciação e ulceração demonstraram ser fatores de prognóstico independentes para invasão ganglionar ($p < 0,05$).

Conclusão: A análise evidencia a elevada taxa de metastização ganglionar, consideravelmente superior aos estudos asiáticos, tendo implicações importantes na validação e aplicabilidade dos critérios de ressecção endoscópica na realidade ocidental.

Palavras-chave: carcinoma gástrico precoce, metastização ganglionar, ressecção endoscópica

IMPACTO DA TROMBOCITOSE NO PROGNÓSTICO DO CARCINOMA GÁSTRICO

Bárbara Castro; Catarina Costa; Daniel Martins; Andreia Amado; Mariana Santos; Susana Graça; Amélia Tavares; António Ferreira; Fernando Viveiros; Sílvio Vale; Manuel Oliveira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: Os tumores sólidos são uma causa comum de trombocitose secundária, a qual foi identificada como factor de prognóstico em vários cancros. No entanto, o impacto da trombocitose no prognóstico do carcinoma gástrico está ainda mal definido. O objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência e o valor prognóstico da trombocitose nos doentes com cancro gástrico.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo dos doentes com carcinoma gástrico tratados cirurgicamente, com intuito curativo, no nosso hospital, entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2019. Foram consultados os processos clínicos e analisadas características clínico-patológicas. A análise estatística foi realizada com recurso ao software SPSS.

RESULTADOS: Na presente amostra (n=352) a prevalência de trombocitose pré-tratamento foi de 16,5%. Verificou-se que os doentes com trombocitose tinham um estadio T mais avançado, maior número de gânglios metastizados e maior presença de permeação linfática e venosa. A presença de trombocitose teve um impacto negativo na sobrevida global e na sobrevida livre de doença ($p < 0,001$). Na nossa amostra, as permeações vascular e linfática foram identificadas como fatores independentes de prognóstico.

CONCLUSÃO: A presença de trombocitose pré-tratamento teve um impacto negativo na sobrevida global e na sobrevida livre de doença, podendo, assim, ser usado como um factor independente de prognóstico.

Palavras-chave: Trombocitose, Carcinoma Gástrico

COFATORES DE RISCO DE CARCINOMA GÁSTRICO NOS DOENTES COM SÍNDROME DE LYNCH

José Pedro Vieira De Sousa; Ana Oliveira; Miguel Almeida; Fabiana Sousa; Manuela Baptista; José Barbosa; Elisabete Barbosa
Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: O Síndrome de Lynch (SL) é a principal causa de carcinoma colorretal hereditário, estando também associado a outros carcinomas, nomeadamente o carcinoma gástrico (CG) (6-13% SL). O objetivo deste estudo foi avaliar os cofatores de risco para o desenvolvimento de CG no SL.

Métodos: Incluímos doentes com SL seguidos na nossa instituição. Recolhemos as características da população e procedeu-se à análise estatística.

Resultados: Dos 229 doentes com SL, 11 (4,8%; 7) desenvolveram CG (4,8%). Destes, 5 eram caso índice, 9 apresentavam critérios de Amesterdão, 5 história pessoal de outras neoplasias do SL e 6 história familiar de CG. Verificou-se que 5 tinham mutação do MLH1, 4 do MSH2, 1 do MSH6 e 1 do PMS2. Histologicamente, 7 eram adenocarcinomas do tipo intestinal, 2 do tipo difuso e 1 era CG com estroma linfoide, concomitantemente 8 apresentavam gastrite atrófica crónica com metaplasia intestinal. A idade média do diagnóstico foi 53 anos e a sobrevida foi 17 anos.

Conclusão: Este estudo corrobora que o SL está associado a maior risco de CG e a gastrite atrófica é um importante cofator de risco. A vigilância endoscópica no SL deverá ser adaptada de acordo com a presença de cofatores de risco para CG.

Palavras-chave: Síndrome de Lynch, Carcinoma Gástrico, Cofatores de Risco

TUMORES DO ESTROMA GASTROINTESTINAL: 26 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

João Varanda; Daniel Martins; Catarina Ortigosa; Ana Rita Ferreira; Bárbara Castro; Andreia Amado; Maria Liberal; Joana Esteves; Antónia Póvoa; Manuel Oliveira
Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho

Os tumores do estroma gastrointestinal são raros, representando 1 a 2% das neoplasias gastrointestinais. Na doença localizada, a ressecção cirúrgica completa é o tratamento de eleição.

Apresenta-se um estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico consistindo na casuística dos doentes submetidos a um procedimento cirúrgico no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho entre 1 de Janeiro de 1994 e 31 de dezembro de 2020 (26 anos), com o diagnóstico histológico de tumor do estroma gastrointestinal.

Avaliou-se um total de 108 doentes, analisando parâmetros clínicos como o sexo, idade, apresentação sintomática, localização da neoplasia e parâmetros anatomo-patológicos como o tamanho e índice mitótico. Quanto aos parâmetros terapêuticos descreve-se o tipo de cirurgia a que foram submetidos e a necessidade de adjuvância. Os tumores do estroma gastrointestinal podem ocorrer ao longo de todo o trato gastrointestinal, mas são mais frequentes no estômago e no intestino delgado. Podem aparecer em qualquer idade, mas são mais frequentes a partir dos 60 anos. O diagnóstico e tratamento destes tumores requer a coordenação de uma equipa multidisciplinar de forma a ser o mais célere e correto possível. As classificações de risco permitem aferir os doentes que mais beneficiarão de tratamento adjuvante, e desta forma diminuem a recorrência.

Palavras-chave: Tumores do Estroma Gastrointestinal, GIST

O PAPEL DA RELAÇÃO PLAQUETAS/LINFÓCITOS (PLR) NA AVALIAÇÃO DE DOENTES COM CANCRO GÁSTRICO

Ferreira A.; Amado A.; Pereira H.; Martins D.; Santos M.; Tavares A.; Viveiros F.; Vale S.; Pereira B.; Oliveira M.

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

A estratificação do cancro gástrico por subgrupos permite individualizar a terapêutica. Os biomarcadores inflamatórios, nomeadamente a PLR, podem ter um papel importante como preditor prognóstico.

Os autores apresentam um estudo retrospectivo, de seis anos, de doentes submetidos a ressecção gástrica com intuito curativo (n=155), em que 63% eram do sexo masculino, idade média de 66,5anos, e Índice Karnofsky \geq 80 em 47%.

Calculou-se a PLR em análises prévias a qualquer tratamento. Estabeleceu-se o valor de cut off de 9,4 (através da curva ROC, S68% e E41%) e a amostra foi dividida em dois grupos: PLR elevada (n=75) e PLR baixa (n=80).

No grupo com elevada PLR verificou-se maior prevalência dos estádios III/IV (p=0.009), maior prevalência de metastização ganglionar (48vs39, p=0.056), maior taxa de recorrência (29vs16 doentes, p=0.02) e aumento significativo da sobrevida livre de doença (69,3vs48,3meses, p=0.001). Registou-se no grupo PLR elevada maior mortalidade por cancro (p=0.001) e menor sobrevida global (50.2vs69.5meses, p=0.001).

A inclusão do cálculo da PLR ao diagnóstico na avaliação destes doentes parece útil e com muito interesse para reconhecimento de grupos com pior prognóstico. A determinação da PLR permite identificar os doentes com maior risco de doença agressiva, os quais beneficiarão de uma terapêutica individualizada e mais agressiva.

Palavras-chave: relação plaquetas/linfócitos, adenocarcinoma gástrico, factores de prognóstico, biomarcadores inflamatórios

SALA ROMA 2 – Comunicações Orais 2

Presidente: Carlos Soares

Moderadores: Pedro Gouveia, Vieira Amândio

LINFOMA DE MALT TIROIDEU: REVISÃO DA LITERATURA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Bolais Mónica; Simone Oliveira; Daniela Pato Pais; Sara Andrade; Inês Bertão Colaço; Carla Cruz; Vera Vieira; Fernando Melo; José Valente Cecílio
HDFP

INTRODUÇÃO: O linfoma de tecido linfóide associado à mucosa (linfoma MALT) define-se como linfoma extra nodal composto por células B heterogéneas com origem na zona MALT. Em 4% dos casos ocorre na tiróide. O linfoma primário da tiróide é uma patologia rara presente em 1 a 5% de todas as neoplasias da tiróide. O linfoma MALT da tiróide engloba cerca de 6 a 28% dos linfomas primários da tiróide.

MATERIAL E MÉTODOS: Os autores apresentam um caso clínico de uma doente de 43 anos submetida a hemitiroidectomia direita por nódulo tiroideu de rápido crescimento, com citologia aspirativa do nódulo revelando nódulo benigno. O estudo anatómico-patológico revelou lesões de tiroidite linfocítica, em que se observa um nódulo de limites relativamente bem definidos constituído por uma população. Linfocítica que forma folículos com centros germinativos grandes, confluentes, de aspecto reactivo mas cuja zona do mando está parcialmente perdida por expansão da zona marginal (...) favorece tratar-se de um linfoma da zona extra nodal do tecido linfóide associado à mucosa.

RESULTADOS: Os autores propõem-se a realizar uma revisão da literatura actual relacionada com esta patologia rara.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: O Cirurgião deve manter o constante conhecimento, não esquecendo as patologias raras que poderá encontrar no seu dia-a-dia.

Palavras-chave: Linfoma malt, Tiróide, Revisão da literatura, linfoma tiróide

THE OTHER SIDE OF THE BOOB – METASTIZAÇÃO GANGLIONAR AXILAR CONTRA-LATERAL EM CANCRO DA MAMA APÓS ESVAZIAMENTO AXILAR

Catarina Corrêa Figueira; Sílvia Silva; Pedro Simões; João Sousa Ramos; Rita Garrido
Hospital Beatriz Ângelo

A linfocintigrafia no cancro da mama geralmente demonstra drenagem axilar ipsilateral. Drenagem contra-lateral ou extra-axilar é rara (<2%), aumentando após cirurgia mamária prévia (20-40%).

Mulher, 85 anos, com antecedentes de carcinoma invasivo da mama direita (RH+, HER2-) submetido a tumorectomia com esvaziamento ganglionar ipsilateral e radioterapia adjuvante em 1999. Anatomopatologicamente, sem metastização ganglionar. Em 2013, por recidiva com metástase única ovárica, ooforectomia direita laparoscópica, seguida de Letrozol adjuvante durante 5 anos.

Entre 2012 e 2021, mantém seguimento anual com ecografia mamária e mamografia, sem sinais de recidiva.

Em 2022, aparecimento de dois nódulos suspeitos na transição dos quadrantes inferiores da mama direita, sem adenomegalias axilares (BI-RADS 4b). Histologicamente, carcinoma invasivo SOE triplo negativo.

Pré-operatoriamente, linfocintigrafia com gânglio sentinela axilar contra-lateral único. Submetida a mastectomia simples à direita e biópsia de gânglio sentinela contra-lateral.

O estadiamento axilar é essencial para decisão terapêutica e prognóstico. Embora, após intervenção cirúrgica, possa ocorrer modificação das vias de drenagem, atualmente, a metastização axilar contra-lateral continua a classificar-se como metastização à distância (M1), não loco-regional.

No cancro da mama, recidiva ipsilateral ou segundo primário, a alteração da drenagem linfática decorrente de cirurgia mamária prévia acarreta dificuldades no estadiamento e uniformização terapêutica por falta de consenso clínico.

Palavras-chave: Cancro da Mama, Gânglio Sentinela, Cirurgia Mamária

O PAPEL DO ÁCIDO AMINOCAPRÓICO NA PREVENÇÃO DA HEMORRAGIA PÓS-OPERATÓRIA NA CIRURGIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA

Teresa Vieira Carço (1); João Duarte Reis (2); Raquel Prata Saraiva (1); Miguel Duarte Ângelo (1); José Baião (1); Manuela Romano (1); Maria Conceição Silva (1); Anabela Costa (1); Isabel Cristina Ferrão (1)

(1) Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil; (2) Universidade de Aveiro

Introdução: As cirurgias radicais estão muitas vezes relacionadas com hemorragias importantes. O ácido aminocapróico (AA) é um agente anti-fibrinolítico. O objetivo deste estudo é avaliar a segurança e eficácia do AA na redução de hemorragia pós-operatória em cirurgia oncológica mamária.

Métodos: Estudo prospetivo entre 1 de junho de 2020 e 31 de maio de 2022. Incluídas mulheres adultas voluntárias, submetidas a mastectomia simples com biopsia de gânglio sentinela (BGS), mastectomia simples com esvaziamento axilar após BGS positiva ou mastectomia radical modificada. Aleatorização em um de três grupos: grupo A- aplicação de 5g de AA tópico na loca de mastectomia; grupo B- perfusão 30 min antes de ir para o bloco de 2.5g de AA; grupo C- grupo controlo. Seguimento das participantes durante 30 dias. Análise feita através do R no software Rstudio.

Resultados: Incluídas 166 pacientes (A n=55, B n=56, C n=55). Sem diferenças demográficas entre os grupos. O grupo controlo apresenta maior incidência de hemorragia pós-operatória que os grupos de tratamento ($p=0,03$). Não há diferença na taxa de reintervenção nem no número de dias de internamento.

Conclusão: A utilização de AA parece ter um efeito protetor da hemorragia pós-operatória, sem complicações associadas ao seu uso.

RECIDIVA MAMÁRIA SÍNCRONA DE TUMORES METÁCRONOS NAS CONDIÇÕES SOCIOECONOMICOPOLÍTICAS ACTUAIS

Inês Bolais Mónica; Simone Oliveira; Daniela Pato Pais; Sara Andrade; Inês Bertão Colaço; Carla Cruz; Carlos Vila Nova; Fernando Melo; José Valente Cecílio
HDFP

As condições socioeconômopolíticas mundiais trazem sempre consequências, incluindo desafios na saúde de países à distância.

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 71 anos, ucraniana, com informação de nefrectomia direita em 2010 e diagnóstico de carcinoma da mama direita em 2011 submetida a cirurgia e radioterapia (sem mais informações). Em 2014 com recidiva da neoplasia da mama, submetida a quimioterapia e hormonoterapia. Desde 2018 a realizar Pazopanib para o carcinoma das células renais. Com suspeita de recidiva tumoral em nódulo no QSE em local de cirurgia prévia, e outro nódulo mamário suspeito na UQS, realizou biópsias de ambas as lesões, evidenciando aspectos sugestivos de recidiva de carcinoma, sendo que a escassa representatividade lesional não permitia melhor diagnóstico. Por recidiva tumoral mamária direita, submetida a MRM e excisão de nódulo axilar direito de cerca de 4cm. O estudo anatomopatológico revelou na peça de mastectomia Carcinoma mamário invasivo no QSE, e na UQS e no nódulo axilar observou-se Carcinoma de células claras suportando tratar-se de metástases.

O impacto de crises mundiais e o contexto socioeconômopolítico global tem implicações quer no tratamento, seguimento e prognóstico dos doentes, podendo-se traduzir em desafios clínicos e mudanças de paradigmas na prática clínica.

Palavras-chave: Recidiva, Tumor síncrono, Tumor metácrono, condições socioeconômopolíticas, Carcinoma da mama, Carcinoma renal

HERNIOPLASTIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA, CASUÍSTICA DO SERVIÇO

Cristina Silva; Bárbara Lima; Mariana Leite; Cristina Monteiro; João Mendes; Cláudia Lima
ULSAM

A complexidade do tratamento da hérnia ventral depende de vários fatores, tanto inerentes ao doente como ao defeito. O tratamento laparoscópico tem como vantagens a rápida recuperação, menor taxa de complicações e menor tempo de internamento. Foram analisados dados relativos a doentes submetidos a correção cirúrgica de hérnia ventral primária ou incisional, num total de 319 doentes tratados por laparoscopia no período de 2007 a 2019. Demograficamente, 49% dos doentes foram idosos, 48,2% obesos e mais de 80% com excesso de peso. O IMC máximo registado de 50,1 Kg/m². Quanto ao tipo de hérnia tratado, a maioria dos defeitos corresponderam a M3 e M2, segundo a classificação da European Hernia Society. Cerca de 16% dos defeitos envolveu mais do que uma área anatómica, sendo mais frequente o tipo M2-3 com 9,5%. Globalmente, 8,8% dos doentes apresentou alguma complicação. A maioria das complicações correspondeu a grau I Clavien-Dindo, sendo 11% destes referente a seromas. Por fim, no que toca a complicações tardias, relata-se hérnia associada ao trocar em 0,95% e recidiva em 6%.

Neste trabalho, pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos no nosso serviço, que tem uma experiência considerável nesta técnica com uma das maiores séries descritas a nível nacional.

Palavras-chave: hernioplastia ventral laparoscópica

ABORDAGEM DO DOENTE COM OCLUSÃO INTESTINAL – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

Cláudia Lima; Cristina Monteiro; Inês Arnaud; João Mendes; José Paulo Couto; Cristina Silva; Carolina Matos; Mariana Leite; Teresa Almeida; Alberto Midões
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A oclusão intestinal constitui, ainda hoje, uma entidade desafiante para os cirurgiões que a abordam no serviço de urgência, nomeadamente na decisão do tratamento e do timing ideal para a intervenção cirúrgica.

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo que incluiu 636 doentes admitidos no SU por oclusão intestinal, entre 2013 e 2017.

Resultados: As hérnias da parede abdominal (40.7%) foram a causa mais frequente, seguida das bridas (23.4%) e neoplasias (16.2%). Quanto à localização, 74.4% das oclusões acometiam o intestino delgado e 21.5% o cólon e reto. A maioria dos doentes foi submetido a tratamento cirúrgico urgente (59.4%), 3.5% a tratamento endoscópico, 23.1% recebeu tratamento conservador e 14% acabou por necessitar de tratamento cirúrgico pela manutenção do quadro apesar das medidas conservadoras. O tratamento cirúrgico diferido relacionou-se significativamente com o aparecimento de complicações ($p<0.001$). Enquanto que o tratamento cirúrgico se associou a maior necessidade de admissão em UCI ($p=0.015$), a abordagem não cirúrgica mostrou ter uma relação estatisticamente significativa com a mortalidade hospitalar ($p=0.049$). A atitude conservadora e cirúrgica diferida relacionaram-se significativamente com a necessidade de reinternamento por novo quadro oclusivo ($p<0.001$).

Discussão: O tratamento cirúrgico, quando considerado, não deve ser adiado pois associa-se a maior taxa de complicações.

Palavras-chave: Oclusão Intestinal, Tratamento conservador, Tratamento cirúrgico, Complicações

PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO, ENFISEMA SUBCUTÂNEO, PNEUMOMEDIASTINO E PNEUMOPERITONEU EM DOENTE COVID-19

João Mendes; Fábio Viveiros; Cláudia Lima; Inês Arnaud; José Couto; Cristina Silva; Carolina Matos; Cristina Monteiro; Pedro Pinto; Catarina Carvoeiro; Aires Martins; Alberto Midões

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

O pneumomediastino e/ou enfiseма subcutâneo têm sido reportados na literatura como complicações atípicas mais frequentes nos doentes COVID-19 positivos, com pneumonia bilateral e/ou ARDS. Apesar das medidas de ventilação protetora, parece haver um mecanismo de lesão alveolar difusa que reduz a compliance pulmonar e leva à rutura dos alvéolos. Alguns estudos têm reportado uma maior incidência destes eventos em doentes com CoV-ARDS.

Mulher de 65 anos, com antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipidemia e hipotireoidismo, admitida por quadro de tosse seca, anosmia e ageusia após contacto com doente COVID-19 positivo. No SU foi diagnosticada infeção por SARS-CoV2 com pneumonia bilateral e insuficiência respiratória hipoxémica grave. Nas primeiras 24 horas desenvolveu ARDS moderado a severo, com necessidade de admissão na UCI para suporte ventilatório. Desenvolveu pneumotórax hipertensivo ao 4^o dia de internamento, após episódio de obstrução do tubo endotraqueal por secreções. O TC subsequente descrevia pneumotórax bilateral, com extenso enfiseма subcutâneo, pneumomediastino e pneumoperitoneu.

Apresenta-se um caso atípico de pneumotórax hipertensivo acompanhado de pneumomediastino e pneumoperitoneu, numa doente COVID-19 positiva. A fragilidade pulmonar destes doentes explica a maior incidência de lesões de barotrauma, pelo que é necessário um cuidado acrescido ao nível das medidas de ventilação e vigilância nestes casos.

Palavras-chave: Pneumotórax; pneumomediastino; pneumoperitoneu; COVID-19

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Marta Machado (1); Lara Guedes (2); Pedro Brandão (1); Alexandra Canedo (1); Mariana Santos (1); Lurdes Gandra (1); Manuel Oliveira (1)
(1) CHVNGE; (2) Instituto Superior de Saúde Pública

INTRODUÇÃO: Isquemia mesentérica aguda (IMA) é uma emergência cirúrgica associada a elevada mortalidade (60-80%)

O diagnóstico precoce por angio-TAC e a revascularização permitem uma redução da mortalidade até 50%.

O objetivo deste trabalho foi avaliar os resultados da abordagem diagnóstica e terapêutica do nosso centro terciário nos últimos 5 anos e respetivo impacto na mortalidade.

MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva dos pacientes admitidos com IMA arterial oclusiva no serviço de urgência entre 2017-2021.

Os pacientes foram identificados a partir dos códigos ICD10 (K55011; K55012; K55019) e por análise caso a caso de pacientes inseridos no registo de intervenções do bloco operatório de cirurgia geral e cirurgia vascular neste período.

O outcome primário foi a mortalidade aos 30 dias.

RESULTADOS: 45 pacientes, idade mediana 79 anos e 66.7% mulheres.

Tempo mediano desde admissão até início cirurgia: 9 horas

45.6% pacientes foram revascularizados.

Mortalidade 30 Dias: 60.4%

Revascularização endovascular e laparostomia de second look estão associadas a redução de mortalidade aos 30 dias ($p=0.024$ e 0.001 respetivamente)

CONCLUSÃO: A abordagem da IMA deve ser por uma equipa multidisciplinar incluindo cirurgião geral, cirurgião vascular e intensivista.

O objetivo do tratamento deve ser sempre que possível a revascularização e preservação ao máximo de intestino.

Palavras-chave: Isquemia mesentérica aguda

IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NA URGÊNCIA CIRÚRGICA – A REALIDADE DO NOSSO SERVIÇO

Daniela Martins; Francisca Freitas; Margarida Dupont; Juliana Ribeiro; Carolina Marques; Clara Leal; Bruno Vieira; Gonçalo Guidi; Urânia Fernandes; Nádía Tenreiro; João Pinto De Sousa

Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro

Introdução: A pandemia por Covid-19 tem vindo a apresentar um impacto profundo na prática clínica, com uma percepção de redução significativa dos doentes admitidos no serviço de urgência (SU). A nossa instituição não foi diferente e no decorrer deste período participou no estudo multicêntrico “Emergency surgery admissions and the COVID-19 pandemic: did the first wave really change our practice? Results of an ACOI/WSES international retrospective cohort audit on 6263 patients”, com o intuito de compreender as mudanças absolutas e relativas nas admissões cirúrgicas urgentes durante o primeiro surto da pandemia.

Materiais e Métodos: Foram identificados todos os doentes triados para cirurgia durante o período de março a abril de 2020 (início da pandemia) e comparados com os doentes relativos ao mesmo período de 2019 (era pré Covid.) O objetivo primário foi comparar a variação relativa dos sintomas de apresentação e diagnóstico à data de alta entre estes dois períodos. O objetivo secundário foi identificar uma possível mudança de estratégia terapêutica entre os dois períodos.

A análise estatística foi realizada através do SPSS e o valor de $p < 0,005$ como estatisticamente significativo.

Resultados: Foram identificados 1537 doentes que recorreram ao SU de Cirurgia entre os períodos de março a abril de 2019 (977) e o mesmo período de de 2020 (556), o que corresponde a uma redução de 43%.

O motivo de vinda ao SU mais comum foi a dor abdominal com uma diminuição de incidência em 2020, a mediana de idades foi superior em 2020 no entanto não houve diferenças entre os sexo e entre classificação do “frailty score”.

Verificou-se um aumento de perfuração, pancreatite aguda e colangite em 2020, relativamente a 2019 e uma redução dos doentes “sem diagnóstico”.

Em 2020 verificou-se uma maior proporção de cirurgias dentro das quais uma maior proporção de cirurgia aberta, no entanto sem alteração significativa no tipo de tratamento instituído (cirúrgico vs conservador).

Conclusão: Este estudo revelou uma redução global das admissões cirúrgicas urgentes durante o primeiro confinamento, com uma alteração mínima, mas significativa das proporções de entre os problemas de admissão e diagnósticos.

14:30 – 16:30**SALA ROMA 1 – Apresentação de COMUNICAÇÕES ORAIS***(7 min. apresentação e 3 min. discussão)***Comunicações Orais 3**

Presidente: Alberto Parajó Calvo;

Moderadores: Bela Pereira, Ana Paula Torre

NEOPLASIA DO CÓLON EM CONTEXTO DE URGÊNCIACristina Silva; João Mendes; Cláudia Lima; Bárbara Lima

ULSAM

A neoplasia do colon é a terceira mais frequente a nível mundial. Até 20% dos doentes no momento do diagnóstico apresentam doença complicada com perfuração, oclusão ou invasão de estruturas adjacentes. Este trabalho foca-se nos casos de oclusão ou perfuração e que envolvem ação mais rápida e menor planeamento, sendo por isso complexos na abordagem.

Este é um estudo retrospectivo em que foram incluídos os doentes submetidos a cirurgia urgente por neoplasia do colon por oclusão ou perfuração desde julho de 2018 a junho de 2021 e analisados os processos informáticos.

No total, 48 doentes com idade média de 70 anos, a maioria com diagnóstico de oclusão (77,1%). Em cerca de 60% dos doentes foi possível obter ressecção R0, e 33% dos casos a ressecção obtida foi R2. Surpreendentemente, apesar de estarmos perante doença avançada, apenas 25% dos doentes fizeram tratamento adjuvante. A mortalidade avaliada aos 12 meses foi de 52,1%, com sobrevida média de 9,55 meses.

A neoplasia do colon abordada em contexto de urgência é desafiante devido à necessidade de balançar a ressecção oncológica adequada com a necessidade de abreviar o procedimento cirúrgico pela sua natureza urgente. Assim, é essencial que o cirurgião esteja desperto para esta realidade.

Palavras-chave: oclusão, perfuração

CIRURGIA LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DO CANCRO COLORRETAL – NOVE ANOS DE EXPERIÊNCIA

Manuel Damásio Cotovio; Martim Rente; Rita Lima; Arnaldo Machado; Margarida Amaro; José Travassos; Artur Canha Da Silva; Manuel Carvalho
Hospital do Espírito Santo de Évora

INTRODUÇÃO: A abordagem laparoscópica na cirurgia colorretal tem ganho uma importância crescente, existindo evidência da sua não-inferioridade nos resultados oncológicos comparativamente à abordagem clássica.

O objetivo deste trabalho é rever todos os doentes submetidos a cirurgia laparoscópica para tratamento de cancro colorretal durante 9 anos no Serviço de Cirurgia do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE).

MÉTODOS: Estudo retrospectivo com dados obtidos através da revisão de registos de doentes submetidos a cirurgia laparoscópica com intuito curativo para tratamento de cancro colorretal entre 2009 e 2017 no Serviço de Cirurgia do HESE. A análise estatística foi realizada em SPSS.

RESULTADOS: No período em estudo, 167 doentes foram submetidos a cirurgia laparoscópica para tratamento de cancro colorretal, com uma idade mediana de 69 anos. O procedimento mais frequentemente realizado foi a sigmoidectomia laparoscópica (33,6%). O tempo operatório médio foi de 215 minutos, com uma taxa de conversão de 9,0%. A taxa de deiscência foi de 7,18% e a mortalidade peri-operatória de 2,4%. A sobrevida geral e livre de doença a 5 anos foi de 76% e 73%, respetivamente.

DISCUSSÃO: Os resultados apresentados são sobreponíveis aos previamente publicados, demonstrando a segurança e os bons resultados oncológicos desta abordagem.

Palavras-chave: laparoscopia, cancro, colorretal

TRATAMENTO DA FISSURA ANAL COM TOXINA BOTULÍNICA – FATORES PREDITORES DE SUCESSO/FALÊNCIA TERAPÊUTICA

Cláudia Lima; Inês Arnaud; João Mendes; José Paulo Couto; Cristina Silva; Carolina Matos; Cristina Monteiro; Mariana Leite; Teresa Almeida; Paulo Passos; Alberto Midões
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O tratamento cirúrgico da fissura anal acarreta um risco não desprezível de incontinência fecal, devendo por isso ser reservado para os casos refratários à terapêutica médica. A administração de toxina botulínica constitui uma alternativa não cirúrgica para o seu tratamento, porém, existem poucos dados na literatura sobre os fatores preditores de resposta a esta terapêutica.

Métodos: Analisamos retrospectivamente todos os casos de fissura anal tratados com toxina botulínica nos últimos 9 anos, com o objetivo de identificar preditores de sucesso/falência terapêutica. Considerou-se falência terapêutica os doentes que, aos 12 meses, mantiveram sintomas ou que foram submetidos a tratamento cirúrgico pela persistência dos mesmos.

Resultados: Dos 167 doentes, 31.7% responderam à terapêutica com toxina botulínica e 60.5% foram submetidos a cirurgia. A ausência de cicatrização da fissura e a persistência de sintomas ao 1º e ao 6º mês ($p < 0.001$), relacionaram-se significativamente com a falência do tratamento. A idade ($p = 0.204$), o género ($p = 0,052$) e a existência de fissura prévia ($p = 0.648$) não tiveram associação estatística significativa com o sucesso/falência desta terapêutica.

Conclusão: A ausência de cicatrização da fissura e a persistência de sintomas nos primeiros 6 meses, deverá ser considerada na decisão de tratamento cirúrgico precoce.

Palavras-chave: Fissura Anal, Toxina Botulínica, Fatores preditores de resposta, Incontinência fecal

TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DE FISSURA ANAL – 9 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Inês Arnaud; Conceição Monteiro; Cláudia Lima; José Paulo Couto; Carolina Matos; João Mendes; Cristina Silva; Cristina Monteiro; Alberto Midões
ULSAM

As fissuras anais resultam de uma laceração na anoderme, levando a ciclos de dor severa e hipertonia do esfíncter anal interno (EAI), com diminuição do fluxo sanguíneo local e atraso na cicatrização das mesmas. A toxina botulínica inibe a liberação de acetilcolina nos terminais nervosos, provocando o relaxamento do EAI, com melhoria da cicatrização, e com um risco menor de desenvolvimento de incontinência fecal que a esfínterectomia.

Foi realizada a revisão casuística de doentes submetidos a tratamento com toxina botulínica no nosso hospital, de 2012 a 2020, com consultas de seguimento aos 1 e 6 meses, de modo a avaliar o sucesso terapêutico deste método.

Foram incluídos no estudo 160 doentes. Aos seis meses 75 doentes (46.9%) tinham cicatrização completa da fissura; 21 (13.1%) mantinham a fissura e os restantes 64 (40%) foram inscritos para cirurgia por manterem sintomatologia severa. Dos doentes com cicatrização completa, 8 (10.7%) apresentaram recidiva da fissura aos 12 meses.

A toxina botulínica é um aliado na terapêutica das fissuras anais crónicas. Apesar de um sucesso terapêutico relativamente baixo comparativamente à esfínterectomia, tem uma taxa morbilidade muito baixa, sendo uma opção terapêutica a considerar nos doentes com alto risco de incontinência fecal ou que recusam cirurgia.

Palavras-chave: fissura anal, toxina botulínica

O PAPEL DA QT ADJUVANTE NO CANCRO DO CÓLON ESTADIO II

Hugo Pereira; Andreia Amado; Bárbara Castro; João Cardoso; Joana Ferreira; Lurdes Gandra; Manuel Oliveira
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A quimioterapia adjuvante em doentes submetidos a ressecção oncológica estadio II poderá estar indicada de acordo com diversos fatores de risco.

Material e Métodos: estudo retrospectivo incluindo doentes submetidos a cirurgia curativa por adenocarcinoma do cólon entre Janeiro de 2015 a Dezembro de 2020. Compararam-se os diversos fatores de risco (T4, gânglios ressecados <12, margens positivas, grau de diferenciação, invasão perineural e linfovascular e a perfuração/oclusão) e a sua implicação na sobrevida livre de doença nos doentes submetidos a QT adjuvante (kaplain meier e regressão de Cox).

Resultados: Incluídos 85 doentes, estadio II, dos quais 35 submetidos a QT adjuvante. O benefício da QT adjuvante na sobrevida livre de doença mostrou significância estatística ($p=0,012$). Os doentes com neoplasias T4 não submetidos a QT adjuvante apresentaram sobrevida livre de doença 5 vezes menor ($p=0,045$, HR 5,262, 95% (IC) 1,036–26,709).

Conclusão: Os fatores de risco na avaliação para QT adjuvante em doentes com cancro do cólon estadio II têm diferente influência na sobrevida livre de doença. O nosso estudo demonstrou que o estadio pT é o factor clinico-patologico com maior impacto na sobrevida destes doentes.

Palavras-chave: Quimioterapia adjuvante, Cancro do cólon, Estadio II

IMPACTO QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES OSTOMIZADOS

Rita Pêra; Carolina Silva; Maria Vasconcelos; Filipe Almeida; Joana Frazão; António Soares; João Ribeiro; Rita Martins; Inês Capunge; Paula Azevedo; João Guimarães; Ricardo Rocha; Carla Carneiro
Hospital Fernando Fonseca

Introdução: A utilização de ileostomia derivativa em doentes submetidos a cirurgia do reto é muito frequente. A presença da mesma pode afetar negativamente a qualidade de vida do doente portador, afetando tanto física como psicologicamente o doente envolvido.

Objectivos: Avaliar o impacto da presença de um estoma na qualidade de vida de um doente; comparar a qualidade de vida no doente com ileostomia e após o encerramento.

Método: Foram entregues questionários pré-encerramento e após encerramento da ileostomia: EORTC QLQ-C30, VES-13EORTC QLQ-CR29;LARS.Os dados foram tratados recorrendo a excel e SPSS.

Resultados: Verificou-se melhoria na qualidade de vida global após encerramento da ileostomia. A variável relacionada com a actividade social foi a que mostrou melhoria significativa comparativamente ao período pré-encerramento da ileostomia. Em relação ao inquérito relacionado com o LARS e alteração da qualidade de vida, não houve correlação entre a presença de sintomas de LARS com o agravamento da qualidade de vida.

Conclusão: A ileostomia pode afectar a qualidade de vida de um doente. Os problemas psicossociais comumente identificados em estudos quantitativos foram ansiedade, depressão, prejuízo nas relações sociais e problemas de adaptação. No nosso estudo do ponto de vista social houve melhoria após encerramento da ileostomia, e no global, a qualidade de vida melhorou após encerramento.

Palavras-chave: qualidade de vida, ileostomia, LARS

LEAVE NO STONE UNTURNED – SPILLED GALLBLADDER STONES RESULTING IN PERITONEO- CUTANEOUS FISTULA

Catarina Corrêa Figueira; Lucas Armada; Cátia Cunha; Francesco Della Nave; João Sousa Ramos; Rita Garrido
Hospital Beatriz Ângelo

A colecistectomia laparoscópica é o gold-standard na terapêutica da colelitíase sintomática, associando-se a baixa morbimortalidade.

Mulher, 56 anos, com antecedentes de fibromialgia e colecistite aguda não complicada submetida a colecistectomia laparoscópica em 2011, sem complicações. No pós-operatório, desenvolve desconforto no hipocôndrio direito, intermitente, de baixa intensidade, tipo moinha, associado a sensação de corpo estranho.

Em 2020, por abcesso da parede abdominal ântero-lateral direita com 2 semanas de evolução, submetida a drenagem cirúrgica, verificando-se trajeto até à cápsula hepática.

Em 2022, mantém desconforto no hipocôndrio direito associado a orifício de drenagem com exsudado intermitente. Imagiologicamente, trajeto fistuloso entre a superfície cutânea e coleção centrada no músculo transverso, associada a espessamento peritoneal peri-hepático direito. Realizada excisão de fístula, constatando-se extensão transmuscular até ao espaço pré-peritoneal com saco contendo cálculos compatíveis com litíase biliar.

Durante a colecistectomia, a perfuração vesicular complica até 40% dos casos, contudo complicações resultantes de cálculos retidos são raras (0,08-8,5%). Abscessos intra-abdominais ou da parede são a complicação mais frequente, podendo associar-se a fístula crónica.

Peritoneo-cutaneous fistula é uma apresentação rara de extravasamento vesicular após colecistectomia laparoscópica. Para prevenção recomenda-se a extração de cálculos pós-perfuração vesicular, tal como o adequado registo operatório, que permite melhor diagnóstico diferencial futuro.

Palavras-chave: Colecistectomia Laparoscópica, Perfuração Vesicular, Cálculo, Fístula

COLECISTITE AGUDA LITIÁSICA: QUAL O PAPEL DO TRATAMENTO MÉDICO?

Teresa Vieira Caroco; Miguel Duarte Ângelo; José Baião; Carlos E. Costa Almeida
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

Introdução: A colecistite aguda litiásica é uma patologia prevalente, havendo discussão sobre qual o melhor tratamento: cirúrgico ou médico. O objetivo é avaliar a eficácia e segurança do tratamento médico da colecistite aguda.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes internados com colecistite aguda litiásica no Hospital Geral (Covões), entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015. Classificação em 2 grupos: grupo 1 – tratamento médico; grupo 2 – tratamento cirúrgico. Seguimento máximo de 7 anos. Análise estatística através do IBM SPSS.

Resultados: Amostra de 305 doentes, 161 do sexo masculino e 148 do sexo feminino. Idade média 68,7 anos. 264 doentes pertenciam ao grupo 1 (86,6%) e 41 ao grupo 2 (13,4%). Morbimortalidade durante o internamento é idêntica. Há diferença no tempo médio de internamento ($p < 0,001$). 52 doentes do grupo 1 regressaram ao serviço de urgência versus nenhum doente do grupo 2 ($p = 0,002$). Colecistectomia urgente num episódio subsequente tem mais complicações que cirurgia eletiva após tratamento médico ($p = 0,014$) e que cirurgia urgente ab initio ($p = 0,05$).

Conclusão: O tratamento médico parece ser eficaz, não aumenta a taxa de complicações e é a melhor opção para um segundo episódio de colecistite. Aumenta significativamente a estância hospitalar e subsequentes idas ao serviço de urgência.

Palavras-chave: Colecistite aguda, Colecistectomia, Tratamento médico

CRP VALUE IN PANCREATIC FISTULA DETECTION AFTER PANCREATICODUODENECTOMY

Francisco Marrana; Pedro Valente; Lígia Freire; Rita Peixoto; Lilite Barbosa; Pedro Soares Moreira; Gil Faria

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introduction: CRP and other markers have been studied as possible predictors of POPF in pancreatic surgery with positive correlations.

Methods: Retrospective analysis of all patients submitted to pancreaticoduodenectomy between January/2015 and June/2022. Analysis of CRP as a predictor was made using SPSS and $p < 0.05$ was considered significant.

Results: 72 patients underwent a pancreaticoduodenectomy. 39 were open and 33 laparoscopic, conversion rate 21%. CR-POPF rate wasn't different between groups. Biochemical markers analyzed on the 1st, 3rd and 5th postoperative-day were CRP, WBC, lymphocyte, platelets and hemoglobin. Those weren't statistically different between laparotomy and laparoscopy groups. The CR-POPF group had significant higher CRP values ($p = 0,039$) on the 3rd post-operative day, without any other significant differences. The best area under ROC curve for CRP was given by postoperative 3rd day CRP (0,65) and the ideal cut-off was CRP 204mg/dL. This cut-off presented 79% sensitivity, 52% specificity and 87% negative predictive value.

Discussion/Conclusion: 3rd postoperative-day CRP levels are higher in patients that develop CR-POPF after pancreaticoduodenectomy. There is a significant correlation between the occurrence of CR-POPF and the 3rd day CRP. Despite the low sensitivity and specificity of a 204 mg/dL CRP cut-off, it can be helpful in clinical practice due to its high NPV.

MANIFESTAÇÕES EXTRA-GÁSTRICAS DA INFEÇÃO POR HELICOBACTER PYLORI

Inês Colaço; Inês Mónica; Simone Oliveira; Daniela Pais; Sara Andrade; Carla Cruz; Hugo Ribeiro; José Cecílio
Hospital Distrital da Figueira da Foz

INTRODUÇÃO: *Helicobacter Pylori* (*H. Pylori*) é uma bactéria que coloniza mais da metade da população mundial. Apesar de ser amplamente conhecida como agente patogénico do trato gastroduodenal, vários estudos têm demonstrado que tal infeção pode estar associada a doença extra-gástrica, incluindo doenças hepatobiliares ou pancreáticas.

MÉTODOS/RESULTADOS: Descrição de um caso clínico de uma doente de 85 anos, do sexo feminino, com antecedentes de icterícia obstrutiva. No decurso do estudo da via biliar, realizou CPRM que identificou uma lesão ampular que condicionava um estreitamento abrupto do colédoco e do wirsung. Face ao exposto realizou biópsia da lesão através de ecoendoscopia que revelou colonização por *H. Pylori*. Realizou tratamento antibiótico e, após confirmação de erradicação com pesquisa de antígeno fecal, procedeu-se à reavaliação imagiológica com CPRM que negou lesões expansivas a nível ampular. A doente foi posteriormente submetida a colecistectomia laparoscópica por litíase vesicular sintomática. Teve um pós-operatório sem intercorrências e apresentava-se assintomática à data da consulta de reavaliação.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: A colonização de *H. Pylori* na ampola de vater é uma entidade rara que faz diagnóstico diferencial com outras lesões ampulares. Atualmente existe pouca evidência científica que clarifique o potencial patogénico da infeção por *H. Pylori* em localizações atípicas, nomeadamente hepatobiliar.

Palavras-chave: *Helicobacter Pylori*

SALA ROMA 2 – Apresentação de PÓSTERES (2 min. apresentação e 4 min. discussão)**Pósteres 1**

Presidente: Antónia Póvoa

Moderadores: Fernando Castro, Teresa Santos

BÓCIO MERGULHANTE – UM DESAFIO CIRÚRGICO

Elisabete Campos; João Capela; Sara Rodrigues; Pedro Sá Couto; Elisabete Barbosa
CHUSJ

Introdução: A prevalência de bócio mergulhante varia entre 2 e 19%. A exérese por esternotomia ou toracotomia realizada por cirurgiões experientes, é necessária em 2-3% dos casos, em doentes com tiroidectomia prévia, tiroides volumosas ou carcinoma invasivo. A cirurgia destes bócios tem maior risco de complicações, nomeadamente lesão do recorrente (odd ratio-2.4) hemorragia (1.9), trombose venosa profunda (5.9), paragem respiratória (4.2) e mortalidade (8.3).

Caso Clínico: Mulher, 50 anos, referenciada por bócio compressivo. Sem história de irradiação cervical, irmã tiroidectomizada por causa desconhecida. Apresentava funções tiroideia e paratiroideia e calcitonina normais e AAT-TPO 288.8. A ecografia evidenciava tiróide multinodular volumosa com nódulo misto de 55 mm intratorácico, EU-TIRADS 3. A biópsia não foi adequada para diagnóstico. Realizou-se tiroidectomia total por cervicotomia, confirmando-se nódulo mergulhante de 5 cm no istmo, aderente ao recorrente e à paratiroide inferior esquerda. A cirurgia e pós-operatório decorreram sem intercorrências e teve alta em D1 pós-operatório com voz e PTH normais. A histologia revelou 1 carcinoma papilar e o nódulo mergulhante era uma metástase ganglionar.

Discussão/Conclusão: O bócio mergulhante representa um desafio cirúrgico com elevado risco de complicações, pelo que estes doentes devem ser referenciados para centros de referência em tiroidectomia.

Palavras-chave: Bócio mergulhante, Tiroide, Cirurgia endócrina e cervical, Tiroidectomia

TIROIDITE INFECIOSA PÓS-PERFURAÇÃO LARÍNGEA POR CORPO ESTRANHO – UM CASO CLÍNICO

Elisabete Campos; Pedro Sá Couto; Sara Rodrigues; Elisabete Barros
CHUSJ

Introdução: A tiroidite infecciosa aguda é maioritariamente causada por *Staphylococcus* e *Streptococcus* que atingem a tiroide por via hematogénica ou através de fístula do seio piriforme. Caracteriza-se por dor e tumefação cervical unilateral e febre, normalmente sem alteração da função tiroideia.

Caso Clínico: Mulher de 58 anos, antecedentes de BMN, recorreu ao SU por sensação de corpo estranho após ingestão de bacalhau com posterior surgimento de tumefação laterocervical esquerda. A TAC cervical evidenciou coleção abcedada volumosa no polo superior do lobo esquerdo da tiroide com abaulamento do seio piriforme e estrutura linear hiperdensa junto ao osso hióide, compatível com corpo estranho, não identificado por laringoscopia com faringotomia. Iniciou antibioterapia com ceftriaxona e clindamicina e foi realizada drenagem cervical. Por manutenção do quadro foi ponderada cirurgia, mas optou-se por nova drenagem e reforço de antibioterapia com vancomicina, com boa resposta. No conteúdo drenado foi isolado *Streptococcus Constellatus* resistente à Clindamicina. Após controlo do foco séptico a doente teve alta no D25 de internamento encaminhada para consulta.

Discussão/ Conclusão: Na tiroidite aguda bacteriana com abscesso é recomendado como tratamento inicial antibioterapia intravenosa e drenagem percutânea. A drenagem cirúrgica e lobectomia/tiroidectomia está reservada para doentes que não respondem ao tratamento inicial.

Palavras-chave: Tiroidite infecciosa, Tiroide, Perfuração laríngea, Cirurgia endócrina e cervical

BÓCIO MULTINODULAR – INDOLENTE OU EMERGENTE?

João Luís Pinheiro; Andreia J. Santos; Ana Oliveira; Jorge Pereira
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

A apresentação do bócio multinodular (BMN) como obstrução aguda da via aérea constitui uma ocorrência rara no serviço de urgência e requer diagnóstico e tratamento imediatos. Apesar de estabelecida a indicação cirúrgica se clínica compressiva, o crescimento indolente protela frequentemente o seu tratamento eletivo.

Mulher de 82 anos, apresenta-se no serviço de urgência por quadro de agitação e síndrome confusional agudo. Seguida em consulta de Medicina Interna por BMN tóxico, sob metibazol. Outros antecedentes incluem obesidade e DPOC. Dada a apresentação inicial com hipoxémia, foi avaliada por Medicina onde iniciou oxigenoterapia, e Psiquiatria que admitiu quadro de delirium de etiologia a esclarecer. Na permanência no SU inicia quadro de estridor motivando avaliação por Cirurgia Geral e ORL que confirmam compressão extrínseca da via aérea. Evolui com depressão do estado de consciência que motiva entubação orotraqueal (EOT). TC do pescoço confirmou achados clínicos. Em D3 de internamento, é submetida a tiroidectomia total e traqueostomia.

A obstrução aguda da via aérea por bócio multinodular exige um diagnóstico rápido, frequentemente com necessidade de abordagem multidisciplinar. A realização de traqueostomia concorrente é muitas vezes necessária dado o edema supraglótico e as várias tentativas de EOT associadas à gestão emergente do doente.

Palavras-chave: bócio, via aérea, tiroidectomia, traqueostomia

TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA NA REGIÃO CERVICAL

Ana Ferreira; Bárbara Castro; Andreia Amado; João Varanda; Susana Graça; Antónia Póvoa; Carlos Soares; Bela Pereira; Manuel Oliveira
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho

O hematoma cervical PO tem uma incidência que varia entre 0,36% e 4,3%, relacionado com fatores de risco associados ao doente ou à doença.

Mulher, 74 anos, com AP de correção de CIA (1989), cirurgia valvular com prótese mecânica (2013), colocação de pacemaker e CDI, FA, FV e S. Klippel-Trenaunay. Observada em consulta por dismorfia cervical, com nódulo palpável. Ecografia mostrou formação nodular com 7 cm, no LE da tireoide. Punção aspirativa com suspeita de Tumor de células de Hurthle. Doente proposta para TT. Porém, intra-operatoriamente, apresentou instabilidade hemodinâmica e, ainda, dissecação muito hemorrágica, pelo que se optou por Hemitiroidectomia Esquerda e dreno cervical. No 2º dia pós-operatório, complicação de hematoma com revisão no BO, verificando-se hemorragia difusa. Seis horas depois, novo hematoma no plano subplatismal, sendo que se tomou a decisão de cervicostomia. Em colaboração com imunohemoterapia excluiu-se distúrbios da coagulação e ajustou-se terapêutico anticoagulante. Em D20 retirou drenos e colocou-se TPN cervical, a qual se manteve durante 30 dias com ótimo resultado estético. Resultado histológico foi adenoma de células de Hurthle.

Este caso destaca a importância de uma decisão terapêutica individualizada. Além disso, evolução da doente e a literatura mostram tanto utilidade como vantagens da TPN na região cervical.

Palavras-chave: Hematoma cervical, Terapia de Pressão Negativa, Cirurgia da tireoide, Cervicostomia

LIPOMA GIGANTE DA PARÓTIDA – UM DIAGNÓSTICO RARO

Ines Peixoto; Carla Marina Oliveira; Ana Cristina Carvalho; Ana Luiza Silva; Rita Lourenço; Diana Matos; André Lopes; Anita Santos; Luís Claro; Rita Araújo; Carlos Alpoim HSOG

Embora os lipomas sejam o tipo de tumor de tecidos moles mais frequentemente encontrados no corpo, a sua localização na parótida é rara. Os tumores lipomatosos da parótida ainda não se encontra em classificados pela WHO, no entanto, podem ser divididos de acordo com a natureza das células que o compõem, sendo o lipoma comum o tipo mais frequente.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 58 anos, avaliado na consulta de Cirurgia geral por tumefação parotídea esquerda. O exame objetivo mostrava tumefação pré auricular mole e móvel, sem assimetrias da mímica facial. Realizaram-se exames de imagem que sugeriam um diagnóstico de lipoma parotídeo. Foi feita cirurgia de parotidectomia superficial com exérese completa da lesão, da qual se obteve um diagnóstico histológico de lipoma comum com 72 mm de maior eixo.

A sua localização é de extrema importância para definir a estratégia cirúrgica, pelo que a realização de exames como TC e RM deve ser ponderada nestes casos. A exérese completa destas lesões é difícil por disseção simples, pelo que uma correta exposição do nervo facial e dos seus ramos deve ser feita, nomeadamente através de parotidectomia superficial e disseção cuidados do tronco e ramos nervosos.

Palavras-chave: lipoma; parótida

O NÓDULO IMPOSTOR!

Lígia Freire; Francisco Marrana; Diogo Melo Pinto; Lilian C. Farias; Rita Peixoto; Pedro Soares Moreita; Lilite Barbosa; Gil Faria; Emanuel Guerreiro
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: Os tumores neuroendócrinos (TNE) têm origem no trato gastrointestinal em cerca de 50-60% dos casos. A maioria dos doentes são assintomáticos, sendo o diagnóstico muitas vezes incidental. Em alguns casos, apresentam-se metastizados no momento do diagnóstico, sendo o fígado o local mais comum de metastização (82%).

Material/Métodos: Mulher de 45 anos, com antecedentes de síndrome depressivo e tabagismo ativo. Avaliada por achado em tomografia computadorizada de um nódulo segmento VI hepático de 25mm. O estudo complementar revelou tratar-se de uma lesão sólida, com componente quística, hipervascular, com eliminação rápida de contraste, levantando a suspeita de um adenoma. Submetida a enucleação por via laparoscópica cuja histologia revelou um TNE bem diferenciado. Completado estudo, inclusive PETDOTANOC, com intensa captação do radiofármaco no flanco esquerdo. Submetida a laparoscopia exploradora identificando-se uma lesão do delgado. Realizada ente-rectomia segmentar com linfadenectomia. A intervenção e o pós operatório imediato decorreram sem intercorrências, com alta clínica ao 3º dia.

Conclusão: A abordagem dos TNE depende da localização, tamanho, classificação histológica, presença de metástases locais ou à distância, perfil secretor e estado geral do doente. A intervenção cirúrgica é a base de tratamento na maioria dos casos, sendo o único tratamento potencialmente curativo.

Palavras-chave: Nódulo hepático, Tumor neuroendócrino, Laparoscopia

HYPERFUNCTIONING PAPILLARY THYROID CARCINOMA – A CASE REPORT

Juliana Pereira-Macedo (1, 2, 3); Bárbara Freire (1); Carlos Macedo-Oliveira (1); João Mendes (1); Márcia Carvalho (1); Sofia Fonseca (1); Margarida Vinagreiro (1); Maria José Moreira (1); Ricardo Lemos (1); Manuel Leite (1); Francisco Sampaio (1) (1) Centro Hospitalar do Médio-Ave, Vila Nova de Famalicão, Portugal; (2) Centre for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Porto, Portugal; (3) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introduction: Malignant thyroid nodules accompanying concomitant hyperthyroidism is an infrequent finding. Additionally, hyperfunctioning nodules are more likely to occur in follicular cancer types rather than papillary variants. Here, the authors present a case of a papillary thyroid carcinoma associated to an hyperfunctioning nodule.

Case Presentation: A 58 year-old male was subjected to routine blood analysis and a TSH level of <0.003 mIU/L with normal free thyroxine and autoantibodies levels was found. Ultrasonography has revealed a 21 mm solid, hypoechoic and heterogenous nodule with microcalcifications in the right lobe. One additional nodule was detected in each lobe. A fine needle aspiration guided by ultrasound in the former nodule resulted in a follicular lesion of undetermined significance. A ^{99m}Tc thyroid scintigram was followed and a right-sided hyperfunctioning nodule was found with decreased uptake in the remaining gland. A new cytology was performed and a papillary thyroid carcinoma derived as a result. Neck CT revealed no ganglionic involvement. The patient underwent total thyroidectomy. Postoperative histology confirmed the diagnosis and a tumour-free margin with no vascular or capsular invasions were identified.

Conclusion: Even though this association is rare, hyperfunctioning malignant nodules should raise some attention and a careful approach should be taken in consideration.

Palavras-chave: hyperthyroidism, thyroid nodule, malignant thyroid nodule, hyperfunctioning thyroid cancer

OBSTRUÇÃO AGUDA DA VIA AÉREA POR BMN DE LONGA DURAÇÃO

Daniela Gaspar

Centro Hospitalar Tondela – Viseu

Introdução: A compressão laringotraqueal com obstrução da via aérea por massas cervicais é uma entidade rara ameaçadora de vida. Os autores propõem-se apresentar um caso de obstrução aguda da via aérea numa doente com BMN de longa duração.

Caso clínico: Doente de 83 anos, sexo feminino.

Admitida no SU por quadro confusional agudo com 3 dias de evolução, após agudização da sua bronquite crónica. Em poucas horas, estabeleceu-se um quadro de insuficiência respiratória grave e estridor laríngeo, com necessidade de intubação orotraqueal urgente. Durante a mesma, foi identificada massa cervical anterior. Foi realizada TC cervical que mostrou edema da laringe e hipofaringe condicionada por exuberante bócio multinodular. A doente foi admitida na UCIP para estabilização. Foi realizada citologia aspirativa do maior nódulo da tiroide e o resultado foi benigno. Ao 3º dia de internamento, procedeu-se a tiroidectomia total. Em pós-operatório, a doente esteve traqueostomizada durante 3 semanas. Teve alta hospitalar ao 41º dia de internamento.

Conclusão/Discussão: O BMN é uma patologia comum podendo atingir grandes dimensões. Na maioria dos casos assintomática, quando associada a síndrome respiratório obstrutivo pode provocar obstrução aguda da via aérea por agravamento do edema da laringe.

Palavras-chave: Obstrução da via aérea, Patologia endócrina, Situações ameaçadoras devida

PARAGANGLIOMA EXTRA-ADRENAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Diana Parente (1); Miguel Neves (1) ; Nuno Ventura (1); Tânia Valente (1); Inês Gil (2); Maria Fernanda Cunha (1); Olívia Andril (1); Miguel Coelho Dos Santos (1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria; (2) Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: Os paragangliomas, assim como os feocromocitomas, são tumores raros das células cromafins do sistema neuroendócrino, secretores de catecolaminas. Diferem dos segundos pela sua localização extra-adrenal. A apresentação clínica é variável e depende do perfil secretor e localização do tumor.

Caso Clínico: Os autores apresentam um caso de um homem de 63 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, que no contexto de uma elevação da GGT realiza estudo complementar diagnóstico que mostra a nível do flanco esquerdo, na dependência da quarta porção do duodeno, uma lesão heterogénea com áreas quísticas e calcificações milimétricas, medindo cerca de 8,5 cm de maior eixo, sugestiva de corresponder a um GIST. O doente foi submetido a enterectomia segmentar com excisão em bloco do tumor, verificando-se, intra-operatóriamente, forte instabilidade dos valores tensionais. O pós-operatório decorreu sem intercorrências com alta ao 6º dia. Exame histológico da peça operatória foi compatível com paraganglioma extra adrenal.

Conclusão: Mesmo em doentes assintomáticos, o paraganglioma deve ser considerado no diagnóstico diferencial de massa intra-abdominal. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica do tumor.

Palavras-chave: paraganglioma extra-adrenal, feocromocitoma

MULTIPLE ENDOCRINE NEOPLASIA TYPE 2A: ONE-YEAR TREATMENT – CASE REPORT

Fábio Gomes; Vitor Devezas; Cristina Fernandes; Tiago Pimenta; Luis Sá Vinhas; Pedro Sá Couto; Elisabete Barbosa

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Multiple endocrine neoplasia type 2A (MEN-2A) is an inherited syndrome characterized by medullary thyroid carcinoma, pheochromocytoma, hyperparathyroidism, and occasionally amyloid lichen. Clinical features depend on the glandular elements affected and the treatment involves surgical excisions.

We present the case of a 33-year-old man followed in consultation for a 4-month evolution of nausea, vomiting and headache. Performs abdominal ultrasound that detects neoformations in both adrenal glands. Abdominopelvic CT angiography documents voluminous heterogeneous nodular formations and hypodense areas, suggesting neoplastic involvement. MIBG scintigraphy shows intense and heterogeneous hyperfixation in the nodular formations, compatible with the clinical suspicion of bilateral pheochromocytoma.

Thyroid ultrasound reveals an EU-TIRADS 5 nodule that undergoes fine-needle non-aspiration biopsy. The anatomopathological study describes a benign follicular nodule, with an elevated calcitonin measurement. The patient is admitted for bilateral laparoscopic adrenalectomy and 9 months later, he underwent total thyroidectomy with central compartment dissection. The patient presents a favorable evolution during both hospitalizations.

Pheochromocytoma remains a clinical challenge to diagnosis and manage. In addition, the association of multiple endocrine neoplasia syndromes with pheochromocytoma require the clinician's awareness to evaluate these patients since the indication is to first remove the pheochromocytoma, as it greatly increases the surgical risk during other procedures.

UM DIAGNÓSTICO INESPERADO: METASTIZAÇÃO DA VESÍCULA BILIAR NA NEOPLASIA DA MAMA – UM CASO CLÍNICO

Fábio Correia Viveiros; José Couto; Rui Escaleira; Aires Martins; Inês Gomes; Inês Arnaud; Cláudia Lima; João Mendes; Cristina Silva; Carolina Matos; Cristina Monteiro; Alberto Midões

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO: A neoplasia da mama é a neoplasia mais diagnosticada atualmente. Tem elevada capacidade de metastização, sendo o pulmão, fígado e osso os órgãos mais afetados. Em casos raros, pode afetar o pericárdio, olho, cavidade abdominal e órgãos endócrinos. Metastização da vesícula biliar é um fenómeno raro e, quando acontece, geralmente está associada a neoplasia do rim, colo do útero ou melanoma maligno. A metastização da vesícula biliar por neoplasia da mama é extremamente rara e estão descritos apenas alguns casos na literatura.

CASO: Mulher, 74 anos, diagnóstico conhecido de carcinoma lobular da mama esquerda desde 2008 tendo sido submetida a mastectomia com esvaziamento axilar e ficou sob hormonoterapia e sem evidência de metastização. A doente foi admitida por dor abdominal no hipocôndrio direito associada a vômitos e anorexia. Do estudo realizado apenas a realçar sinais de litíase na ecografia abdominal. A doente realizou tratamento sintomático e foi orientada para colecistectomia. O exame histológico evidenciou metástase vesicular de carcinoma lobular da mama.

DISCUSSÃO: Apesar da doença litiásica vesicular não ser frequentemente associada à neoplasia da mama dada a sua raridade, quando existem antecedentes de neoplasia da mama devemos ter em conta esta possibilidade.

Palavras-chave: Neoplasia da Mama, Metastização da Vesícula Biliar

DISSEÇÃO AXILAR DIRIGIDA (TAD): COMO FAZEMOS

Egon Rodrigues; Penélope Correia; Catarina Osório; Mariana Santos; Teresa Santos; Mário Nora
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.

A abordagem da axila no cancro da mama tem sido tema de várias discussões nas últimas décadas. A disseção axilar dirigida (TAD), descrita em 2016, conta com cada vez mais evidências que a tornam uma alternativa no estadiamento da axila nos doentes com metástases axilares ao diagnóstico submetidos a neoadjuvância. Não obstante, são diversas as variações já descritas desta técnica. Os autores descrevem a técnica de TAD aplicada na nossa instituição.

Desde o final de 2020, tem sido a técnica preferencial na abordagem dos doentes 3 ou menos gânglios metastizados ao diagnóstico, na nossa instituição. Após confirmação histológica, a marcação das adenopatias é realizada com clips sob controlo ecográfico. No perioperatório, são reavaliadas e marcadas com arpão. Todos os doentes, além disto, realizam pesquisa do gânglio sentinela com técnica dupla, sendo realizada biópsia excisional dos gânglios sentinela e gânglios previamente marcados, no mesmo ato cirúrgico, com excisão mínima de 3 gânglios. No final, as peças são radiografadas e submetidas a extemporâneo.

A TAD é uma técnica reproduzível, apoiada em 5 passos fundamentais dependentes de várias especialidades. A sua utilização, como estadiamento axilar dos doentes cN1 submetidos a neoadjuvância, tem possibilitado evitar o esvaziamento axilar nos doentes com reposta patológica completa.

Palavras-chave: TAD, Estadiamento Axilar, Neoadjuvância

POLIMASTIA AXILAR: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Nuno Ventura Ferreira; Elza Almeida; Jorge Pais; Margarida Torgal; Gustavo Capelão; Diana Parente; Tânia Valente; Miguel Neves; Gonçalo Ferreira; Inês Sousa; Arnaldo Figueiredo; Marisa Ferreira; Miguel Coelho Dos Santos
Centro Hospitalar de Leiria

Apresentam-se 2 casos de polimastia axilar bilateral, apesar da cronicidade diferir entre síncrona e assíncrona na sua apresentação clínica.

Caso 1: Doente de 40 anos referenciada à consulta de Cirurgia por tecido mamário axilar bilateral com evolução de 7 anos e contemporânea com a gravidez do 1º filho. Aumento de volume axilar durante os períodos catameniais. Submetida a mastectomia de tecido ectópico bilateralmente, tendo a histologia confirmado tecido mamário ectópico em ambas as peças.

(exames imagiológicos e fotos do intra e pós-operatório)

Caso 2: Doente de 46 anos com tumefacção axilar direita com 1 ano de evolução enviada à consulta de Cirurgia Mamária. Antecedentes de mama ectópica à esquerda, excisada cirurgicamente 2 anos antes. Foi submetida a mastectomia de tecido ectópico axilar direito.

(Imagens/fotografias)

Deste modo apresentamos 2 casos clínicos de uma entidade que apesar de rara e benigna, pode cursar com impacto na qualidade de vida. Ainda de referir que a avaliação deste tecido mamário ectópico para alterações neoplásicas é difícil em doentes não operadas: o rastreio com mamografia (axilar) nestas utentes é impraticável e a ecografia pode não averiguar o status imagiológico destas mamas ectópicas, o que releva a importância da cirurgia no contexto de polimastia axilar.

Palavras-chave: polimastia, mama, axila, ectópica

ANGIOSSARCOMA MAMÁRIO ASSOCIADO À RADIAÇÃO – C ASO CLÍNICO

Raquel Prata Saraiva; Teresa Carço; Miguel Duarte Ângelo; Teresa Santos Silva; Manuela Romano

Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução: O angiossarcoma (AS) é um tumor maligno vascular agressivo que, raramente, surge associado à radiação. AS mamário associado à radiação surge em mulheres com idade avançada, em média, 6 anos após realização de radioterapia para tratamento de cancro da mama. Atualmente, o tratamento é cirúrgico.

Caso clínico: Mulher, 66 anos, antecedentes de carcinoma da mama direita submetida a tumorectomia e radioterapia há 14 anos, com sinais inflamatórios da mama direita, com 1 mês de evolução sem resposta ao antibiótico. Objetivamente, observa-se formação angiomatosa areolar direita com edema e eritema, palpando-se densificação retroareolar dolorosa. Ecografia: edema cutâneo na região central da mama direita e coleção subareolar. Biópsia: neoplasia vascular com atipia citoarquitatural compatível com angiossarcoma da mama associado à radiação. Após estadiamento (TC TAP e cintigrafia óssea), não se identificou metastização à distância, sendo a doente submetida a mastectomia direita. Internamento sem intercorrências. Estudo anatomo-patológico: Angiossarcoma multifocal associado à radiação, ressecção R0. Atualmente, mantém seguimento pela Cirurgia e Oncologia.

Conclusão: AS associado à radiação é uma complicação invulgar da radioterapia, salientando-se a importância do diagnóstico precoce com impacto no prognóstico. Assim, para diagnóstico, deve realizar-se biópsia cutânea em lesões de novo localizadas em mama previamente irradiada.

Palavras-chave: angiossarcoma, radioterapia, cancro da mama

INTRADUCTAL PAPILLOMA : A RARE LOCATION

Filipa Monte; Joana Esteves; Fernanda Fernandes; Carmen Carvalho; Ana Rita Ferreira
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Polymastia is most commonly found in the axilla and it may not be recognized until later in life. Both benign and malignant diseases that occur in the normal breast can also develop in accessory breast tissue.

Case Descriptio: A 38-year-old woman was referred to our Breast Surgery department presenting sporadic sero-hematic discharge from a palpable mass in the right axilla for 1 year.

Thorough physical examination was remarkable for bilateral axillary ectopic breasts. A nodular, smooth lesion of about 15 mm was ascertained within the right axillary accessory breast.

Ultrasonography and Mammography showed a 2 cm nodular opacity within the right ectopic breast. The MRI buttressed early and heterogeneous enhancement by the contrast product. These findings were deserving of better characterization by core-biopsy, which was compatible with papilloma.

She was proposed to bilateral ectopic breast excision. The histologic pattern confirmed the diagnosis of intraductal papilloma.

Conclusio: When a palpable mass is found in the axilla, concerns about breast cancer and nodal disease arise. Although supernumerary axillary breasts are relatively prevalent, a nodule within is a rare finding. The possibility of accessory breast tissue disease should always be considered, therefore, the ectopic breast tissue must be included in standard screening.

Palavras-chave: Polymastia, Intraductal Papilloma, Breast Surgery

MIOFIBROBLASTOMA DA MAMA MASCULINA: DIAGNÓSTICO INESPERADO

Nuno Ventura Ferreira; Margarida Torgal; Jorge Pais; Gustavo Capelão; Patrícia Bárbara; Alexandra Rocha; Sofia Dias; Rita Banza; Miguel Coelho Dos Santos
Centro Hospitalar de Leiria

O miofibroblastoma é um tumor benigno com origem nas células mesenquimais de baixa incidência em patologia mamária, estando relatados na literatura 80 casos até 2018. A sua etiologia é incerta, a prevalência é superior no sexo masculino e está associada à ginecomastia.

Neste caso apresentamos um indivíduo do sexo masculino de 55 anos enviado à consulta de Cirurgia por nódulo mamário não doloroso diagnosticado como incidentaloma após realização de TC torácico. Realizou biópsia ecoguiada cuja histologia sugere miofibroblastoma. A lesão media 27mm de maior eixo. Doente com ginecomastia bilateral. Antecedentes de diabetes, hipertensão, dislipidemia, asma, síndrome de apneia obstrutiva do sono, etilismo em remissão e obesidade. Antecedentes familiares em 1º grau de carcinoma do pulmão e tiróide.

Objetivamente com empastamento no QSI da mama esquerda com palpação axilar negativa para adenopatias. Marcadores tumorais normais.

Submetido a tumorectomia por técnica de Benelli modificada. ANP com peça de 40mm de maior eixo e lesão de 23mm, com aspectos de proliferação mesenquimatosa fusocelular, bem delimitada sem características infiltrativas. Margens sem lesão. Imunohistoquímica também realizada e compatível com o diagnóstico de miofibroblastoma mamário.

Imagens incluídas no poster (histologia, ecografia, intra e pós-operatório)

Palavras-chave: miofibroblastoma, mama

ENCERRAMENTO DE FÍSTULA MAMÁRIA COM TERAPIA DE VÁCUO PÓS-RECONSTRUÇÃO COMPLEXA DA MAMA COM PRÓTESE: CASO CLÍNICO

Nuno Ventura Ferreira (1); Elza Almeida (1); Jorge Pais; Margarida Torgal (1); Gustavo Capelão (1); Inês Gonçalves (2); Diana Parente (1); Miguel Neves (1); Tânia Valente (1); Gonçalo Ferreira (1); Inês Sousa (1); Miguel Coelho Dos Santos (1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria; (2) Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

49 anos, carcinoma da mama direita (T1cN0) submetida a mastectomia subcutânea, reconstrução imediata com prótese subpeitoral, aplicação ADM para confecção de bolsa muscular, enxerto livre CAM e pesquisa de gânglio sentinela homolateral. Pós operatório com necrose do CAM, deiscência da ferida operatória e da ADM pelo que foi submetida a cirurgia de resgate com retalho miocutâneo de músculo grande dorsal, substituição de prótese e construção de neo-CAM. Internada 3 semanas após a 2ª cirurgia por sinais inflamatórios da mama direita e drenagem seropurulenta por orifício da sutura.

Fez vancomicina em internamento com melhoria clínica mas manutenção de orifício fistuloso com drenagem moderada – aplicada placa de colagénio com gentamicina e isolamento com tela de poliuretano. Iniciou vacuoterapia com instilação, passando a regime de aspiração apenas (42 dias) com encerramento do orifício fistuloso. Mantém-se sem necessidade de cirurgia revisional à data de hoje, assintomática, cicatrização completa e com exames de imagem sem alterações periprotésicas ou subcutâneas de relevo.

Apesar da experiência no tratamento conservador do encerramento de fístulas / feridas mamárias com prótese exposta ser muito escassa na literatura, esta já está descrita. Com este caso clínico expomos uma solução de recurso para casos complexos com prótese exposta e fístula.

Palavras-chave: fistula, mama, reconstrução, prótese, vacuoterapia

17:00 – 19:00

SALAS ROMA 1 e 2 – Apresentação de PÓSTERES

(2 min. apresentação e 4 min. discussão)

SALA ROMA 1

Pósteres 2

Presidente: João Miguel Cardoso

Moderadores: Ana Azevedo, Joana Soares Ferreira

OCCLUSÃO INTESTINAL POR CROHN TARDIO NUM DOENTE COM PARAMILOIDOSE E MALROTAÇÃO INTESTINAL – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INCOMUM

João Luís Pinheiro; Andreia J. Santos; Aline Gomes; Ana Oliveira; Jorge Pereira

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

A doença de Crohn é uma doença inflamatória imunomediada de apresentação imprevisível e elevada variabilidade interindividual ao longo da vida. Epidemiologicamente, tem uma distribuição bimodal, mais frequente no adulto jovem e no adulto de meia idade, sendo o seu diagnóstico feito ocasionalmente em contexto urgente. Já a paramiloidose, caracterizada pela infiltração de amilóide em diferentes tecidos, apresenta-se de acordo com a localização do depósito desta proteína, que quando afeta a parede intestinal, resulta em quadros de oclusão intestinal a simular doença estenosante. Homem de 64 anos, com antecedentes de paramiloidose, é internado por quadro de oclusão intestinal parcial em tratamento conservador. Realizou TC-AP que identificou malrotação intestinal, e segmentos de delgado estenóticos com distensão a montante. Questionando-se a hipótese de infiltração por amilóide, dados os antecedentes do doente, foi proposta laparoscopia exploradora uma vez que a estenose mais distal não foi atingível por colonoscopia. Intraoperatoriamente foram identificados segmentos dilatados e duas regiões estenóticas suspeitas. Após conversão por friabilidade das ansas durante a manipulação, foi realizada enterectomia segmentar e anastomose manual L-L isoperistáltica. Pós-operatório sem incidentes a registar com estudo anatomopatológico a identificar infiltrado inflamatório crónico compatível com Doença de Crohn estenosante, tendo sido o estudo negativo para substância amilóide.

Palavras-chave: Oclusão intestinal, Crohn, Paramiloidose, malrotação intestinal

UMA CAUSA INCOMUM DE PERFURAÇÃO INTESTINAL

Ana Daniela Santos

CHTV

A maioria dos corpos estranhos ingeridos por via oral percorrem o trato digestivo sem complicações. Os objetos pontiagudos que atingem o lúmen gástrico, provocam complicações em cerca de 35% dos pacientes. A remoção endoscópica é eficaz em 10 a 20% e, em menos de 1%, é necessária intervenção cirúrgica. Reportamos o caso de uma doente de 92 anos, obesa e com doença de Alzheimer, que ingeriu um artefato religioso o qual levou a perfuração intestinal. Clinicamente, apresentava dor abdominal difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Dado o controlo analítico (leucócitos 20,0x10⁹/L, creatinina 2.5mg/dL, LDH 516UI/L, procalcitonina 199,43ng/ml, proteína C reativa 14.26mg/dL) e a suspeita imagiológica, foi realizada laparotomia exploradora, constatando-se peritonite purulenta generalizada e impactação do corpo estranho na válvula ileocecal. Foi realizada enterotomia para remoção do artefato. Nos primeiros dias o quadro clínico evoluiu favoravelmente, com boa tolerância de dieta oral, com restabelecimento do trânsito intestinal e melhoria analítica. No sexto dia pós-operatório, a doente veio a falecer por complicações respiratórias associadas a infeção SARS-CoV-2.

Palavras-chave: Perfuração intestinal, Ingestão de corpo estranho

DUPLA PERFURAÇÃO GASTROINTESTINAL COM CAUSA DE ABDÓMEN AGUDO

João Mendes; Fábio Viveiros; Inês Arnaud; Cláudia Lima; José Couto; Cristina Silva; Carolina Matos; Cristina Monteiro; Aires Martins; Alberto Midões
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

O abdómen agudo requer um diagnóstico e intervenção imediata para reduzir a morbimortalidade associada. A perfuração gástrica tem crescido em incidência pela elevada prevalência da doença ulcerosa péptica na população. 1/3 das perfurações estão associadas a neoplasia. A perfuração cólica é rara e associada a processos como infeção, isquemia, erosão ou trauma. A principal causa é apendicite aguda.

Homem de 57 anos, sem abrigo, com história de consumo abusivo de álcool conhecida. Recorreu ao SU por dor abdominal difusa há várias semanas, com agravamento e migração da dor para a FID no próprio dia. Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido, prostrado e com abdómen em tábua. Hipotensão e taquicárdico. Realizou TC abdominal que revelou pneumoperitoneu de moderado volume; apêndice ileocecal com 9 mm e líquido adjacente. Foi realizada laparotomia exploradora constatando-se peritonite generalizada; neoplasia do cego, pética, com perfuração para o retroperitoneu; metástase hepática e úlcera do corpo gástrico com drenagem biliar espontânea, parcialmente tamponada pelo epíploon circundante.

Apresenta-se um caso atípico de abdómen agudo no qual se encontram dois focos potencialmente causadores da sintomatologia do doente. A revisão de toda a cavidade abdominal de uma forma sistematizada, no final da cirurgia, é imprescindível para o diagnóstico atempado de lesões secundárias.

Palavras-chave: Perfuração; pneumoperitoneu; abdómen agudo

DIVERTICULITE SOLITÁRIA DO CEGO

João Mendes; Fábio Viveiros; Inês Arnaud; Cláudia Lima; José Couto; Cláudia Silva; Carolina Matos; Cristina Monteiro; Aires Martins; Alberto Midões
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Os divertículos do cego são lesões congénitas benignas, raras, geralmente assintomáticas, mais frequentes em pacientes jovens, sobretudo em países Asiáticos. A diverticulite é rara e pode mimetizar uma apendicite aguda. O diagnóstico é geralmente feito no intraoperatório e o tratamento cirúrgico implica uma recessão intestinal, variando desde uma diverticulectomia até uma colectomia direita, de acordo com o grau suspeição e envolvimento do cólon.

Mulher de 29 anos, saudável, recorreu ao SU por dor na FID com 5 dias de evolução, associada a náuseas e diarreia, sem febre. Ao exame objetivo apresentava dor na FID com defesa. Analiticamente, ligeira leucocitose, sem elevação da PCR. Realizou TC abdominal que revelou densificação da região apendicular com área calcificada de 15 mm que poderia corresponder a um eventual apendicolito. Foi realizada uma laparoscopia exploradora que revelou um apêndice ileocecal normal e uma massa inflamatória cecal a cerca de 2 cm da válvula ileocecal. Foi realizada uma ileocectomia com anastomose primária.

Trata-se de um caso raro de diverticulite do cego mimetizando uma apendicite aguda. Apesar dos avanços na área da radiologia continua a ser um diagnóstico difícil de realizar no pré operatório. A laparoscopia diagnóstica é frequentemente o último recurso para esclarecimento etiológico e tratamento.

Palavras-chave: Diverticulite; cego; abdomén agudo

ORIENTAÇÃO DO CISTADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Alberto Abreu Da Silva; Alda Pinto; Ana Isabel Cruz; Jéssica Ricardo; Ana Cláudia Deus; José Augusto Martins
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: O cistadenoma mucinoso do apêndice é uma neoplasia benigna e infrequente, que em alguns casos pode complicar com pseudomixoma peritoneal. Deve ser tratado através da realização de apendicectomia, contudo poderão ser necessários outros tratamentos, de acordo com o tipo de lesão identificada.

Métodos: Apresenta-se um caso clínico de um doente com lesão mucinosa do apêndice, submetido a cirurgia.

Caso Clínico: Homem de 76 anos com dor recorrente na fossa ilíaca direita com imagem em TC sugestiva de mucocelo do apêndice. Foi realizada, eletivamente e sem complicações, uma apendicectomia laparoscópica, onde se observou um apêndice dilatado, sem outros achados. A anatomia patológica revelou ser um cistadenoma mucinoso do apêndice de baixo grau do tipo 1.

Discussão: O mucocelo do apêndice é mais frequentemente causado por lesões benignas, nomeadamente o cistadenoma mucinoso do apêndice, mas também pode ser causado por lesões malignas. Assim, é necessário considerar que na orientação destas situações o tratamento poderá implicar, além da apendicectomia, a realização de uma hemicolectomia direita e/ou cirurgia citoreduzora com HIPEC seguido de quimioterapia. Além disso, todos estes doentes devem manter-se em vigilância, por forma a identificar e orientar precocemente os casos que complicam com pseudomixoma peritoneal.

Palavras-chave: Apêndice, Cistadenoma mucinoso

“NEM TUDO É O QUE PARECE”: DIVERTICULITE DO CEGO – UMA SIMULADORA DE APENDICITE AGUDA

Miguel Andrade De Almeida; João Pedro Araújo Teixeira; Tiago Pimenta; Elisabete Barbosa

Centro Hospitalar Universitário de São João

A diverticulite do cego (DC) é rara em países ocidentais, auferindo menos de 5% das manifestações de doença diverticular. Os principais sintomas são a dor na fossa ilíaca direita, náuseas/vómitos e febre. Mais de 75% são erradamente diagnosticados como apendicite aguda (AA) levando desnecessariamente a cirurgia exploradora na sua maioria.

Doente do sexo feminino de 48 anos com dor no quadrante inferior direito de início súbito, associada a náuseas, diarreia e anorexia. Abdómen mole e depressível com defesa e dor à descompressão na fossa ilíaca direita. Ecografia: não identificado o apêndice, espessamento parietal do cego com densificação da gordura pericólica. TC abdómen-pélvica: divertículo cecal único de 7 mm com calcificação contígua, sem perfuração ou abscesso, sugerindo diverticulite do cego não complicada. Internada e submetida a tratamento conservador com antibioterapia, fluidoterapia e pausa alimentar. Colonoscopia de controlo às 6 semanas sendo excluída malignidade.

É difícil distinguir a DC da AA à apresentação clínica. A TC é o melhor exame imagiológico para o diagnóstico de DC, sendo essencial na evicção de cirurgias potencialmente desnecessárias, já que apenas 3-6% dos doentes são corretamente diagnosticados antes de serem intervencionados. O tratamento conservador da diverticulite do cego não complicada é seguro, devendo este ser preferido.

Palavras-chave: diverticulite, apendicite aguda, diverticulite do cego

VOLVO DO CÓLON DIREITO EM DOENTE POLITRAUMATIZADO

Rita Gonçalves Monteiro; João Gomes; Joana Peliteiro; Moutinho Teixeira; Tatiana Neves; Filipa Meruje; Horácio Pérez; Aida Paulino
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: O volvo do cólon é definido como uma torção da ansa intestinal sobre o seu eixo mesentérico, sendo o volvo cecal uma causa incomum de obstrução intestinal.

Caso clínico: Doente de 54 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por queda de 3 metros de altura. Os exames complementares mostraram pneumotórax à esquerda, fratura de 4 arcos costais à esquerda, da asa ílica esquerda e do 1º metacarpo esquerdo. Foi colocado dreno torácico e tala gessada antebraqu岸o-palmar. No 3º dia de internamento inicia quadro de desconforto abdominal. A TC-AP evidenciou volvo do cólon sigmóide, com 11cm de distensão. Foi realizada descompressão endoscópica, observando-se angulação marcada a cerca de 25 cm do OECA. No dia seguinte recorrência do quadro, assumindo-se volvo recorrente, com nova colonoscopia descompressiva. Progressão até aos 25 cm do OECA, identificando-se torção do lúmen cólico neste nível, progredindo-se até ao ângulo esplénico. No 5º dia de internamento apresentou abdómen distendido, dispneia, GSA com hipoxemia. Realizada laparotomia exploradora verificando-se megacólon por volvo do cego, realizada hemicolectomia direita com anastomose primária e ileostomia de proteção. O exame anatomopatológico foi compatível com colite isquémica, no contexto de volvo do cego.

Conclusão: O volvo do cego é uma causa rara de obstrução intestinal com sintomas inespecíficos. O facto de ser incomum implica um alto índice de suspeição para intervenção urgente. A hemicolectomia é direita é a abordagem recomendada.

APENDICOLITO GIGANTE EM APENDICITE AGUDA

Rita Gonçalves Monteiro; João Gomes; Joana Peliteiro; Moutinho Teixeira; Tatiana Neves; Filipa Meruje; Horário Pérez; Aida Paulino
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A apendicite aguda é uma das emergências cirúrgicas mais comuns em todo o mundo. Os apendicolitos são bastante comuns, estando presentes em 3% da população geral e em cerca de 10% dos casos de apendicite. No entanto, apendicolitos gigantes, com diâmetro superior a 2 centímetros, são extremamente raros.

Caso clínico: Doente de 69 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal, com um dia de evolução, maioritariamente localizado na fossa ilíaca direita, sem náuseas ou vômitos associados, referindo uma dejeção diarreica. Analiticamente apresentava leucocitose, PCR 172,1. Realizou TC abdomino-pélvica, que revelou apêndice de calibre aumentado- 27 mm- contendo volumoso apendicolito com 25 mm, encontrando-se rodeado por gordura densificada e pequena quantidade de líquido. O doente foi submetido a apendicectomia laparoscópica com conversão para clássica. O diagnóstico anatomopatológico foi compatível com apendicite aguda gangrenosa com peritonite.

Conclusão: Os apendicolitos gigantes são raros e geralmente assintomáticos. A presença de apendicolitos prevê uma incidência aumentada de perfuração e formação de abscesso, pelo que o tratamento preconizado é a apendicectomia urgente.

PERFURAÇÃO DE DIVERTÍCULO DO SIGMÓIDE EM HÉRNIA INGUINAL ESTRANGULADA

Maria Adriano Costa; Maria Reigota Miranda; Ana C Moreira; Alice Pimentel; Sofia Dias Silva; Leonor Sardo; Eduardo Oliveira; Joana Noronha; Daniela Oliveira
Centro Hospitalar Baixo Vouga

Apresentamos um caso de perfuração de um divertículo do sigmóide em hérnia inguinal estrangulada, uma entidade extremamente rara.

Homem, 59 anos, com diagnósticos de colite ulcerosa sem atividade aparente e mieloma múltiplo sob quimioterapia até cerca de um mês antes.

Recorreu ao Serviço de Urgência, por dor abdominal generalizada e paragem de emissão de gases e fezes, sem náuseas ou vômitos. À observação, apirético, abdómen doloroso à palpação, sem sinais de reação peritoneal, e com uma tumefação inguinal esquerda volumosa, dolorosa, inflamada e irreductível. Analiticamente, sem leucocitose, com PCR: 14,8 mg/dL. Radiografia abdominal com níveis hidroaéreos.

Operado no próprio dia, por hérnia estrangulada, através de incisão inguinal esquerda.

Apresentava saco herniário edemaciado e com conteúdo purulento, em relação com perfuração de divertículo do sigmoide herniado. Dada a aparente viabilidade do cólon, foi apenas efetuada excisão do divertículo na sua base, com agrafagem automática e sutura sero-serosa de proteção. A reparação herniária foi efetuada pela técnica de Bassini modificada. Cumpriu antibioterapia endovenosa durante o internamento, que foi um pouco prolongado, por ileus pós-operatório. Teve alta ao 9º dia.

Trata-se, então, de uma entidade muito rara, que foi tratada com sucesso, com uma abordagem menos invasiva, do que as descritas na literatura.

Palavras-chave: Divertículo, Perfuração, Hérnia estrangulada

ACUTE ABDOMEN: INTESTINAL MALROTATION AND CECAL VOLVULUS IN THE ADULT

António Freitas; Ana Faustino; Beatriz Martins; Luis Bernardo
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introduction: Cecal volvulus accounts for 1-1.5% of all adult intestinal obstructions and 30% of all volvulus involving the colon. It occurs due to torsion or hyperflexion of a hypermobile caecum. Intestinal malrotation occurs due to incomplete or faulty rotation and fixation of the gut during fetal life. The combination of both processes presenting in the adult life is unusual, making the diagnosis difficult and delayed. Case presentation: A 50 year old man with history of alcoholism, presented to the emergency department with an acute abdomen. CT imaging was diagnostic for caecal volvulus with intestinal malrotation. Emergent laparotomy was ensued, ileo-caecal resection was performed.

Discussion: The uniqueness of our case is that the association of these two anomalies made both the diagnosis and the therapy even more difficult. Abdominal CT has become mandatory for pre-operative diagnosis of intestinal volvulus. Surgery is the gold standard treatment for caecal volvulus. Other options, with viable bowel, are manual detorsion, caecopexy, caecostomy.

Conclusion: This case reports a rare association of a caecum volvulus with intestinal malrotation that emphasis the place of modern technologies such as CT scan to achieve correct pre-operative diagnosis and emergent surgical treatment to provide the best outcome.

Palavras-chave: Acute abdomen, Intestinal malrotation, Volvulus

INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCÓLICA POR LINFOMA DE BURKITT INTESTINAL

Nuno Ventura Ferreira; Paulo Clara; Sandra Amado; Tânia Valente; Gonçalo Sousa Ferreira; Arnaldo Figueiredo; Jorge Pais; Miguel Coelho Dos Santos
Centro Hospitalar de Leiria

A maioria dos linfomas digestivos desenvolve-se no estômago, ocorrendo no intestino delgado em 9% dos casos.

O linfoma de Burkitt representa 1% dos linfomas não-Hodgkin e dividem-se em endêmico, esporádico e associados a imunodeficiência. A incidência no intestino delgado é muito baixa.

Apresenta-se um doente de 58 anos que recorreu à urgência por náuseas, vômitos, abdominalgia e emagrecimento de 10Kg num mês. Antecedentes de hipertensão, diabetes mellitus e DPOC. Fez TC que demonstrou massa na transição ileocólica com suspeita de microperfuração. Intraoperatoriamente observou-se massa invaginante do íleon terminal para o lúmen do cólon numa extensão de 8cm tendo sido submetido a hemicolecomia direita laparoscópica. Histologicamente com proliferação celular linfóide B, imunohistoquímica CD20, CD 79alfa, CD 10, Bcl-6 positiva, com Ki-67 próximo de 100%. Deste modo determinou-se o diagnóstico de linfoma de Burkitt do íleon terminal, estadio IV-A.

Referenciado para Hemato-oncologia onde cumpriu 2 ciclos de R-HiperCVAD e profilaxia do SNC. Punção lombar com infiltração do SNC e invasão medular maciça. Registou-se toxicidade à quimioterapia: complicações infecciosas graves e hemorragia subdural espontânea com necessidade de 5 internamentos no 1º ano.

Actualmente encontra-se com 2 anos de follow-up, em remissão completa imagiológica, medular e leptomeníngea e assintomático do ponto de vista gastrointestinal.

Palavras-chave: intussuscepção, intestino delgado, Burkitt, linfoma, invaginação

NEOPLASIA MUCINOSA DO APÊNDICE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÃO ANEXIAL

Inês Peixoto; Carla Marina Oliveira; Cristina Carvalho; Carlos Alpoim; Rita Lourenço; Diana Matos; André Lopes; Anita Santos
HSOG

As lesões anexiais são massas em órgãos pélvicos, geralmente diagnosticados de forma incidental na realização de exames de imagem. A maioria encontra-se na dependência de órgão ginecológicos, no entanto, devem ser excluídas causas não ginecológicas. As neoplasias mucinosas do apêndice são uma entidade rara, sendo encontradas em menos de 1% das peças cirúrgicas de apendicectomia. É mais frequente no sexo feminino, entre a quinta e sexta década de vida.

Análise de caso clínico relativo a doente do sexo feminino, de 72 anos, encaminhada a consulta de Cirurgia Geral por massa anexial à direita, tratando-se de incidentaloma em ecografia realizada por hepatomegalia. Previamente avaliada em consulta ginecologia por suspeita de quisto anexial, tendo tido alta pela lesão não se encontrar na dependência dos órgãos ginecológicos.

Na abordagem a esta doente, foram requisitados exames complementares de diagnóstico como tomografia computadorizada, marcadores tumorais, e endoscopia digestiva alta e baixa. Foi realizada apendicectomia laparoscópica. O resultado histológico de neoplasia mucinosa de baixo grau pt3N0M0, pelo que se procedeu a realização de hemicolectomia direita.

Uma abordagem multidisciplinar é imprescindível na abordagem destes doentes e a referência a centros especializados deve ser ponderada, nomeadamente na existência de doença peritoneal.

Palavras-chave: neoplasia; mucinosa; apêndice

UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL CRÓNICA

Luísa Magno; Maria Leonor Matos; Luísa Frutuoso; Catarina Rodrigues; Jorge Costa; Mário Nora
CHEDV

Introdução: A apendicite crónica é uma entidade rara, desafiante e controversa. A sua etiologia relaciona-se com uma obstrução parcial mas persistente do apêndice, sendo as principais causas fecalitos, neoplasias ou hiperplasias linfóides. Assumindo clínica habitualmente subtil, complicações como perfuração e abscesso devem ser sempre consideradas.

Métodos: Apresentação de caso clínico.

Resultados: Mulher 76A sem antecedentes de relevo orientada à consulta por dor abdominal na FID com anorexia e perda ponderal significativa. Realizou colonoscopia com visualização de muco no orifício apendicular e mucosa de aspeto congestivo (biópsia – mucosa com alterações inflamatórias crónicas, com foco de erosão/ ulceração), restante exame sem alterações. TC tórax sem evidência de lesões e MT normais. RMN a evidenciar formação sólida, heterogénea, irregular com 4cm de maior eixo no segmento distal do apêndice, sem adenopatias. A doente foi então proposta para apendicectomia laparoscópica eletiva, decorrida em Julho 2022 sem intercorrências. O resultado histológico revelou apendicite crónica transmural difusa com divertículo no terço distal do apêndice.

Conclusões: Apesar de não ser considerada uma emergência cirúrgica, a apendicite crónica constitui um desafio diagnóstico e terapêutico para os cirurgiões. Neste contexto, a cirurgia eletiva deve ser precoce para excluir a presença de uma neoplasia e evitar complicações.

AN IMPROBABLE COMBINATION: ADULT INTESTINAL MALROTATION AND ILEOCOLIC INTUSSUSCEPTION CASE REPORT

Bárbara Freire; Juliana Macedo; Carlos Oliveira; João Mendes; Márcia Carvalho; Ricardo Lemos; Francisco Sampaio; Laura Santos
Centro Hospitalar do Médio Ave

Introduction: Intestinal malrotation is a rare congenital anomaly that originates from failure of the normal rotation and fixation of the midgut during the embryologic development, this is a very rare condition in adults.

Intussusception is defined as the telescoping of a proximal segment of the gastrointestinal tract within the lumen of the adjacent segment. This condition is also rare in adults.

Case presentation: A 76-year-old man was admitted with dull abdominal pain of 15 days duration with an increased frequency of stools, semisolid in nature, with no blood or mucus.

Contrast-enhanced CT (CECT) scan of the abdomen showed a ileocolic intussusception. On exploration, the DJ flexure and the small bowel loops were on the right side. The caecum, ascending colon and the hepatic flexure were unfixed and in the midline. There was a ileo-colic intussusception. Right colectomy was done and a mechanical side-to-side ileocolic anastomosis was performed. Histopathology showed an inflammatory fibroid polyp.

Conclusion: Most of the patients with malrotation are diagnosed early in life with some remaining asymptomatic and noticed in adult life. Intussusception in adults is uncommon, with about 80%–90% of them occurring secondary to an underlying pathology. Surgery is the treatment of choice for intussusception in adults.

Palavras-chave: intestinal malrotation; intussusception

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITE AGUDA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Castelhão

Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Introdução: A apendicite aguda é uma das causas mais frequentes de abdómen agudo e de indicação operatória para cirurgia abdominal urgente.

Caso clínico: Mulher, 24 anos, antecedentes de diabetes mellitus, com mau controlo metabólico, recorreu à Urgência por dor abdominal difusa, mais acentuada nos flancos direitos, associada a náuseas, vômitos e febre.

O abdómen estava ligeiramente doloroso nos quadrantes inferiores, mais localizado na fossa ílica direita e sinais de Blumberg e Rovsing positivos.

A ecografia pélvica demonstrou presença de estrutura compatível com apêndice ileocecal, com espessamento, estratificação parietais e líquido livre peri-cecal.

Submetida a apendicectomia laparoscópica, não se verificando inflamação do apêndice.

Posteriormente, iniciou distensão abdominal, hematúria e emissão de gases na micção. Fez tomografia computadorizada abdomino-pélvica revelando líquido livre intraperitoneal e ar na parede da bexiga, admitindo-se provável perfuração desta.

Submetida a laparotomia exploradora, descartando-se perfuração vesical, e por choque séptico foi admitida em Cuidados Intensivos com diagnóstico de cistite enfisematosa.

Conclusão: A cistite enfisematosa é uma apresentação rara de infecção do tracto urinário complicada, com maior incidência em mulheres, diabéticas, entre os 60-70 anos. A sua apresentação clínica é variável, sendo a prioridade terapêutica a introdução rápida de antibióticos. Deve ser considerada no diagnóstico diferencial da apendicite aguda.

UM CASO DE MUCOCELO DO APÊNDICE

Carolina Fernandes; Raquel Pereira; Ana Logrado; Débora Aveiro; Júlio Constantino;
Jorge Pereira
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

As neoplasias mucinosas do apêndice são entidades raras, mais comuns em mulheres e pessoas acima de 50 anos. A apresentação clínica é inespecífica, sendo o principal sintoma, dor abdominal nos quadrantes direitos. Estas lesões dividem-se em não neoplásicas e neoplásicas, que se subdividem consoante as características histológicas. A sua rutura implica disseminação peritoneal de células neoplásicas e conteúdo mucinoso, podendo originar pseudomixoma peritoneal, associado a alta mortalidade. O tratamento recomendado é ressecção cirúrgica, que tem, também, intuito diagnóstico. Apresentamos o caso de um homem de 53 anos, observado no serviço de urgência por quadro de dor abdominal com 10 dias de evolução. À observação, dor à palpação na fossa ílica direita, sem defesa. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou uma tomografia computadorizada que revelou um volumoso mucocele do apêndice (49x45x84mm) com espessamento parietal, conteúdo espesso e bolhas gasosas. Submetido a laparotomia exploradora, objetivando-se, intraoperatoriamente, presença de mucocele do apêndice com calcificações. Realizada cecectomia com preservação da válvula ileocecal. Evolução favorável e alta ao 5º dia pós-operatório. O exame histológico evidenciou uma Neoplasia Mucínica Apendicular de Baixo Grau (LAMN), sem pseudomixoma peritoneal, ressecção R0. Realizou colonoscopia e tomografia computadorizada que excluiu doença local e à distância. Mantém vigilância em consulta.

Palavras-chave: Mucocele do apêndice

ADENOCARCINOMA MUCINOSO DO APÊNDICE

Daniela Martins (1); Guida Pires (2); Ana Rita Ferreira (1); Bárbara Tomé (1); Andreia Amado (1); Bela Pereira (1); Carmen Carvalho (1); Lurdes Gandra (1); Manuel Oliveira (1)

(1) CHVNG/E; (2) Unidade Local de Saúde do Nordeste

INTRODUÇÃO: As neoplasias apendiculares constituem 1% de todas as neoplasias gastrointestinais, sendo que 20% correspondem a adenocarcinomas mucinosos. Atingem maioritariamente indivíduos entre 50-60 anos e apresentam-se, tipicamente, com quadro clínico de apendicite aguda. O diagnóstico pré-operatório é raro, sendo que são encontradas em 0.2% das apendicectomias.

CASO CLÍNICO: Mulher, 70 anos, sem antecedentes relevantes, recorreu ao SU por tumefação com sinais inflamatórios na FID, leucocitose e PCR aumentada. A TC AP relatava coleção de 9,9x9,4cm na parede abdominal com trajeto fistuloso que se aproximava do cego, suspeitando-se de perfuração deste vs. complicação de apendicite aguda, tendo-se realizado drenagem percutânea. Na TC de reavaliação surge a suspeita de neoplasia mucinosa do apêndice. A doente foi proposta para cirurgia, tendo sido submetida a hemicolectomia direita, cuja histologia determinou adenocarcinoma mucinoso. Realizou PET que levantou a suspeita de implante peritoneal, sendo então proposta para cirurgia de citorredução e HIPEC.

CONCLUSÃO: O adenocarcinoma mucinoso, pela sua raridade e clínica inespecífica, constitui um desafio diagnóstico, sendo a avaliação histológica essencial para a sua confirmação. Está frequentemente associado a elevado grau de agressividade loco-regional, podendo apresentar-se com invasão da parede abdominal. Existe ainda grande risco de perfuração, espontânea ou iatrogénica, determinando maior probabilidade de disseminação peritoneal.

Palavras-chave: Apêndice, Adenocarcinoma Mucinoso

FECALÚRIA, UMA CONSEQUÊNCIA DA DOENÇA DIVERTICULAR

Hugo Pereira; Daniela Martins; Carolina Tavares; Ana Ferreira; Tatiana Queirós; João Cardoso; Manuel Oliveira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: a doença diverticular é cada vez mais comum na sociedade ocidental, assintomática em 80% dos casos, mas podendo resultar em complicações sérias.

Material e Métodos: consulta do processo clínico no CHVNG/E.

Resultados: homem, 58 anos e antecedentes de incontinência urinária, seguido em Urologia, e com um episódio de diverticulite aguda que motivou encaminhamento a Cirurgia Geral. Recorre ao SU por dor suprapúbica, sintomatologia urinária com fecalúria e pneumatúria, com 15 dias de evolução. Ao exame objetivo com temperatura de 40,1°, taquicárdico e disfunção respiratória. Dor hipogástrica, sem irritação peritoneal. Analiticamente: parâmetros inflamatórios aumentados e lesão renal aguda. Imagiologicamente, TC com mega divertículo e sinais de diverticulite aguda associado a trajeto fistuloso colo-vesical. Durante o internamento por fecalúria contínua e manutenção de SIRS analítico foi submetido a sigmoidectomia com colostomia terminal. Sem intercorrências no restante internamento, teve alta ao 5º dia pós-operatório assintomático.

Conclusão: a fecalúria, no contexto desta doença, deve ser sempre um alerta para uma das suas complicações, a fístula colo-vesical. O seu diagnóstico pode ser difícil pelo que os métodos de imagem são essenciais. O timing do seu tratamento é controverso quando assintomática, no entanto, quando associada a diverticulite e sintomatologia urinária a cirurgia é gold standard.

Palavras-chave: Divertículos, Cólon, Fístula, Bexiga

SALA ROMA 2

Pósteres 3

Presidente: Hélder Ferreira

Moderadores: Susana Graça, Carlos Soares

FACTORES DE RISCO DE RECIDIVA APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABSCESSO PILONIDAL: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TUNISINO

Mohamed Farès Mahjoubi; Mohamed Farès Maatouk; Bochra Rezgui; Yasser Karoui; Sirine El Heni; Nada Essid; Marwa Bouafif; Mounir Ben Moussa
Hospital “Charles Nicolle”, Tunes, Tunísia

Introdução: O abscesso pilonidal representa a forma supurativa aguda da doença pilonidal. Sua benignidade contrasta com o alto risco de recidiva. O objetivo de nosso estudo foi determinar os fatores de risco de recidiva após tratamento cirúrgico dos abscessos pilonidais.

Métodos: Realizamos um estudo de série de casos incluindo pacientes operados para abscesso pilonidal, durante um período de 5 anos. Procuramos a ocorrência de recidiva pós-operatória nos prontuários médicos ou entrevistando pacientes alcançáveis.

Resultados: Eram 66 pacientes. A média de idade foi de 27 ± 10 anos. Cinquenta e seis por cento eram homens. A recorrência da doença pilonidal ocorreu em 21% dos pacientes (14 casos), em um tempo médio de $10,2 \pm 6,2$ meses. A forma de recidiva foi um abscesso em 36% dos casos, uma fístula ou forma assintomática em 64% dos casos. A análise univariada mostrou que a recorrência da doença pilonidal após tratamento cirúrgico estava estatisticamente relacionada ao tipo de procedimento ($p=0,007$), tipo de anestesia ($p=0,006$), experiência do cirurgião ($p=0,049$), uso de antiinflamatórios não esteróides antes da intervenção ($p=0,05$) e abscessos complicando uma fístula conhecida ($p=0,014$). Na análise multivariada, o fator independente que influenciou a recorrência foi apenas o tipo de intervenção ($p=0,031$, $B=1,604$, IC 95% [1,154-21,423]).

Conclusão: Em nosso estudo, o fator mais importante foi o método cirúrgico. Estudos comparativos entre os dois métodos poderiam confirmar nossos resultados.

Palavras-chave: Abscesso, Seio pilonidal, Recidiva

MOREL-LAVALLÉE LIKESami Silva

Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Doente do sexo masculino de 48 anos, recluso, com história de drenagem de abscesso na coxa, recorreu ao serviço de urgência por tumefação na coxa direita com meses de evolução, que associava a medicação oral e injectável prescrita na prisão.

Por suspeita de sarcoma, foi realizada RMN onde se destacavam pequenas formações de sinal heterogéneo, misto híper e hipo-intenso em T1 e T2, aparentemente sólido e com sede no compartimento dos adutores à direita. Em T2, esta formação apresenta drop-out de sinal e algum blooming envolvente, sugerindo algum conteúdo hemático. No plano axial esta lesão media 168x125mm de maiores eixos, não sendo possível aferir o maior eixo longitudinal.

Realizada tomografia toraco-abdomino-pélvica sem evidência de metastização à distância.

O caso foi enviado para o IPO do Porto, tendo a lesão sido biopsada múltiplas vezes, aferindo-se que as amostras eram constituídas quase exclusivamente por coágulos sanguíneos, contendo proliferação vascular revestida por células endoteliais tumefactas, sem atipia e sem mitoses (CD31+, CD34+).

Dada a exclusão de malignidade, e tendo em conta a extensão da lesão, que comprometia a funcionalidade do membro, foi proposta a exérese da mesma lesão.

O resultado histológico foi congruente com as biópsias prévias.

Palavras-chave: Morel-Lavallée, Hematoma, Sarcoma

ENDOMETRIOSE EXTRA UTERINA IMITANDO UMA APENDICITE AGUDA

Mohamed Farès Mahjoubi; Yasser Karoui; Nada Essid; Mohamed Maatouk; Karim Haouet; Mounir Ben Moussa
Hospital “Charles Nicolle”, Tunes, Tunísia

Introdução: A endometriose de parede é uma entidade patológica rara, que pode imitar a apendicite aguda, ocorre na maioria dos casos sobre uma cicatriz após cirurgia ou cesariana.

Caso clínico: Uma paciente feminina de 24 anos, sem história patológica prévia, consultada para uma síndrome apendicular, evoluindo desde um dia. No exame inicial: sem febre, dor à palpação da fossa ilíaca direita, não havia massa palpável. O trabalho biológico mostrou um síndrome inflamatório biológico, Beta HCG exame negativo. A ecografia abdominal mostrou um apêndice inchado, com densificação da gordura à sua volta. O diagnóstico de apendicite aguda foi inicialmente feito. Foi decidido operar a paciente, por laparoscopia. A exploração encontrou um apêndice saudável, com uma massa pedunculada de 3 cm, parietal, avermelhada, multi-lobulada, sem derrame peritoneal. Esta massa foi ressecada e depois extraída num saco. A apendicectomia não foi realizada porque o aspecto saudável do apêndice não explicava os sintomas da doente. O curso pós-operatório foi simples. O resultado anatomopatológico do espécime cirúrgico concluiu com uma endometriose da parede abdominal

Conclusão: A grande maioria de endometrioses afecta exclusivamente o tracto genital. No entanto, as vezes espalha-se e dá um envolvimento visceral ou parietal, pode imitar uma síndrome cirúrgica.

Palavras-chave: Endometriose, Apendicite aguda

TUMOR TESTICULAR REVELADO POR UMA GRANDE MASSA RETROPERITONEAL

Mohamed Farès Mahjoubi; Bochra Rezgui; Nada Essid; Mohamed Maatouk; Marwa Bouafif; Mounir Ben Moussa

Hospital “Charles Nicolle”, Tunes, Tunísia

Introdução: Os tumores testiculares malignos são raros em adultos e representam apenas 1% do câncer em homens. O sintoma mais comum é a dor testicular. No entanto, este tumor pode ser revelado por uma apresentação atípica e não específica.

Observação: Um homem de 22 anos, sem histórico médico, consultou para dor abdominal paroxística, evoluindo por 6 meses, com perda de peso. O paciente estava em boas condições, IMC=21. No exame: Uma grande massa periumbilical indolor e um nódulo testicular de 1 cm, duro e indolor à direita. Um ultra-som testicular mostrou uma lesão nodular suspeita no testículo direito. O TAC mostrou uma massa retroperitoneal volumosa medindo 5*4*7 cm com necrose central, em contato com o duodeno, a aorta abdominal, e a veia cava inferior. Foi realizada uma laparotomia, foi feita uma ressecção completa da massa retroperitoneal e uma orquiectomia direita. O exame patológico concluiu um tumor de células germinativas mistas: teratocarcinoma e vitelina. Após a cirurgia, o paciente foi encaminhado para quimioterapia adjuvante. 6 meses depois, o paciente estava assintomático.

Conclusão: A descoberta de um tumor retroperitoneal pode dar origem a difíceis discussões diagnósticas. Devemos sempre pensar em tumores testiculares malignos, especialmente em sujeito jovem do sexo masculino.

Palavras-chave: Germinoma, Testis

ACESSOS VASCULARES E VARIAÇÕES ANATÓMICAS: A EXISTÊNCIA DE UMA VEIA CAVA SUPERIOR ESQUERDA E EVENTUAIS IMPLICAÇÕES

Tiago Alexandre Ventura Antunes; Ana Ruivo; Catarina José Melo; José Guilherme Tralhão

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O uso de cateteres totalmente implantáveis (CTI), está indicado sobretudo em doentes oncológicos. Neste sentido, o conhecimento da anatomia vascular é fundamental na colocação e prevenção de complicações. Neste trabalho será apresentado um caso em que foi identificada uma variação anatômica da veia cava superior (VCS) durante a colocação de um CTI.

Descrição do caso: Homem, 68 anos com Linfoma Não Hodgkin proposto para quimioterapia. Decidida colocação de CTI. Após revisão de imagens de TC torácica prévia, identificada VCS única no hemitórax esquerdo. Decidida colocação de CTI por punção da veia subclávia esquerda, sem complicações. Não foram constadas intercorrências nos 90 dias.

Discussão: A existência de VCS esquerda é uma variação anatômica com prevalência de 0,3-0,5% nos adultos sem malformações cardíacas. Na maioria dos casos existe também uma veia cava superior direita, sendo rara a existência de uma VCS esquerda única. O diagnóstico é incidental e a maioria dos casos assintomáticos, existindo um maior risco de arritmia e malformações cardíacas, recomendando-se estudo complementar cardíaco antes do início dos tratamentos.

Conclusão: O conhecimento da anatomia vascular e das principais anomalias, como a existência de uma VCSE, é essencial para uma colocação segura de cateteres venosos centrais e prevenção de complicações.

Palavras-chave: Acessos vasculares, Variações da anatomia vascular torácica, Veia cava superior esquerda.

QUADRO OCLUSIVO NA PÚRPURA DE HENoch SCHONLEIN

Fábio Correia Viveiros; Cristina Monteiro; Rui Escalera; Carolina Matos; Cristina Silva; José Couto; João Mendes; Cláudia Lima; Inês Arnaud; Alberto Midões
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO: A Púrpura de Henoch Schonlein (PHS) é uma vasculite sistémica mediada por IgA e é caracterizada pela tríade clínica de purpura trombocitopénica palpável, dor abdominal e artrite. É mais comum em crianças. Geralmente é autolimitada, sobretudo em crianças, mas nos adultos a possibilidade de doença grave é superior. Em termos intestinais encontra-se frequentemente associada a invaginação, melenas e isquemia mesentérica.

CASO: Homem, 74 anos, antecedentes de PHS com envolvimento cutâneo, articular, renal e intestinal (antecedentes de episódios de dor abdominal com hematoquézias associadas). Admitido no Serviço de Urgência por dor abdominal nos quadrantes inferiores associada a quadro suboclusivo. Do estudo realizado a realçar TC abdominal com espessamento duodenal (D3/D4) com sinais de fenómenos vasculíticos. Realizou ainda endoscopia digestiva alta que revelou na mesma zona duodenopatia isquémica e realizou biópsias que mostraram isquemia duodenal sem evidência de atipia provavelmente associada a fenómenos vasculíticos.

DISCUSSÃO: Embora a PHS seja mais frequente em crianças e nestes autolimitada, quando temos um doente adulto deveremos ter em atenção a possibilidade de atingimento intestinal, sobretudo a probabilidade de oclusão parcial ou até mesmo total por atividade da doença.

Palavras-chave: Oclusão, Púrpura de Henoch Schonlein

SARCOMAS INTRA-ABDOMINAIS: CASUÍSTICA DE UMA ENTIDADE RARA

Teresa Vieira Caroco (1); Raquel Prata Saraiva (1); Miguel Duarte Ângelo (1); Daniel Jordão (2); Carlos E. Costa Almeida (1)

(1) Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil; (2) Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: Os sarcomas de tecidos moles constituem um grupo diverso de raras neoplasias malignas mesenquimatosas, correspondendo a 1% das neoplasias malignas nos adultos. 40% dos sarcomas originam-se na parede abdominal e no retroperitoneu. Sarcomas intraperitoneais e pélvicos extraperitoneais são mais raros. Frequentemente apresentam-se como massas gigantes.

Métodos: Análise retrospectiva dos sarcomas tratados no IPO de Coimbra entre janeiro de 2020 e abril de 2022 para identificar aqueles de localização intra-abdominal. Revisão do processo clínico dos doentes identificados. Revisão da literatura usando as plataformas MEDLINE/PUBMED.

Resultados: Identificados quatro casos de sarcomas intra-abdominais. Uma paciente do sexo feminino e 3 do sexo masculino, entre os 69 e os 88 anos. Os sarcomas apresentavam tamanhos entre dos 12x11cm e os 14x22cm. Todos foram operados. A histologia mais comum foi lipossarcoma (n=3) e apenas um leiomiossarcoma.

Conclusão: Devido à escassa sintomatologia, os sarcomas intra-abdominais são frequentemente diagnosticados quando as massas apresentam tamanhos consideráveis. A histologia mais frequente dos sarcomas retroperitoneais é lipossarcoma, seguida de leiomiossarcoma. Os nossos resultados são concordantes, apesar de a localização ser intra-abdominal e do baixo número. A cirurgia é o único tratamento curativo, podendo ser desafiante devido às complexas relações anatómicas e limitações em conseguir uma resseção R0.

Palavras-chave: Sarcoma

ESPIRADENOCARCINOMA: UM CASO CLÍNICO INCOMUM

Teresa Vieira Carço; Sara Reis; Carlos E. Costa Almeida; Paula Messias; Noémia Castelo -Branco; Maria Eugênia Granj
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

Introdução: Espiradenocarcinoma é um tumor raro com origem nas glândulas sudoríparas, podendo originar-se de novo ou por malignização de espiradenoma benigno. Existem menos de 200 casos relatados na literatura. A manifestação típica é o crescimento rápido de uma massa cutânea crónica, podendo apresentar eritema, dor, hemorragia e ulceração.

Métodos: Análise retrospectiva de processo clínico do doente e revisão da literatura.
Resultados: Mulher, 61 anos, enviada à consulta por lesão tumoral com 5x4cm na face interna da coxa direita, com vários anos de evolução e crescimento recente. Realizada biópsia incisional com diagnóstico de espiradenoma. Realizou RM sem atingimento da fáscia. Celulite no membro por ulceração da lesão. Realizada excisão da lesão com encerramento primário. Histologia confirmou espiradenoma com área de transformação em espiradenocarcinoma. Realizado alargamento de margem, sem neoplasia.

Conclusão: Devido à sua raridade não há guidelines para o tratamento do espiradenocarcinoma. O tratamento cirúrgico agressivo é recomendado, na ausência de metástases. Uma margem superior a 1cm é recomendada. Linfadenectomia ou biópsia de ganglio sentinela poderá ser ponderada. Deverá ser realizado um estadiamento à distância com TC-TAP/PET-TC e um estadiamento local com RM. É necessário um seguimento a longo prazo devido a elevada taxa de recidiva local.

Palavras-chave: Espiradenoma, Espiradenocarcinoma, Pele, Glândulas sudoríparas

MASSA RETROPERITONEAL – UM CASO CLÍNICO

Inês Arnaut; Conceição Monteiro; Francisco Fazeres; Cláudia Lima; Fábio Viveiros; José Paulo Couto; João Mendes; Carolina Matos; Cristina Silva; Cristina Monteiro; Alberto Midões
ULSAM

Doente de 54 anos, sexo feminino, autónoma, apresentou-se no SU com dor abdominal epigástrica com cerca de uma semana de evolução e náuseas. Quando questionada, revelou enfartamento pós-prandial com cerca de dois meses de evolução, agravamento da obstipação e desconforto lombar bilateral, que agravava com a marcha. Com aumento marcado do volume abdominal nos últimos meses.

Pediu-se TC abdominopélvica que revelou “duas volumosas massas/coleções heterogéneas na vertente antero-lateral esquerda do abdómen e pélvis, medindo 138x144x130mm e 125x120x110mm, de limites definidos, contornos lobulados, moldando as estruturas adjacentes sem evidente invasão.”

A doente foi internada para estudo e decidiu-se laparotomia exploradora, verificando-se volumosa massa retroperitoneal, aparentemente na dependência do rim esquerdo, aderente à parente posterior, em íntima relação com o cólon descendente e o sigmóide. Foi feita resseção da massa e nefrectomia esquerda.

O estudo anatomopatológico da massa revelou tratar-se de um lipossarcoma pouco diferenciado.

Os sarcomas retroperitoneais são tumores que tipicamente provocam sintomatologia parca até serem grandes o suficiente para provocar compressão noutras estruturas, dificultando o seu diagnóstico. É importante também o seu tratamento com abordagem multidisciplinar, de maneira a conseguir uma resseção completa.

Palavras-chave: massa retroperitoneal, lipossarcoma

UMA METÁSTASE INESPERADA

Rui Bernardino; Carlota Ramos; Teresa Causí; Ana Sofia Lopes; Rui Esteves; João Malaquias; Luís Miranda

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: O melanoma é o tumor da pele com maior mortalidade. O seu prognóstico muda radicalmente quando ocorre metastização pelo que o diagnóstico precoce é fulcral contra uma evolução desfavorável.

Caso clínico: Mulher de 80 anos com antecedentes de excisão de nevo pré-auricular com histologia de melanoma. Dado existirem dúvidas quanto à margem de segurança foi feito o alargamento passado 3 meses com linfadenectomia I,II,V e parotidectomia sem deteção de doença residual- T1bN0M0–Ib.

Aos 7 anos de pós-operatório da primeira lesão surge em tomografia computadorizada de seguimento nódulo hiperintenso na parede anterior do reto com 2cm. Realizou colonoscopia que identificou protusão compatível com compressão extrínseca sendo feita biópsia aspirativa com histologia de metástase de melanoma.

Foi discutida em reunião multidisciplinar sendo proposta para intervenção cirúrgica. Foi realizada uma proctosigmoidectomia que decorreu sem intercorrências, sendo complicada apenas de estenose da anastomose aos 3 meses tratada com dilatação endoscópica.

A histologia da peça confirmou Metástase de melanoma maligno com 1 gânglio positivo em 16.

Discussão: A resseção cirúrgica é, ainda, o tratamento de eleição para as metástase de melanoma.

Este caso mostra que as guidelines de follow-up deixam escapar recidivas dado que a TC desta doente não teria indicação formal para realização.

UM TIRO CERTEIRO

Catarina Rodrigues; Andreia Machado; Ricardo Borges; Ana M. Cabral; Bárbara Gama; Filipe Martins; Isabel Rosa; Nisalda Rosa; Madalena Rosa; Fátima Bairos
Hospital da Horta

INTRODUÇÃO: A realidade insular propicia à prática de desportos aquáticos, entre os quais a pesca submarina tem muitos adeptos. Lesões penetrantes causadas por disparos acidentais de armas de pesca submarina são raras, mas passíveis de causar lesões teciduais graves. Em virtude da sua forma, é recomendada a remoção em sentido anterógrado, de forma a prevenir dano adicional.

CASO CLÍNICO: Jovem de 25 anos, trazido ao SU do hospital, vítima de traumatismo penetrante acidental com arpão de pesca submarina, que se encontrava transfixivo no joelho, a condicionar dor e bloqueio articular em flexão. Ao exame objetivo, visualizava-se o arpão com entrada na face antero-lateral do joelho, trajeto em direção inferior-medial-posterior, e saída na face pósterio-lateral, sem evidência clínica de lesão vásculo-nervosa. Foi realizada TC com contraste endovenoso que mostrou um trajeto interarticular do arpão, no espaço dos ligamentos cruzados, sem condicionar lesão óssea, nervosa, nem vascular. O arpão foi removido, facilmente, e em sentido anterógrado, no bloco operatório, e o doente teve alta ao 2º dia pós-operatório, sem défices funcionais.

CONCLUSÃO: Os princípios de abordagem de um trauma penetrante com arpão de pesca submarina incluem a estabilização clínica primária, a remoção cirúrgica anterógrada do objeto e cuidados da ferida resultante

Palavras-chave: arpão; trauma

“QUISTO TRIQUILÉMICO” SURPRESA

Catarina Rodrigues; Andreia Machado; Ricardo Borges; Ana M. Cabral; Bárbara Gama; Filipe Martins; Isabel Rosa; Nisalda Rosa; Madalena Rosa; Fátima Bairos
Hospital da Horta, Cirurgia Geral

INTRODUÇÃO: Com uma prevalência de 5-10%, os quistos triquilémicos são lesões frequentes na pequena cirurgia, onde são excisados, seguindo um diagnóstico clínico presumptivo, sem exames de imagem confirmatórios. Contudo, devemos estar cientes que existem lesões malignas que os podem mimetizar.

CASO CLÍNICO: Mulher, de 75 anos, referenciada à consulta de pequena cirurgia por um aparente quisto do couro cabeludo, de aparecimento há 3 meses e crescimento progressivo. Ao exame objectivo, apresentava uma massa com 2 cm, na junção parieto-occipital esquerda, mole e indolor. Durante a tentativa de excisão, não se identificou nenhum quisto, mas sim uma lesão nodular, constituída por tecido esponjoso, com um defeito ósseo irregular palpável no seu rebordo. Após uma anamnese mais exaustiva, a doente referiu início recente de cefaleia, emagrecimento e astenia. Foram imediatamente feitas análises sanguíneas e uma radiografia de crânio, que revelaram uma anemia macrocítica, sem alterações leucoplaquetárias, e múltiplas lesões líticas da calote craniana, sugestivas de metastização. A biópsia da lesão revelou tratar-se de um linfoma B difuso de células grandes, e a doente foi referenciada para hemato-oncologia.

CONCLUSÃO: Esta apresentação rara de um linfoma alerta-nos para a necessidade de considerar os diagnósticos diferenciais quando estamos perante uma lesão aparentemente benigna da cabeça.

Palavras-chave: quisto triquilémico; linfoma

PNEUMOPERITONEU IDIOPÁTICO SUBMETIDO A DRENAGEM PERCUTÂNEA

Sara Andrade; Vera Vieira; Carlos Vila Nova; Alice Fonseca; Inês Colaço; Daniela Pais; Simone Oliveira; Inês Mónica; José Valente Cecílio
Hospital Distrital da Figueira da Foz

O pneumoperitoneu define-se pela presença de ar livre intraperitoneal, que maioritariamente provém da perfuração de víscera oca abdominal. Porém, a sua etiologia é muito diversa, podendo ser, não só intra-abdominal, como também ginecológica, intratorácica ou iatrogénica. Habitualmente, apresenta-se como um quadro de dor abdominal, com sinais de irritação peritoneal, sendo o Rx de tórax o exame de imagem mais sensível para o seu diagnóstico. Mulher 87 anos, recorre ao S.U. por dispneia e edemas de membros inferiores, sem queixas álgicas abdominais ou sintomatologia gastrointestinal. Hemodinamicamente estável, apirética, SatO₂ 84% (aa). AP: MV preservado, diminuído em ambas bases pulmonares. Abdómen globoso, distendido e timpanizado. Marcado edema dos membros inferiores. Controlo analítico sem alterações e GSA com insuficiência respiratória tipo 2, a condicionar necessidade de VNI. Na radiografia de tórax e abdómen, observa-se evidente pneumoperitoneu (com uma semana de evolução comparativamente com Rx prévio). TC toracoabdominal: “Volumoso pneumoperitoneu. Sem derrame peritoneal. Sem outras alterações.” Dada a ausência de sintomas abdominais e comorbilidades da doente, optou-se pela realização de drenagem percutânea de pneumoperitoneu, sem complicações imediatas. Um mês após o procedimento, a doente mantém-se sem queixas e o Rx de tórax demonstrou ausência de pneumoperitoneu.

Palavras-chave: Pneumoperitoneu; Drenagem Percutânea

LIPOMA GIGANTE TÓRACO-AXILAR

Rita Gonçalves Monteiro; João Gomes; Joana Peliteiro; Moutinho Teixeira; Tatiana Neves; Filipa Meruje; Horácio Pérez; Aida Paulino
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: Os lipomas subcutâneos são as neoplasias benignas de tecidos moles mais comuns. Apresentam-se como nódulos indolores, arredondados, ovais ou multilobulados, com dimensões variáveis. São mais frequentes no tronco e membros superiores. Consistem em células adiposas maduras envolvidas por finas cápsulas fibrosas. O diagnóstico é clínico, podendo ser complementado com exame de imagem ou biópsia. Alterações funcionais ou cosméticas constituem indicações para excisão cirúrgica.

Caso clínico: Mulher de 71 anos, com queixas funcionais causadas por lipoma subcutâneo da axila esquerda com extensão à região torácica anterior supramamária. Ao exame objetivo apresentava lesão macia e móvel, de dimensões consideráveis, com nódulo calcificado palpável na base, sem aparente envolvimento da mama. A TC revelou volumosa área lipomatosa com aglomerado nodular lipomatoso de bordos calcificados com cerca de 48 mm de diâmetro e a RM descartou natureza maligna/ relação com estruturas intratorácicas ou mamárias. Procedeu-se à excisão do lipoma (21x16 cm) sem intercorrências. O diagnóstico anatomopatológico foi compatível com lipoma com extensa área de citoesteatonecrose.

Conclusão: Apesar da baixa probabilidade de malignização, os lipomas subcutâneos podem implicar importantes alterações funcionais ou cosméticas. A excisão cirúrgica evita a progressão da lesão e possíveis complicações e ainda uma melhoria significativa na qualidade de vida do doente.

ABDÔMEN GRAVÍDICO NA ADOLESCÊNCIA: MÃE PRECOCE OU DIAGNÓSTICO PRECOCE?

Nuno Ventura Ferreira; Cristina Aniceto; Margarida Torgal; Jorge Pais; Patrícia Bárbara; Alexandra Rocha; Sofia Dias; Rita Banza; Fernanda Cunha; Cristina Amado; Miguel Coelho Dos Santos

Centro Hospitalar de Leiria

Neste caso apresentamos uma jovem de 16 anos referenciada do Centro de Saúde por desconforto e distensão abdominal com cerca de 6 meses de evolução associada a enfiamento, cefaleias, poliaquiúria e dismenorreia. Apresentava ainda problemas familiares desde então sustentados na hipótese de estar grávida. Realizou ecografia abdominopélvica com volumosa formação quística de 280x240x138mm (LxTxAP) adjacente ao ovário direito com suspeita de osteocondroma ou quisto anexial. Fez ainda RM abdominopélvica que sugere volumosa formação quística simples desde a pélvis à região subhepática com eixos de 330x240x100mm e com compressão extrínseca do delgado, útero, bexiga e ovário. Suspeita de quisto mesentérico gigante.

Foi intervencionada cirurgicamente com abordagem inicial laparoscópica. Realizada exérese de lesão quística volumosa na dependência do anexo direito com peso de 7,5Kg. (imagens do intraoperatório e da lesão incluídas)

Diagnóstico histopatológico de cistadenoma seroso do ovário direito.

Palavras-chave: abdómen, massa

WHEN LESS IS MORE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gonçalo Ferreira; Rita Brásio; Sandra Amado; Miguel Coelho; Nuno Ferreira; Tânia Valente; Alexandra Rocha; Arnaldo Figueiredo; Rita Banza
Centro Hospitalar Leiria – Hospital Santo André

Doente sexo masculino, 25 anos, entrada no Serviço de Urgência por 3 incisões profundas (ferimentos por arma branca) na região lombar direita.

Doente hemodinamicamente estável. Algaliado, com saída de urina de conteúdo claro. Exploração das feridas revela atingimento aponevrótico em, pelo menos 1, sendo duvidosa rutura aponevrótica noutra e enfisema.

Realiza TC Toraco-Abdomino-Pelvico, sem evidência de pneumotórax, com presença de pneumoperitoneu, não sendo perceptível a origem do mesmo por exame de imagem. Proposta laparoscopia exploradora. Intraoperatoriamente constata-se 2 feridas perforantes; 1 na parede lateral direita, junto ao bordo inferior do fígado e outra junto ao ângulo hepático do cólon, sem lesão visível nos órgãos mencionados. Feita exploração de intestino delgado, desde a válvula ileocecal até ao ângulo de Treitz, não se identificando lesões de ansa ou mesentério. Feito descolamento do ângulo hepático e inspeção detalhada do cólon direito, ângulo hepático e cólon transverso, não se encontrando lesão. Teste jacuzzi negativo para fugas. Coloca-se dreno multitubular na goteira parietocólica direita e encerramento das portas de trabalho e feridas lombares. Boa evolução no pós-operatório, com drenagem apenas sero-hemática. Remoção de dreno ao dia 4 pós-operatório e alta ao dia 5, com doente sem queixas, a tolerar dieta e com trânsito intestinal.

Palavras-chave: Trauma, Arma branca, Pneumoperitoneu

UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Diana Parente; Nuno Ventura; Nuno Rama
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A maioria das lesões do baço são achados incidentais, constituindo um desafio diagnóstico. Maioritariamente correspondem a patologia benigna, mas em doentes com história de neoplasia maligna ou sintomáticos, este achado deve considerar-se significativo. O diagnóstico diferencial inclui lesões quísticas, neoplasias vasculares, doenças infecciosas, linfoproliferativas e metástases.

Métodos: Mulher de 82 anos, com história de adenocarcinoma do reto submetida a ressecção anterior do reto em 2020 (pT3pN0). TC ao primeiro ano de follow-up descreveu duas lesões nodulares hipodensas pericentimétricas em baço normodimensionado, suspeitas de focos secundários. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar, propondo-se laparoscopia diagnóstica e esplenectomia.

Resultados: A doente foi submetida a esplenectomia laparoscópica; não foram identificadas outras lesões suspeitas. A cirurgia e o pós-operatório decorreram sem intercorrências. O estudo histopatológico e imunocitoquímico diagnosticou linfoma não Hodgkin folicular, Ki67 10%, G1-2. Na consulta de seguimento aos 10 meses não há evidência de recidiva ou progressão.

Conclusão: A metastização esplénica de adenocarcinoma colo-retal é incomum, correspondendo a menos de 1% dos casos. Por outro lado, o baço é frequentemente envolvido nos linfomas. Este caso tem a particularidade da ocorrência de duas neoplasias malignas num curto intervalo, podendo conduzir a uma maior dificuldade diagnóstica e exigindo uma abordagem multidisciplinar.

Palavras-chave: esplenectomia, linfoma, metastização esplénica

20 DE SETEMBRO DE 2022 – TERÇA-FEIRA**8:30 – 10:30****SALAS ROMA 1 e 2 – Apresentação de PÓSTERES***(2 min. apresentação e 4 min. discussão)***SALA ROMA 1****Pósteres 4**

Presidente: José Leite Vieira

Moderadores: Mónica Rocha, Marinho Almeida

EMERGÊNCIAS BILIARES EM MULHER GRÁVIDA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO NA TUNÍSIAMohamed Farès Mahjoubi; Anis Ben Dhaou; Mohamed Farès Maatouk; Bochra Rezgui; Yasser Karoui; Sirine El Heni; Marwa Bouafif
Hospital Charles Nicolle”, Tunes, Tunísia

Introdução: As emergências biliares são raras na gravidez, mas as suas consequências, para a mãe e para o feto pode ser grave. Fora da gravidez, a gestão está bem codificada. Mas a sua ocorrência durante a gravidez pode ser um problema de diagnóstico, terapêutico e prognóstico. O objetivo do nosso estudo era descrever as emergências biliares em mulheres grávidas, e analisar as modalidades de gestão.

Métodos: Este foi um estudo monocêntrico, retrospectivo e descritivo. A recolha de dados foi realizada utilizando um formulário baseado em registos médicos e relatórios cirúrgicos. Registamos os dados clínicos, paraclínicos, obstétricos, terapêuticos e modalidades terapêuticas em cada caso.

Resumo dos resultados: O nosso estudo incluiu 66 pacientes admitidos por colecistite aguda, colangite aguda, pancreatite ou cisto hidático hepático complicado durante a gravidez. A idade média dos parturientes foi de $29,5 \pm 5,6$ anos. Oitenta por cento dos parturientes não tinham comorbidades :44% eram primigrávidas, 36% eram nulíparas. O período médio de gravidez foi de $20 \pm 8,8$ semanas. O diagnóstico retido foi: colecistite aguda em 47 casos (71%), cisto-hidático do fígado em 11 casos (17%), pancreatite aguda em 5 casos (16%) e colangite aguda em 3 casos (4%). No grupo “colecistite aguda”: Todos os pacientes foram tratados com antibióticos e operados em emergência. A laparotomia foi associada a uma morbilidade mais elevada que a laparoscopia ($p=0,003$). No grupo “colangite aguda”: Todos os pacientes foram tratados com antibióticos e operados em emergência. A morbilidade era nula. No grupo “pancreatite aguda: A pancreatite era benigna, de origem biliar em todos os casos. A morbilidade era também nula. No grupo “cisto hidático hepático complicado”: Apenas 6 dos 11 pacientes operados tinham um cisto hidatiforme complicado. A morbilidade foi de 18% (2 casos). A taxa de morbilidade global na nossa série foi de 11% (7 casos) e foi mais elevada no terceiro trimestre ($p=0,01$). Não foi observada qualquer relação estatística entre o uso de tocolise e a taxa de morbilidade ($p=0,6$).

Conclusão: Concluímos que a melhoria do prognóstico materno e fetal depende de um diagnóstico antecipado. Na gestão das emergências biliares em mulheres grávidas, não se deve hesitar em utilizar todos os meios diagnósticos e terapêuticos possíveis, respeitando as particularidades da gravidez.

Palavras-chave: Gravidez, Colecistite aguda, Equinococose hepática, Colangite aguda, pancreatite aguda

EVOLUÇÃO DA PANCREATITE ENFISEMATOSA AGUDA: UM RESULTADO FATAL

Mohamed Farès Mahjoubi; Yasser Karoui; Nada Essid; Aymen Mabrouk; Marwa Bouafif; Mounir Ben Moussa

Charles Nicolle hospital, Tunis, Tunisia

Introdução: A pancreatite enfisematosa é uma complicação rara e as vezes fatal da pancreatite aguda. O diagnóstico é baseado em radiologia e estudo bacteriológico.

Caso clínico: Uma mulher, hipertensa, de 67 anos, consultou para uma epigastralgia intensa que esteve presente durante uma semana com febre. No exame: é febril, com ternura epigástrica. Avaliação biológica: lipasemia normal e síndrome inflamatória biológica. O TAC abdominal mostrou infiltração de fluido intra e peri-pancreático com bolhas de ar, e efusão intra-peritoneal até a raiz do mesentério e para-renal anterior esquerda consistente com pancreatite enfisematosa. O curso inicial era conservador: tratamento com antibióticos de largo espectro com boa evolução inicial. Ela consultou novamente após 3 semanas, com um estado geral alterado e instabilidade hemodinâmica. No TAC abdominal: uma colecção hidroaerosica, ocupando quase todo o pâncreas, estendendo-se até à raiz do mesentério, hilo esplênico, e pararenal esquerdo. Decidimos operar a paciente, ela teve uma necrosectomia e uma drenagem da colecção. O curso pós-operatório foi complicado pelo choque séptico que exigiu transferência para cuidados intensivos. Morreu em D1 no pós-operatório devido a falha multivisceral.

Conclusão: Não existe actualmente consenso relativamente à gestão mas a atitude conservadora é melhor documentada e validada.

Palavras-chave: Pancreatite aguda, Necrose

LESÃO INFLAMATÓRIA PANCREÁTICA: DE NEOPLASIA IRRESSECÁVEL A LITÍASE DA VIA BILIAR

João Luís Pinheiro; Marisa Marques; Maria João Ferreira; Carlos Daniel; Jorge Pereira
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

A litíase da via biliar principal define-se como a presença de cálculos biliares no canal biliar principal. É identificada em até 15% dos doentes com litíase vesicular, sendo o exame complementar considerado “gold standard” para a sua caracterização e orientação terapêutica a colangiorrressonância, que permite uma avaliação detalhada da via biliar.

Doente do sexo feminino, 78 anos, é encaminhada à consulta de Cirurgia Geral por dor epigástrica com 3 semanas de evolução associada a náuseas e intolerância alimentar. Ecografia abdominal realizada no exterior identificou massa abdominal de etiologia desconhecida. Face à suspeita de neoplasia, a doente realiza uma TC-TAP que descreve massa tumoral sólida com 14x4 cm que engloba e desvia anteriormente o corpo do pâncreas e invade a parede posterior gástrica, baço e cólon esquerdo, assim como o tronco celíaco. Apresenta ainda ligeira dilatação das vias biliares e litíase no colédoco distal. Foi pedida CPRM para esclarecimento adicional que realizou 1 mês após a TC, e que relata resolução praticamente completa da massa retropancreática descrita na TC, levantando a suspeita de processo inflamatório em relação com o empedrado da via biliar. A doente foi submetida a exploração das vias biliares como resolução sintomática a posteriori.

Palavras-chave: coledocolitíase, neoplasia oculta, litíase sincrona, pancreatite aguda biliar

QUISTO HEPÁTICO: UMA COMPLICAÇÃO RARA DO TRAUMA ABDOMINAL

Bárbara Castro; Daniel Martins; Ana Rita Ferreira; Andreia Amado; Hugo Louro; Susana Graça; Elsa Costa; Manuel Oliveira
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: Os quistos traumáticos do fígado são as sequelas menos frequentes do trauma hepático, estando reportada menos de uma dezena de casos. O achado incidental num doente com história de trauma é a apresentação mais comum e a abordagem conservadora é a preferencial. O objetivo deste trabalho é reportar um caso de um quisto hepático pós-trauma, de forma a alertar para uma complicação rara do trauma abdominal fechado.

CASO CLÍNICO: Mulher, 48 anos, com história de laceração hepática grau III, em contexto de acidente de viação de alta cinética. TC-AP com áreas hipodensas confluentes no lobo direito com envolvimento do lobo esquerdo. Estas alterações estendiam-se por um maior eixo axial de 76x37mm, compatíveis com extensa laceração com hematoma intraparenquimatoso. Estabilidade das lesões na TC-AP 3 dias pós-trauma. Alta ao 9^o dia de internamento. Na TC-AP de reavaliação, 17 dias pós-trauma, identificadas áreas císticas localizadas na região central do fígado, a maior com 47x17mm. A doente mantém-se em consulta de follow-up, assintomática.

CONCLUSÃO: Os quistos hepáticos pós-trauma representam a complicação menos frequente do trauma hepático. O seu tratamento tende a ser conservador, no entanto, a sua abordagem deve ser individualizada uma vez que a evidência disponível é limitada a casos clínicos.

Palavras-chave: Quisto Hepático, Trauma Hepático

COLECISTOMEGALIA

Ana Catarina Almeida; Maria João Amaral; Rita Andrade; Emília Fraga; João Almeida; José Carlos Campos; José Guilherme Tralhão
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A obstrução do ducto cístico por um cálculo biliar leva à distensão, inflamação, edema e disfunção mecânica da vesícula biliar. O comprimento de uma vesícula biliar distendida é de cerca de 7 a 10 cm. Cálculos biliares grandes têm maior risco de complicações e de dificuldades técnicas durante a colecistectomia laparoscópica. Doente de 33 anos recorreu ao SU por dor abdominal com 4 dias de evolução. Apresentava massa palpável no flanco direito, dor difusa e defesa à palpação. A ecografia mostrou vesícula biliar distendida (16x4.5cm), estendendo-se à pélvis, com sinais de colecistite e inúmeras formações litiásicas, com dois cálculos com 12mm e 25 mm não mobilizáveis no infundíbulo. Foi admitido para colecistectomia laparoscópica urgente. Identificada vesícula biliar muito distendida e espessada, aspirada com agulha. Pela dificuldade em obter a Critical View of Safety, foi decidida abordagem subcostal direita. Alta ao 3º dia de PO, com dor controlada e melhoria analítica. A histologia revelou uma peça de colecistectomia com 17,5cm x 4,5cm, com o lúmen totalmente preenchido por múltiplos cálculos, o maior com 3,7cm. Mesmo com a disponibilidade de cirurgiões laparoscópicos experientes e equipamentos laparoscópicos modernos, existe a possibilidade de conversão no caso de incapacidade de expor a anatomia e por dificuldades técnicas intraoperatórias.

Palavras-chave: Colecistomegalia, Laparoscopia, Conversão, Colecistite

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA DE ETIOLOGIA RARA COMO COMPLICAÇÃO DE PANCREATITE AGUDA

Mariana Lemos; Mariana Duque; Pedro Pinto; Pedro Oliveira; José Guilherme Tralhão
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A hemorragia digestiva baixa (HDB) refere-se habitualmente à hemorragia de origem gastrointestinal distal ao ângulo de Treitz. Em raros casos, outras etiologias extra-gastrointestinais podem apresentar-se como HDB, representando um desafio diagnóstico potencialmente fatal por atraso na terapêutica.

Apresentamos o caso de uma mulher de 73 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo, hipovitaminémia B12 e vasculite de pequenos vasos, internada por pancreatite aguda litiásica. Ao 5º dia de internamento inicia quadro súbito de hematoquézias com taquicardia (130bpm) e hipotensão arterial (52/45mmHg). Analiticamente apresentava anemia de novo com hemoglobina de 6,5g/dL. Após ressuscitação volêmica, realizou tomografia computadorizada com contraste endovenoso que revelou "(...) pseudoaneurisma da artéria cística com perfuração da vesícula biliar (...)". A doente foi submetida, de emergência, a colecistectomia por laparotomia subcostal direita com laqueação da artéria cística a montante do aneurisma. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo a doente alta ao 9º dia pós-cirurgia. Os pseudoaneurismas da artéria cística são entidades raras e que podem apresentar-se por HDB. Dada a sua raridade, o Cirurgião deve manter um elevado risco de suspeição de modo a permitir o tratamento atempado, minimizando a morbimortalidade associada.

Palavras-chave: Aneurisma artéria cística, Hemorragia digestiva baixa, Pancreatite aguda, Cirurgia Hepatobiliopancreática, Colecistectomia

COLECISTITE AGUDA ENFISEMATOSA FULMINANTE

João Mendes; Fábio Viveiros; Inês Arnaud; Cláudia Lima; José Couto; Cristina Silva; Carolina Matos; Cristina Monteiro; Aires Martins; Conceição Monteiro; Alberto Midões
Unidade Local de Saúde do Alto Minho – ULSAM

A colecistite enfisematosa ocorre em 1% das colecistites agudas, com morbimortalidade superior. Afeta homens idosos, com diabetes e doença cardiovascular. Caracteriza-se pela presença de gás no lúmen ou parede vesicular e a colecistectomia é o tratamento mais utilizado.

Homem de 58 anos, com antecedentes de HTA, DM tipo 2, cardiopatia isquémica e valvular. Internado por insuficiência cardíaca descompensada. Ao 5º dia de internamento inicia dor abdominal difusa com irradiação dorsal. O estudo analítico e TC abdominal confirmam suspeita clínica de pancreatite aguda litiásica, edematosa. Evolução clínica desfavorável durante as primeiras horas pelo que foi admitido na UCI. Repetiu TC abdominal (24 horas após o anterior) que revelou disseção gasosa difusa das vias biliares com aparente perfuração ao nível da placa hilar hepática, acompanhada de pneumoperitoneu. Distensão vesicular com gás e pneumatose parietal. Processo inflamatório do pâncreas sobreponível. O doente foi medicado com antibioterapia de largo espectro dado o péssimo prognóstico a curto prazo. Acabou por falecer 12 horas após a admissão na UCI.

Apresenta-se um caso de um doente cardiopata, com colecistite enfisematosa e pancreatite, que condicionaram a evolução fulminante e mau prognóstico deste caso. O tratamento etiológico e reconhecimento precoce é importante para a abordagem e planeamento cirúrgico adequados

Palavras-chave: Colecistite; Enfisema; Fulminante; Pancreatite; Colecistectomia

SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO II – UM CASO CLÍNICO

Fábio Correia Viveiros; Rui Escaleira; Cristina Silva; Cristina Monteiro; Carolina Matos; José Couto; João Mendes; Cláudia Lima; Inês Arnaud; Alberto Midões
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO: O síndrome de Mirizzi é uma complicação infrequente da litíase vesicular e é caracterizado por um conjunto de sintomas que resultam da obstrução da via biliar principal quer por compressão extrínseca por um cálculo impactado no infundíbulo/ducto cístico, quer por alterações inflamatórias secundárias a uma colecistite crónica. É um diagnóstico diferencial com doença maligna, pelo que o seu diagnóstico precoce é importante.

CASO CLÍNICO: Mulher, 36 anos, antecedentes de litíase vesicular, admitida por quadro compatível com coledocolitíase, sem colecistite aguda associada. Foi internada e realizou CPRE com extração de cálculos e colocação de prótese biliar com adequada drenagem. A doente teve alta para colecistectomia em 2º tempo. Contudo, voltou a ser admitida por dor abdominal com migração da endoprótese e obstrução biliar. Realizou nova CPRE com extração de cálculos e colocada nova prótese e posteriormente foi submetida a colecistectomia laparoscópica onde se constatou Síndrome de Mirizzi tipo II (classe Czendes) – ausência de cístico com fusão do infundíbulo na VBP ocupando cerca de 1/3 do diâmetro.

DISCUSSÃO: A litíase biliar é uma doença comum que pode levar a complicações como o síndrome de Mirizzi e entender as diferentes classificações é essencial para um diagnóstico correto e tratamento adequado.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi

ICTERÍCIA OBSTRUTIVA – POR VEZES UM DESAFIO DIAGNÓSTICO – UM CASO CLÍNICO

Fábio Correia Viveiros; Aires Martins; Rui Escaleira; Cristina Silva; Cristina Monteiro; Carolina Matos; José Couto; João Mendes; Cláudia Lima; Inês Arnaud; Alberto Midões
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO: As causas de icterícia obstrutiva são variáveis, mas frequentemente está associada a coledocolitíase, estenoses benignas da via biliar, doença maligna pancreatobiliar ou metástases. A causa é normalmente identificada com recurso a exames endoscópicos ou imagiológicos como a TC ou RMN.

CASO CLÍNICO: Homem, 72 anos, internado por pancreatite aguda litiásica com colangite, tendo realizado CPRE com esfínterectomia e extração de cálculos e posteriormente submetido a colecistectomia. Quatro meses depois, desenvolveu uma nova colangite submetido a CPRE com alargamento da esfínterectomia e extração de cálculos. Passados dois meses voltou por icterícia assintomática tendo feito nova CPRE, sem extração de cálculos e foi deixada prótese biliar. Realizou RMN que evidenciou estenose abrupta de na região da ampola de Vater, sem massas associadas e teria ainda um CA 19.9 de 4707.77. Realizou spyglass que não relevou alterações e foram realizadas biópsias que mostraram adenocarcinoma in situ peri-ampular. O doente foi submetido a duodeno-pancrectomia cefálica que mostrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado do duodeno adjacente à papila de Vater – pT4G2N2.

DISCUSSÃO: Quando o diagnóstico etiológico da icterícia obstrutiva é inalcançável pelos métodos de diagnóstico iniciais, a suspeita de malignidade deve ser tida em conta e o recurso a exames histopatológicos deve constituir uma arma diagnóstica.

Palavras-chave: Icterícia, Via biliar, Adenocarcinoma Ampola

A GROWING BELLY – DE-LIVER-Y

Catarina Corrêa Figueira (1); Filipa Fonseca (2); Pedro Amado (1); José António Pereira (3); João Sousa Ramos (1); Rita Garrido (1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo; (2) Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil Martins; (3) Hospital da Luz Lisboa

O carcinoma hepatocelular é a neoplasia primária do fígado mais frequente, ocorrendo maioritariamente em fígado cirrótico (80%).

Homem, 75 anos, com antecedentes de alcoolismo não ativo, hipertensão arterial essencial e excesso de peso. Em Dezembro de 2021, internado por aumento progressivo do volume abdominal acompanhado de edema periférico. A tomografia computadorizada identificou volumosa massa sólida com centro necrótico no lobo esquerdo (167x140mm), sugestiva de tumor primário do fígado, em fígado não cirrótico. Analiticamente, destaca-se alfa-fetoproteína de 2,9ng/mL.

Discutido em reunião multidisciplinar em Centro de Referência, optou-se por obviar a biópsia hepática pela suspeita de neoplasia primária do fígado, sem metastização à distância, com indicação para excisão.

Submetido a hepatectomia esquerda e colecistectomia com necessidade intra-operatória de suporte aminérgico e terapêutica transfusional. A histologia revelou carcinoma hepatocelular (21cm, G3, fígado adjacente não cirrótico).

A ausência de rastreio, assim como a maior reserva hepática na população não cirrótica, resultam numa apresentação tardia com tumores de grandes dimensões e metastização em 25% dos casos. Apesar da redução da sensibilidade da alfa-fetoproteína no diagnóstico, imagiologicamente são tumores semelhantes, tipicamente de maior dimensão com cicatriz central.

O carcinoma hepatocelular em fígado não cirrótico é uma entidade distinta em termos de clínica, terapêutica e prognóstico.

Palavras-chave: Carcinoma Hepatocelular, Fígado, Neoplasia Primária do Fígado

COLECISTITE AGUDA PERFURADA COM EMPIEMA PULMONAR

João Mendes; Fábio Viveiros; Inês Arnaud; Cláudia Lima; José Couto; Cristina Silva; Carolina Matos; Cristina Monteiro; Aires Martins; Conceição Monteiro; Alberto Midões
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A perfuração da vesícula biliar é rara, mas potencialmente fatal. A principal causa é a colecistite aguda litíásica e o fundo vesicular é o local de perfuração mais frequente. A apresentação clínica é variável e pode ser indistinguível da colecistite aguda não complicada. O único tratamento curativo é a colecistectomia.

Mulher de 94 anos, com antecedentes de HTA e colelitíase conhecida. Trazida ao SU por febre e prostração com 24h de evolução. Ao exame objetivo apresentava um discurso impercetível, olhar fixo e não cumpria ordens, com abdómen mole, depressível e aparentemente indolor. Analiticamente, apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e discreta colestase. O TC abdominal revelou uma densificação da vesícula biliar, com a parede fúndica em continuidade com coleção líquido-gasosa subfrénica e consolidação parenquimatosa do segmento lateral do lobo médio do pulmão direito. Decidiu-se estratégia conservadora dada a baixa reserva fisiológica. Iniciou antibioterapia de largo espectro e foi colocada colecistostomia percutânea guiada por ecografia com drenagem biliopurulenta em pequena quantidade.

Apresenta-se um caso atípico de colecistite aguda com perfuração do fundo vesicular e empiema associado, na base pulmonar direita. O reconhecimento precoce deste processo é importante para a sua abordagem e planeamento cirúrgico adequado, quando indicado.

Palavras-chave: Colecistite aguda; empiema; perfuração

ILEUS BILIAR RECORRENTE – UM CASO CLÍNICO

Andrea Abreu; Adriano Marques; Rita Loureiro; Rita Camarneiro; Letícia Heeren
Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Caldas da Rainha

INTRODUÇÃO: Ileus biliar é uma complicação rara da litíase vesicular, sendo definida por um quadro de oclusão intestinal mecânica após passagem de um ou mais cálculos biliares através de uma fístula bilio-entérica. O tratamento geralmente requer uma abordagem cirúrgica: enterolitotomia, eventual colecistectomia e encerramento de fístula (no mesmo tempo operatório ou em segundo tempo, dependendo do estado geral do doente).

CASO CLÍNICO: Mulher de 69 anos com múltiplas co-morbilidades. Recorreu ao SU por quadro de vômitos e dor abdominal com cerca de 1 dia de evolução. Realizou TC-AP que relatou: “distensão do intestino delgado até ao íleo distal (...) e possível solução de continuidade da vesícula biliar com o bolbo duodenal.” Foi realizada laparotomia exploradora e enterolitotomia com extração de cálculo no íleo distal. Alta ao 5º dia de pós-operatório.

Regressou ao SU no 10º dia de pós-operatório por novo quadro de dor abdominal e vômitos. Realizou TC-AP que revelou aspetos sugestivos de recorrência de ileus biliar. Submetida a re-laparotomia com enterectomia segmentar e extração de cálculo.

CONCLUSÃO: O Ileus biliar é uma patologia rara e está associada a vários desafios, em especial na escolha da sua abordagem cirúrgica. A recorrência é uma complicação pouco frequente, mas deve ser considerada.

Palavras-chave: Ileus Biliar

O VERDE QUE NÃO QUEREMOS VER: APLICABILIDADE DO VERDE DE INDOCIANINA NO COLANGIOCARCINOMA INTRA-HEPÁTICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Egon Rodrigues; Miguel Magalhães; Tiago Ferreira; Tiago Fonseca; Jessica Neves; Sílvia Pereira; Mário Nora

Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.

Introdução: O verde de indocianina é um corante fluorescente cada vez mais utilizado na cirurgia. A eliminação exclusivamente hepática é uma propriedade que lhe confere especial relevância na cirurgia hepatobiliar, nomeadamente na localização de lesões hepáticas e definição das margens de ressecção.

Resultado: Os autores apresentam o caso de um homem de 53 anos diagnosticado com colangiocarcinoma intra-hepático de 37x89mm no segmento hepático II/III, no contexto de uma trombose venosa profunda paraneoplásica. Após o estadiamento, o doente foi proposto para sectorectomia lateral esquerda com utilização do verde de indocianina. No ato cirúrgico, constatou-se presença de luz infravermelha em todo o lobo esquerdo, sem tradução ecográfica além da lesão previamente diagnosticada em ressonância magnética. Após sectorectomia lateral esquerda, o extemporâneo revelou presença de neoplasia em toda a margem hepática, pelo que se optou por hepatectomia esquerda respeitando os limites do verde de indocianina.

Conclusões: Apesar dos poucos estudos sobre a aplicação do verde de indocianina no colangiocarcinoma intra-hepático, parece ter um papel importante na deteção de lesões além dos achados imagiológicos.

Palavras-chave: Verde de indocianina, Cirurgia hepática, Colangiocarcinoma intra-hepático

PSEUDOQUISTOS PANCREÁTICOS APÓS PANCREATITE AGUDA: DUAS VIAS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Miguel Magalhães; Egon Rodrigues; Luisa Magno; Tiago Ferreira; Tiago Fonseca; Mário Nora

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: Os pseudoquistos pancreáticos são complicações conhecidas da pancreatite aguda. Na maioria dos casos, permanecem assintomáticos e/ou resolvem espontaneamente. Quando sintomáticos podem implicar intervenções terapêuticas quer por via cirúrgica, percutânea ou endoscópica. Os autores apresentam o caso de pseudocistos tratados por duas vias diferentes.

Resultado: Os autores apresentam o caso de um homem de 49 anos diagnosticado com pancreatite aguda biliar grave, complicada com coleções fluidas. O TC de reavaliação em ambulatório mostrou vários pseudocistos, destacando-se um pseudocisto cefalopancreático com 10.5x7x6.3cm e um na cauda do pâncreas com 5.3x4x4.8cm. O doente foi re-internado por duas vezes com complicações associadas a estes pseudocistos. Primeiro por intolerância alimentar, devido à compressão duodenal, tendo sido submetido a cistograstostomia e colecistostomia. E mais tarde, por infeção de um pseudocisto, tendo-se realizado tratamento endoscópico.

Conclusões: Apesar da maioria dos pseudocistos pancreáticos não necessitarem de tratamento dirigido, as suas complicações carecem de intervenção. A opção terapêutica deve ser adequada às características da lesão, à sua localização e comorbilidades do doente.

Palavras-chave: Pseudoquistos pancreáticos, cistograstostomia, tratamento endoscópico

SARCOMA EMBRIONÁRIO DO FÍGADOAna Marisa Marques

Centro Hospitalar de Tondela Viseu

O sarcoma indiferenciado (embrionário) do fígado é uma entidade raríssima mais frequente nas crianças. Em idade adulta corresponde a 7% dos sarcomas do fígado. Tem maior prevalência no sexo feminino entre 40-55 anos. Habitualmente assintomático, poderá, contudo, ter uma apresentação aguda secundária à sua rutura. Analiticamente, salienta-se um valor de alfa-fetoproteína normal. TC/RMN podem sobrestimar o componente quístico da lesão, sendo que a ecografia permite melhor avaliação da sua consistência. Apresentamos um caso incomum no adulto. Trata-se de doente, sexo feminino, 49 anos, quadro de toracalgia e dor no hipocôndrio direito. A ecografia realizada revelou formação nodular no lobo direito hepático. TC/RMN subsequentes descrevem massa (18x12x20cm) de limites bem definidos, heterogénea, com nível líquido-líquido, sugerindo hemangioma atípico. Foi proposta hepatectomia direita que decorreu sem intercorrências, tendo a doente alta ao 10º dia pós-operatório. O estudo anatomopatológico relevou sarcoma indiferenciado embrionário sem invasão linfovascular. Realizada colonoscopia e PET, sem alterações. Apesar do mau prognóstico, a melhoria na sobrevida pode ser conseguida através da ressecção R0 e quimioterapia neoadjuvante/adjuvante. Estudos mostram sobrevida global entre 2–23 meses. A doente recebeu QT adjuvante (6 ciclos de VAC – ciclofosfamida, vincristina, actinomicina D). Mantém-se sem evidência de recidiva de doença aos 30 meses de pós-operatório.

Palavras-chave: Sarcoma; Fígado; Alfa-fetoproteína; Prognóstico

UTILIZAÇÃO DE VERDE DE INDOCIANINA EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA – 2 CASOS CLÍNICOS

Ana Munhoz (1); Marco Pires (1); Catarina Baia (2); Cláudio Branco (1); Vitor Simões (1); Donzília Silva (1); António Canha (1); Jorge Daniel (1); José Davide (1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto – CHUPorto; (2) IPO PORTO

A colecistite é uma entidade comum, sendo uma complicação frequente da litíase biliar, afetando 10- 15% da população. O tratamento cirúrgico é a abordagem mais frequente, estando por vezes associado a morbilidade significativa devido à distorção anatómica secundária à inflamação. As técnicas de fluorescência permitem o adequado mapeamento da via biliar, mostrando-se um importante adjuvante durante a disseção. O objetivo deste trabalho é apresentar dois casos clínicos relativos a doentes submetidas a tratamento cirúrgico com auxílio da imunofluorescência, em contexto de urgência.

Caso clínico de duas doentes de 52 e 59 anos. Recorreram ao SU por quadro de dor epigástrica e vômitos sendo o estudo compatível com colecistite aguda. Foi proposto tratamento cirúrgico e submetidas a colecistectomia laparoscópica utilizando verde de indocianina. Procedimento e internamento decorreram sem intercorrências. Iniciaram dieta no 1º dia de pós-operatório, tendo tido alta ao 4º dia.

O tratamento recomendado na colecistite é o tratamento cirúrgico minimamente invasivo, se possível. A cirurgia pode ser desafiante devido à inflamação e distorção anatómica, levando ao aumento da morbilidade, afetando por vezes, de forma significativa a qualidade de vida. É da convicção dos autores que as técnicas adjuvantes como o verde de indocianina contribuem para a segurança do procedimento.

Palavras-chave: Colecistite, urgencia, verde de indocianina

SALA ROMA 2**Pósteres 5**

Presidente: Nuno Figueiredo

Moderadores: Elsa Costa, Tatiana Mendes Queirós

FÍSTULA COLOVESICAL POR CORPO ESTRANHO – A RELEVÂNCIA DA CIRURGIA

Marisa Ferreira; Inês Sousa; Miguel Neves; Gonçalo Ferreira; Arnaldo Figueiredo; Patrícia Bárbara; Alexandra Rocha; Sofia Dias; Rita Banza; Gilberto Figueiredo; Miguel Coelho

Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: As fístulas colovesicais são o principal tipo de fístula enterovesical, localizando-se mais frequentemente entre o cólon sigmóide e o fundo vesical. Podem decorrer de diverticulite, neoplasia, doença de Crohn ou de corpos estranhos no cólon. Geralmente, apresentam-se com sintomas urinários e a TAC abdominopélvica é o exame de imagem mais sensível para a sua deteção.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 87 anos que recorreu à urgência por disúria, febre e hipotensão. Analiticamente, apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e leucocitúria, tendo-se assumido o diagnóstico de urossépsis. A TAC abdominopélvica revelou a presença de um corpo estranho ao nível laterovesical do cólon sigmóide e uma bolha gasosa no interior da bexiga. A colonoscopia detetou diverticulose sigmóideia e, aos 25cm da margem anal, uma casca de bivalve que se tentou extrair endoscopicamente, sem sucesso. Foram realizadas sigmoidectomia e cistectomia parcial laparoscópicas, com colostomia terminal. Teve alta ao 9º dia de pós-operatório, sem complicações cirúrgicas.

Conclusão: A abordagem das fístulas colo-vesicais depende de vários fatores, nomeadamente a sua localização. A laparoscopia exploradora pode ser uma ferramenta de diagnóstico e tratamento para todos os tipos de fístulas. Habitualmente, o prognóstico é favorável e o pós-operatório decorre sem sequelas urinárias significativas.

Palavras-chave: fístula; colovesical; corpo estranho; cirurgia laparoscópica

UM CASO RARO DE OCLUSÃO INTESTINAL

Carolina Silva; Joana Frazão; José Calado
Hospital Fernando Fonseca

Introdução: A invaginação intestinal é uma condição na qual uma porção do intestino desliza para outro segmento intestinal adjacente, levando a um quadro de oclusão intestinal e eventualmente isquémia. É mais frequente na infância e envolve geralmente o intestino delgado. Os sintomas podem ser dor abdominal e vômitos. Nos adultos, esta patologia é mais rara e frequentemente relacionada com neoplasias.

Caso Clínico: Doente 37 anos, com prévios episódios de invaginação, recorreu ao SU por quadro de oclusão intestinal. Realizou TC que mostrou invaginação localizada no hipogastro e flanco esquerdo, com uma extensão de aproximadamente 18 cm e um calibre de 6 cm, sugerindo tratar-se de invaginação ileo-cólica. No seio da invaginação, identificou-se uma imagem arredondada com densidade de gordura, suspeitando-se de lipoma. Submetida a ressecção ileo-cecal. Sem intercorrências. Anatomia patológica sem alterações relevantes, sem evidência de neoplasia/lipoma.

Discussão/Conclusão: O diagnóstico de invaginação na idade adulta é desafiante, considerando os sintomas inespecíficos que podem estar associados, podendo atrasar o seu diagnóstico. É necessário proceder para abordagem cirúrgica dado o risco elevado de malignidade associada. Por este motivo, e considerando as complicações que podem estar associadas a esta patologia, é necessário um diagnóstico precoce para diminuir a morbidade/mortalidade associada.

Palavras-chave: invaginação intestinal, oclusão, raro, adulto

A OPÇÃO CIRÚRGICA NAS LESÕES PROLAPSANTES DA MUCOSA

Rita Ribeiro Dias (1); Ana Luís Martins (2); Miguel Machado (1); André Gonçalves (1); Elisabete Barbosa (1)

(1) Centro Hospitalar Universitário São João; (2) IPO Coimbra

Introdução: No colon sigmóide, as lesões prolapsantes da mucosa estão associadas a doença diverticular. Cerca de 50% destas lesões apresentam displasia, contudo num colon sigmóide com doença diverticular, estreito e angulado, a displasia focal é difícil de avaliar endoscopicamente.

Caso clínico: Doente de 71 anos, sexo feminino. Antecedentes pessoais de diverticulite complicada com abscesso em 2018, tratada com antibioterapia. Durante o seguimento em Consulta Externa, a doente realizou colonoscopia, com visualização de múltiplos divertículos e, entre os 25 e 18cm da margem anal, foram identificadas 2 lesões semipediculadas, congestivas, sugestivas de lesões prolapsantes da mucosa.

Como estas lesões se encontravam numa área de múltiplos divertículos, com grande espasticidade, não foi possível a sua ressecção endoscópica. Decidiu-se então pela opção cirúrgica, realizando-se uma sigmoidectomia laparoscópica.

Conclusão: As lesões prolapsantes da mucosa do sigmóide são, por norma, não neoplásicas, mas pode estar presente displasia pelo que deve ser considerada a sua excisão.

Palavras-chave: Lesões prolapsantes da mucosa

OCCLUSÃO INTESTINAL – CAUSA POUCO PROVÁVEL

André Lopes; Hugo Mesquita; Diana Matos; Anita Santos; Inês Peixoto; Rita Araújo; Luís Claro; Carlos Alpoim; Artur Castro
Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães

Doente do sexo feminino, 68 anos, com antecedentes de internamento no mês anterior por quadro suboclusivo no contexto de provável ileíte terminal resolvido com tratamento conservador e com alta orientada para consulta para estudo. Doente foi transferida de instituição privada para o serviço de urgência por quadro oclusivo com um dia de evolução, com náuseas e vômitos fecalóides e distensão abdominal. Ao exame objetivo apresenta-se hipotensa, taquicárdica, oligúrica, com abdómen distendido com dor generalizada a palpação. Doente foi submetida a laparotomia exploradora com identificação de peritonite generalizada, estenose do íleo terminal na proximidade da válvula íleo-cecal e perfuração a montante da mesma. Realizada colheita de líquido peritoneal e hemicolectomia direita com inclusão do íleo perfurado e anastomose íleo-cólica latero-lateral. No pós operatório imediato doente ficou internada na unidade de cuidados intensivos com recuperação gradual do choque séptico e posterior alta para enfermaria de cirurgia. Sem intercorrências cirúrgicas. O exame citológico do líquido peritoneal revelou apenas alterações inflamatórias. O exame anatomopatológico da peça operatória revelou adenocarcinoma mucinoso de baixo grau do íleo (pT4N1R0), Na consulta de grupo oncológico foi proposta para quimioterapia adjuvante.

Palavras-chave: oclusão intestinal, neoplasia

MUCINOUS ADENOCARCINOMA OF THE APPENDIX: THE APPENDICITIS COPYCAT?

Fábio Gomes; Ana Fareleira; Francisco Monteiro; Elisabete Barbosa
Centro Hospitalar e Universitário de São João

Adenocarcinoma of the appendix is a rare neoplasm, often diagnosed in patients of an older age group, who present with a clinical picture of acute appendicitis. Primary cancer of the appendix is diagnosed in less than 1% of appendectomy specimens, being the majority of primary malignant appendiceal tumors carcinoid, followed by mucinous adenocarcinoma.

We present the case of a 76-year-old woman, who presented to the emergency department with night sweats, dizziness, nausea, vomiting and asthenia with weeks of evolution and progressive worsening, with a palpable swelling at the right iliac fossa. Abdominopelvic CT angiography suggests acute suppurative appendicitis with abscess. The patient was hospitalized, the collection was drained and directed antibiotic therapy was commenced.

During hospitalization, a total colonoscopy was performed, which shows a polypoid lesion in the ileocecal appendix, covered by mucus. The patient was proposed for right hemicolectomy, having a voluminous neoplasm exteriorized to the serosa and adherent to the anterior abdominal wall. The anatomopathological study confirms the diagnosis of mucinous adenocarcinoma.

Primary appendix neoplasm is rare and difficult to suspect preoperatively. Patients of an older age group presenting with symptoms of acute appendicitis should be investigated for the possibility of an underlying malignancy,

Palavras-chave: Adenocarcinoma mucinoso, Appendicite

MASSA NA FID: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Rita Ribeiro Dias (1); Ana Luis Martins (2); Miguel Machado (1); André Filipe Gonçalves (1); Elisabete Barbosa (1)
(1) Centro Hospitalar Universitário São João; (2) IPO Coimbra

Introdução: O diagnóstico diferencial e a decisão terapêutica em doentes com uma massa na FID pode ser desafiante, podendo ser consideradas várias hipóteses diagnósticas.

Caso clínico: Doente de 78 anos, sexo feminino, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao SU por dor abdominal com uma semana de evolução, inicialmente difusa, que migrou para a FID. Realizou ecografia com a descrição de “apêndice dilatado, atingindo um diâmetro de 2cm” com “espessamento do íleon terminal e do cego e cólon ascendente”. No decurso do estudo realizou TC-AP relatando não só as alterações inflamatórias já descritas na FID, mas também uma “área linear hipodensa que se estende do sigmóide para o cego, questionando-se trajecto fistuloso a este nível”. Realizou colonoscopia com descrição de lesão neoplásica do cego, com biópsia de adenoma.

A doente foi proposta para hemicolecomia direita laparoscópica. Intraoperatoriamente constatou-se uma volumosa massa tumoral do cego aderente ao ovário direito, íleon e cólon sigmóide. Realizada hemicolecomia direita alargada ao íleon, ao ovário direito e também sigmoidectomia. Confecção de anastomose ileocólica e colo-rectal.

Conclusão: Em doentes com mais de 40 anos com sintomas de apendicite o diagnóstico diferencial de neoplasia do colon não deve ser descartado.

Palavras-chave: neoplasia do cólon

ESTENOSE ILEAL COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA DE CROHN NO IDOSO

Inês Bolais Mónica; Simone Oliveira; Daniela Pato Pais; Sara Andrade; Inês Bertão Colaço; Carla Cruz; João Pinho; Fernando Melo; José Valente Cecílio
HDFP

INTRODUÇÃO: A Doença de Crohn é uma doença inflamatória crónica gastrointestinal que pode afetar qualquer segmento do tubo digestivo, sendo mais frequente a nível ileocólico, e o seu envolvimento é transmural. De etiologia desconhecida, pensa-se resultar da interação entre vários factores, como genéticos, imunológicos e ambientais. Pensa-se que a idade de apresentação apresenta dois picos de distribuição, entre os 15 e os 30 anos, e os 50 e 80 anos. A clínica pode ser insidiosa (durante anos) ou aguda.

CASO CLÍNICO: Os autores apresentam um caso clínico raro de uma doente de 93 anos, que recorreu ao SU com clínica de oclusão intestinal. A TAC demonstrou “distensão de ansas de delgado compatível com quadro oclusivo, condicionado por segmento estenótico do íleon terminal com parede espessada e estratificada, com hiperrealce da mucosa e alterações compatíveis com doença de Crohn. A doente foi submetida a laparotomia exploradora, Hemicolectomia direita com ressecção ileal de cerca de 30cm. O estudo anatomopatológico confirmou ileíte crónica, com ileíte de Crohn. Segundo a classificação de Montreal, classificada como (A3L1B2).

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: Apesar da contínua evolução da capacidade diagnóstica da doença de Crohn, o seu diagnóstico pode ser dificultado pelas suas apresentações variadas, heterogéneas e pouco comuns.

Palavras-chave: Doença de Crohn, Crohn, Estenose ileal, Idoso

APENDICITE AGUDA SUB-HEPÁTICA: CASO CLÍNICO

Lurdes Gandra (1); Manuel Oliveira (1); Ana M Cabral (2)

(1) Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE; (2) Hospital da Horta, EPER

Introdução: A apendicite aguda é uma patologia cirúrgica comum que leva frequentemente a cirurgia urgente. No entanto, um apêndice em localização sub-hepática altera as manifestações típicas desta patologia. Raros casos estão descritos na literatura.

Caso Clínico: Um homem de 71 anos, com antecedentes de colecistectomia laparoscópica, foi admitido no serviço de urgência com dor intensa no mesogastro e flanco direito com 1 dia de evolução.

O doente tinha realizado TAC noutra instituição que mencionava “densificação de gordura na 2ª porção do duodeno (...) com suspeita de perfuração duodenal”. Trazia também análises que mostravam aumento moderado dos parâmetros inflamatórios. Ao exame objetivo, deambulava sozinho e estava hemodinamicamente estável. O abdomen estava mole, com dor à palpação do flanco direito e região periumbilical, com irritação peritoneal. Devido à falta de coerência entre a clínica e a hipótese colocada, o doente realizou novo TAC. Este revelou uma apendicite atípica antero-inferior à transição das 2ª-3ª porções duodenais.

Foi realizada apendicectomia laparoscópica e o doente teve uma evolução favorável.

Conclusão: O diagnóstico de uma apendicite em localização atípica, num doente idoso, pode ser difícil. A falta de acesso às imagens prévias poderia ter evitado nova TAC. A via laparoscópica revolucionou o tratamento cirúrgico desta patologia.

Palavras-chave: apendicite

OPERAÇÃO DE DELORME – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Luísa Magno; Maria Leonor Matos; Maria Rosa Sousa; Catarina Osório; Jorge Costa;
Mário Nora
CHEDV

O prolapso retal é uma entidade clínica cuja incidência é maior nas mulheres, idosas, de diagnóstico essencialmente clínico e de tratamento cirúrgico. A escolha da técnica cirúrgica é discutível, devendo ter em consideração múltiplos fatores: tipo de doente, extensão do prolapso, morbilidade e taxa de recidiva associadas, correção da anatomia e o distúrbio funcional presente. Tradicionalmente, os procedimentos perineais, devido a sua menor complexidade, são reservados para doentes mais idosos, de maior risco cirúrgico.

Métodos: Apresentação de caso clínico.

Resultados: Mulher, 81 anos, sem antecedentes de relevo, enviada à consulta de Cirurgia colorretal por prolapso retal exuberante, com obstipação associada, a condicionar múltiplas idas ao serviço de urgência. EDB sem alterações de relevo. Submetida a operação de Delorme em Fevereiro 2022, decorrida sem intercorrências. Alta hospitalar ao 2o dia pós-operatório, sem queixas objetiváveis. Durante o follow-up manteve-se sem perdas hemáticas, com melhoria significativa da obstipação. Ao exame objetivo, com ausência de prolapso (ver imagens) e anastomose íntegra.

Conclusões: A operação de Delorme é uma técnica segura, simples, associada a uma taxa de recidiva considerável. Deve ser uma opção em doentes criteriosamente selecionados, de alto risco cirúrgico/anestésico e idosos.

AR ATÉ FURAR!

Catarina Ortigosa; Bárbara Neto Castro; Ana Rita Ferreira; Sílvia Costa; Lurdes Gandra; Manuel Oliveira
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

INTRODUÇÃO: O pneumoperitoneu é uma entidade clínica com múltiplas etiologias, formas de apresentação e diagnósticos diferenciais. A perfuração de víscera oca é a causa mais comum, sendo frequentemente necessário tratamento cirúrgico.

MÉTODOS: Os autores apresentam um caso de um pneumoperitoneu em contexto traumático.

RESULTADOS: Sexo masculino, 31 anos. Sem antecedentes de relevo. Recorre ao hospital por dor e distensão abdominal após traumatismo anorretal com mangueira pneumática e instilação de ar pelo ânus. Objetivamente com distensão abdominal exuberante associada a ventre agudo; exame proctológico sem alterações. Imagiologicamente com evidência de pneumoperitoneu de grande volume, perfuração intestinal ao nível da transição retossigmoideia e peritonite fecal. Submetido a Operação tipo Hartmann, sem intercorrências. Durante o internamento, revelou alterações do comportamento com ideação suicida, sendo necessário acompanhamento por Psiquiatria. Neste contexto, levantou-se a suspeita do evento inicial não ter sido acidental. Posteriormente submetido a cirurgia de reconstituição de trânsito.

DISCUSSÃO: Existem múltiplas etiologias para o pneumoperitoneu, sendo uma minoria em contexto traumático.

CONCLUSÃO: É de extrema importância perceber o mecanismo do trauma não só para tratar a lesão orgânica como para desvendar o motivo do mesmo e providenciar ao doente toda a ajuda necessária.

Palavras-chave: PNEUMOPERITONEU, TRAUMA, COLORRETAL

ISQUEMIA INTESTINAL COMO COMPLICAÇÃO DE ESCLEROSE HEMORROIDÁRIA

Catarina Ortigosa; Hugo Pereira; Wilson Malta; Sílvia Costa; Manuel Oliveira; Antónia Póvoa

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

INTRODUÇÃO: A patologia hemorroidária é uma doença frequente com múltiplas terapêuticas disponíveis. Nos casos refratários a tratamento conservador, a escleroterapia é uma das armas terapêuticas, sendo as suas complicações raras. Existem apenas 3 casos reportados de isquemia intestinal como complicação deste procedimento.

MÉTODOS: Os autores apresentam um caso de isquemia intestinal como complicação de esclerose hemorroidária.

RESULTADOS: Sexo masculino, 58 anos. Antecedentes de patologia hemorroidária, previamente submetido a hemorroidectomia e escleroterapia. Recorre à urgência por dor abdominal duas horas após esclerose hemorroidária. Apresentava desconforto no hipogastro e exame proctológico sem alterações. Analiticamente: leucocitose 14.3×10^3 /dL, PCR normal; radiografia abdominal sem alterações. Melhoria sintomática após analgesia. Após oito horas, inicia dor abdominal e febre, apresentando dor e defesa generalizada à palpação abdominal. Analiticamente: leucocitose 21×10^3 /dL e PCR 1.72mg/dL. A tomografia revelou pneumatose intestinal na transição retossigmoideia, traduzindo isquemia intestinal. Procedeu-se a laparoscopia exploradora e ressecção anterior do reto com colostomia terminal. O pós-operatório decorreu sem intercorrências major.

DISCUSSÃO: A escleroterapia tem uma baixa morbilidade. O conhecimento das potenciais complicações e respetivo mecanismo é extremamente importante. O tratamento da isquemia intestinal deve ser individualizado.

CONCLUSÃO: A isquemia intestinal como complicação da escleroterapia hemorroidária é rara, não estando o seu mecanismo fisiopatológico totalmente esclarecido.

Palavras-chave: hemorróidas, escleroterapia, isquemia intestinal, colorretal

ROLLING STONE – UM CASO DE ILEUS BILIAR DE CÓLON SIGMÓIDE

Daniela Melo Pinto; Carolina Fernandes; Júlio Constantino; Jorge Pereira
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: O ileus biliar é uma complicação infrequente da colelitíase, responsável por 1-4% das causas de oclusão intestinal mecânica. Manifesta-se com mais frequência no íleon, mas em 4% dos casos pode ocorrer no cólon. É uma doença do idoso com múltiplas comorbilidades, que aliada à apresentação insidiosa e dificuldade diagnóstica, está associada a morbilidade e mortalidade elevadas.

Materiais e Métodos: Apresentação de caso clínico

Resultados: Homem de 83 anos com antecedentes de litíase vesicular, recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal com 6 dias de evolução e obstipação, sem vômitos. A ecografia abdominal revelou uma ansa distendida preenchida por conteúdo endoluminal, não progressivo. A TAC mostrou uma fístula colecistocólica de cólon transverso e uma oclusão de cólon sigmoide por um cálculo de 36 mm. Após falência de tentativa endoscópica de extração do cálculo, o doente foi submetido a cololitotomia por laparotomia, sem intercorrências. Pós-operatório sem complicações.

Discussão/Conclusão: O ileus biliar de cólon é uma causa rara de oclusão intestinal, sendo a remoção do cálculo o pilar do tratamento. A abordagem colonoscópica pode ter lugar no tratamento se o estado clínico do doente o permitir, mas a resolução do quadro é habitualmente cirúrgica, como ocorreu no nosso caso.

SÍNDROME DE BOUVERET – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

João Varanda; Daniel Martins; Catarina Ortigosa; Ana Rita Ferreira; Bárbara Castro; Andreia Amado; Sílvia Costa; João Cardoso; Antónia Póvoa; Manuel Oliveira
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho

Síndrome de Bouveret refere-se à obstrução do trato de saída gástrico secundária à impactação de um cálculo biliar decorrente de uma fístula colecisto-entérica. Apresenta-se o caso de uma mulher de 80 anos, que recorreu à urgência com dor epigástrica com 2 dias de evolução, associada a vômitos. A TC abdominal revelou fistulização colecisto-duodenal e a presença de um volumoso cálculo com 4 cm no duodeno proximal condicionando obstrução gástrica.

Foi avaliada por Gastreenterologia com tentativa de remoção do cálculo por via endoscópica sem sucesso. Foi submetida a laparotomia exploradora, mobilização do cálculo para o corpo gástrico, e extração por gastrotomia. Internada no Serviço de Medicina Intensiva, teve alta ao 26º dia pós-operatório por intercorrências respiratórias.

O Síndrome de Bouveret representa 2 a 3% das oclusões intestinais causadas por cálculos, que por sua vez constituem 1 a 4% das oclusões intestinais não cólicas. A prevalência é mais alta em mulheres de idade avançada e na presença de cálculos maiores que 2,5cm. Associa-se a uma morbidade e mortalidade notória. A associação crítica entre a raridade e severidade deste caso foram um incentivo para tornar consciente a sua ocorrência.

Palavras-chave: Síndrome de Bouveret, Oclusão Intestinal, Cálculo Biliar

NEOPLASIA DE CÉLULAS ACINARES DO PÂNCREAS: UMA ENTIDADE RARA E DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Miguel Vb Machado; Marisa Aral; Sara Rodrigues; João Teixeira; Luis Malheiro; Luis Graça; Elisabete Barbosa; Humberto Cristino
Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: Os carcinomas pancreáticos de células acinares representam 1% a 2% dos tumores pancreáticos em adultos.

Geralmente são assintomáticos nos estadios iniciais e em mais de 50% dos casos já apresentam doença metastática no diagnóstico.

Caso clínico: Homem, 55 anos, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal difusa, predominantemente epigástrica, com agravamento progressivo nas últimas 24h associado a anorexia e vômito isolado.

Ao exame objectivo, bom estado geral, com dor a palpação profunda no epigasto e hipocôndrio esquerdo. Analiticamente, observa-se PCR de 130,8 e a TC mostra hematoma intraperitoneal e suprapancreático de 198x147x151mm.

Posteriormente, realiza RMN que sugere neoplasia da cauda pancreática com metastização hepática.

A biópsia por ecoendoscopia define carcinoma de células acinares pancreática.

O paciente foi submetido a pancreatectomia corpo-caudal por via aberta, esplenectomia, metastasectomia no segmento II e gastrectomia vertical com alta ao 11o dia pós-cirúrgico.

Com um follow-up de 6 meses, o doente está assintomático sem evidência de recidiva de doença.

Conclusão: O tumor de células acinares pancreático é raro e de diagnóstico tardio, como se observa no caso clínico descrito.

O seu tratamento não está padronizado. A ressecção cirúrgica completa a opção preferencial e a quimioterapia não tem uma indicação definida.

Palavras-chave: Acinar, Pancreas, Pancreatectomia, Hepatobiliar, Neoplasia

HEMANGIOMAS GIGANTES: QUANDO A ENUCLEAÇÃO NÃO É OPÇÃO

Lilian Costa Farias; Tatiana Moreira Marques; Lígia Freire; Pedro Soares Moreira; Rita Peixoto; Lilite Barbosa; Gil Faria
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: Os hemangiomas cavernosos têm indicação para tratamento cirúrgico caso apresentem crescimento superior a 3 mm/ano ou sintomatologia. As opções técnicas disponíveis são a hepatectomia e a enucleação, estando a última associada a menor risco de complicações hemorrágicas.

Material e Métodos: Mulher, 85 anos, previamente colecistectomizada e com adenocarcinoma do pulmão e carcinoma crómofobo do rim. Apresentava quadro de enfartamento pós-prandial, distensão abdominal e dor epigástrica com pelo menos 2 anos de evolução. A tomografia computadorizada (2020) revelou múltiplos quistos hepáticos e uma lesão no lobo esquerdo com 17 cm, sugestiva de hemangioma gigante que manteve dimensões por um ano e foi confirmada por ressonância magnética (2021). Por referir agravamento dos sintomas, foi proposta cirurgia.

Resultado: Pelas suas dimensões foi necessária conversão para laparotomia e realização de hepatectomia lateral esquerda. Durante o procedimento, apresentou instabilidade hemodinâmica com necessidade transitória de suporte vasopressor. A perda hemática total foi de 800 mL e a isquémia hepática total 55 minutos, com necessidade de 1 UCE no pós-operatório por queda de hemoglobina para 7.2 g/dL.

Conclusão: A opção cirúrgica no tratamento dos hemangiomas gigantes pode ser condicionada pelo tamanho e localização da lesão, devendo a equipa estar preparada para gerir as possíveis complicações hemorrágicas.

Palavras-chave: hemangioma gigante, enucleação, hepatectomia, hemorragia

HEPATODUODENOPANCREATECTOMIA: UMA ARMA TERAPÊUTICA INFREQUENTE MAS POTENCIALMENTE CURATIVA

Miguel Vb Machado; Sara Rodrigues; Mj Madeira Cardoso; João Teixeira; Rita Ribeiro Dias; Alexandra Babo; Marinho De Almeida; Luis Malheiro; Luis Graça; Elisabete Barbosa; Humberto Cristino

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: Os colangiocarcinomas extrahepáticos podem ter uma disseminação ductal extensa, invadindo desde o hilo hepático até à via biliar distal. Apenas a ressecção tumoral completa permite a cura, sendo a hepatoduodenopancreatectomia uma estratégia curativa mas complexa.

Nos centros cirúrgicos com maior experiência, a taxa de mortalidade atual é de 2% com redução significativa nas últimas décadas, mas a taxa de morbilidade manteve-se constante (~80%).

Caso clínico: Homem, 60 anos, referenciado por colangiocarcinoma da via biliar principal com 47mm de extensão craniocaudal, envolvendo desde o ducto hepático esquerdo e extendendo-se distalmente para a via biliar distal.

Submetido pré-operatoriamente a embolização do ramo direito da veia porta com micropartículas de PVA e microcoils.

Ao 13o dia pós-embolização, realizou hepatectomia direita alargada ao segmento 1 + VBP + com duodenopancreatectomia cefálica sem preservação do piloro e reconstrução intestinal em Y-Roux.

O pós-operatório teve, como intercorrências, abscesso abdominal e fístula pancreática com resolução com tratamento médico, tendo alta ao 33a dia.

Com um follow-up de 6 meses, o doente está assintomático e sem recidiva tumoral.

Conclusão: A hepatoduodenopancreatectomia é uma cirurgia rara e tecnicamente exigente, podendo, contudo, ser a única terapêutica curativa. Quando realizada em centros de referência, a morbimortalidade pode ser otimizada.

ILEUS BILIAR – DOIS CÁLCULOS, O MESMO DOENTE.

Francisca Freitas; Bruno Vieira; Ana Melo; Cátia Ferreira; João Pinto-De-Sousa
CHTMAD – Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

O ileus biliar consiste numa obstrução intestinal causada pela presença de cálculo biliar no lúmen intestinal. Esta é uma complicação rara de coledocolitíase, mais frequente em idosos com múltiplas comorbilidades. Os sintomas são inespecíficos, caracterizando-se frequentemente por quadro de obstrução intermitente. Os exames de imagem são importantes, pois permitem identificar aerobilia, obstrução do intestino delgado e presença de cálculo biliar ectópico (tríade de Rigler). Numa primeira etapa, o tratamento consiste na realização de enterotomia com extração do cálculo, ficando a abordagem da vesícula e via biliar para uma intervenção posterior.

Homem 75 anos recorre ao serviço urgência por dor abdominal e vômitos há 4 dias. Apresenta múltiplas comorbilidades e internamento recente por colecistite aguda. Aquando da observação refere dor na palpação dos quadrantes superiores do abdómen e Murphy vesicular positivo. Analiticamente demonstra leucocitose e elevação PCR. Foi realizado tomografia que demonstrou aerobilia, sinais de colecistite crónica e presença de cálculo biliar condicionando obstrução. Foi realizada enterotomia com extração de cálculo de 4 cm. Ao 10º dia de pós-operatório doente desenvolve novo quadro de vômitos e dor abdominal. Identificado outro cálculo biliar a condicionar obstrução de delgado. Foi realizada enterotomia e extração de cálculo. Após evolução favorável teve alta para consulta.

Palavras-chave: Ileus biliar, Obstrução intestinal

11:00 – 13:00

SALAS ROMA 1 e 2 – Apresentação de PÓSTERES

(2 min. apresentação e 4 min. discussão)

SALA ROMA 1

Pósteres 6

Presidente: John Preto

Moderadores: Mariana Santos, Raquel Sanchez

TRATAMENTO DA HÉRNIA DO HIATO RECIDIVADA

Elisabete Campos; Marinho De Almeida; José Barbosa; Elisabete Barbosa
CHUSJ

Introdução: A recidiva na hérnia do hiato é comum, variando entre 2.6 a 42%. São fatores de risco conhecidos: um esfago curto, a obesidade e um inadequado encerramento crural, este último menos comum e associado a recorrência precoce. Independentemente da causa, a recidiva da hérnia do hiato sintomática está associada a maior risco de complicações e o seu tratamento representa um grande desafio.

Métodos: Estudo retrospectivo dos casos de recidiva de hérnia do hiato no serviço entre 2018 e 2021 e revisão bibliográfica de estudos publicados nos últimos 5 anos sobre recidiva da hérnia do hiato e seu tratamento.

Resultados: No serviço a taxa de recorrência de hérnia do hiato foi de 12.6%, com uma taxa de reintervenção cirúrgica de 5.6%. A reintervenção cirúrgica na hérnia do hiato recidivada está reservada aos doentes com sintomas significativos e persistentes, com grandes hérnias tipo II ou III ou qualquer hérnia tipo IV ou que apresentem complicações. Como opções cirúrgicas, pode ser realizada funduplicatura revisional, esofagojejunostomia em Y de Roux, esofagectomia ou gastropexia. Relativamente a cruroplastia com sutura ou prótese, 3 estudos de meta-análise demonstram haver menor recorrência e menor taxa de reintervenção cirúrgica com utilização de prótese e 1 refere não haver diferença estatisticamente significativa.

Discussão/ Conclusão: Apesar da elevada taxa de recorrência, o número de doentes que necessita de reintervenção cirúrgica na hérnia do hiato recidivada é baixo. Pode ser utilizada prótese de forma segura na cirurgia revisional, contudo a qualidade de evidência para o seu uso é baixa.

Palavras-chave: Hérnia do hiato

ADENOCARCINOMA JEJUNAL PRIMÁRIO: UM RELATO DE CASO

Mohamed Farès Mahjoubi; Bochra Rezgui; Nada Essid; Mohamed Maatouk; Marwa Bouafif; Mounir Ben Moussa
Charles Nicolle hospital, Tunis, Tunisia

Introdução: O adenocarcinoma primário do intestino delgado é um neoplasma raro. Geralmente descoberto entre os 50 e 60 anos de idade. Esta lesão está localizada no jejuno em 20-30% dos casos. O diagnóstico pode ser um desafio e a cirurgia é o tratamento recomendado em estágios não metastáticos.

Observação: Mulher de 55 anos sem histórico médico, sem história familiar de neoplasia, apresentando dor periumbilical crônica por 6 meses, vômitos e perda de peso de 5 Kg. Foi feita uma endoscopia gastro-duodenal que mostrou uma gastrite antral e uma TAC que mostrou um espessamento circunferencial de uma alça jejunal estendido sobre 25 mm com dois, sem metástases. Foi realizada uma jejunoscopia que mostrou um tumor ulceroso e estenosante da segunda alça jejunal. Biópsias confirmaram o diagnóstico: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Na laparotomia: Sem carcinoses, sem metástases. Uma ressecção jejunal segmentar radical foi realizada com uma anastomose término-terminal manual. O paciente recebeu alta no quinto dia pós-operatório. O estudo histopatológico mostrou um adenocarcinoma jejunal moderadamente diferenciado, tumor de grau 2. O paciente foi transferido para quimioterapia adjuvante.

Conclusão: Normalmente são secundários a outras doenças: Crohn, Ceoliac, síndrome de Lynch... Os tumores jejunais primitivos ainda são objeto de múltiplos estudos prospectivos.

Palavras-chave: Adenocarcinoma, jejunum

UM CASO RARO DE QUILOPERITONEU

Filipa Côrte-Real; Débora Aveiro; Milene Sá; Jorge Pereira
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: Ascite quilosa é uma acumulação intraperitoneal de linfa decorrente de uma disrupção do normal funcionamento do sistema linfático. A associação entre oclusão intestinal e ascite quilosa é rara.

Material e Métodos: Caso clínico de doente com quiloperitoneu e oclusão intestinal

Resultados: Homem de 67 anos com antecedentes de gastrectomia total laparoscópica com montagem em Y de Roux por neoplasia- pT2 N2 M0 (2019). Admitido na urgência por dor abdominal associada a paragem de emissão de gases e fezes. Realizou TC- suspeita de hérnia interna e líquido intraperitoneal livre. Por dor abdominal mantida com sinais de irritação peritoneal foi submetido a laparoscopia exploradora com redução de hérnia e encerramento de brecha mesentérica. Objetivado líquido livre de aspeto leitoso e hipermotilidade das ansas sem sinais de sofrimento ou recidiva neoplásica. A bioquímica do líquido revelou contagem de triglicédeos »3000mg/dL, sem presença de células neoplásicas no exame citológico.

Discussão/Conclusão: A montagem em Y de Roux cria defeitos mesentéricos que podem originar hérnias internas. A associação de oclusão intestinal e quiloperitoneu é rara. O líquido ascítico apresenta aspeto leitoso e um nível de triglicédeos >200mg/dL. O tratamento da oclusão, a lavagem, drenagem e dieta específica fazem parte do sucesso terapêutico.

Palavras-chave: oclusão intestinal, quiloperitoneu, montagem em Y de Roux

DIVERTICULITE JEJUNAL: UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL

Bárbara Castro; Daniel Martins; Andreia Pires; Hugo Pereira; Susana Graça; Fernando Viveiros; Sílvio Vale; Manuel Oliveira
Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: A diverticulite jejunal constitui uma causa rara de dor abdominal, tornando o seu diagnóstico difícil. A TC-AP desempenha um papel crucial no diagnóstico e na avaliação das complicações. O tratamento médico é geralmente suficiente. O objetivo deste trabalho é reportar um caso de diverticulite jejunal, de forma a alertar para um diagnóstico diferencial incomum de dor abdominal.

CASO CLÍNICO: Homem, 53 anos, AP de rafia de úlcera péptica, recorre ao SU por dor na FID com 1 dia de evolução. Ao exame objetivo, abdómen doloroso na FID, com defesa e sinais de irritação peritoneal. Analiticamente, PCR 11,19 mg/dL. Por suspeita de apendicite aguda solicitada ecografia, que não visualizou o apêndice, mas identificou alterações inflamatórias locais. Solicitada TC-AP que revelou apêndice ileocecal sem apendicite aguda e divertículo jejunal tumefacto, com 36 mm, com densificação dos planos adjacentes, compatível com diverticulite aguda. O doente apresentou evolução favorável com antibioterapia e teve alta ao 5º dia de internamento.

CONCLUSÃO: A doença diverticular jejunal é uma condição rara, sendo a diverticulite aguda a complicação mais comum. É importante incluí-la no diagnóstico diferencial de dor abdominal, promovendo o seu tratamento precoce. A abordagem conservadora é adequada nos casos de diverticulite aguda não complicada.

Palavras-chave: Diverticulite Jejunal, Dor Abdominal, Antibioterapia

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DIVERTÍCULO DE ZENKER

Catarina Henriques (1); Catarina Rodrigues (2); Lúcia Carvalho (1); Joana Magalhães (1); Rui Ferreira De Almeida (1); Mário Nora (1) Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; (2) Hospital da Horta

Introdução: O divertículo de Zenker é o tipo de divertículo esofágico mais frequente, com uma prevalência de 0.01% a 0.11%. Apresenta-se, habitualmente, como uma protrusão da mucosa e submucosa ao nível da junção faringo-esofágica, mais concretamente no triângulo de Killian. Clinicamente manifesta-se por disfagia e regurgitação. A abordagem endoscópica no tratamento desta entidade tem vindo a crescer; no entanto, a diverticulectomia e miotomia do cricofaríngeo por via transcervical continua a ser um método terapêutico eficaz e seguro.

Caso clínico: Doente de 63 anos, sexo feminino, que se apresenta na consulta de Cirurgia Geral com queixas de regurgitação de alimentos não digeridos, halitose, disfagia alta para líquidos e sólidos e gorgolejo cervical recorrente, com 2 anos de evolução e agravamento progressivo. Ao exame objetivo apresentava uma tumefação na região cervical lateral esquerda. O diagnóstico de divertículo de Zenker, com 40mm de maior eixo, foi confirmado por estudo contrastado esofágico. Submetida a diverticulectomia e miotomia do cricofaríngeo por via transcervical, sem intercorrências.

Conclusão: É importante a suspeita diagnóstica de divertículo de Zenker em doentes com disfagia orofaríngea progressiva ou regurgitação; quando sintomático o tratamento é mandatório. A abordagem cirúrgica, continua a ser uma opção com excelente resultado nos pacientes com risco anestésico-cirúrgico adequado.

Palavras-chave: Divertículo esofágico, Cricofaríngeo, triângulo de Killian, divertículo de Zenker

HÉRNIA DE MORGAGNI – RELATO DE UM CASO

Ana Sofia Lopes; João Murta; Catarina Pato; João Chambino; Maria João Samúdio; Teresa Causí; Andreia Ministro; Carlota Ramos; Rui Bernardino; Jorge Marques; José Ferreira; Fernanda Quirino; Luís Miranda
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A hérnia de Morgagni consiste num defeito diafragmático congénito. É uma condição rara (5% das hérnias diafragmáticas) e na maioria dos casos assintomática tratando-se de um achado num raiox ou TAC.

Material e métodos: Caso clínico.

Resultados: Mulher de 78 anos, referenciada à consulta externa de Cirurgia Geral por hérnia de Morgagni à direita sintomática (perda de peso, intolerância alimentar e episódios de vómitos a condicionar múltiplas ida ao SUC) documentada em TAC “Hérnia de Morgagni à direita, com conteúdo de tecido adiposo abdominal e parte do lobo hepático esquerdo e antro gástrico”. A doente foi proposta para correção cirúrgica de hérnia diafragmática. Intra-operatoriamente, constatou-se herniação do fundo gástrico e parte do grande epíploon, procedendo-se à redução dos mesmos, sem resistências. Realizada herniorrafia e a doente teve alta ao 5º dia pós-operatório.

Já relatado em TAC de 2016 “volumosa lesão neoformativa com densidade de predomínio lipomatoso 11x10x12c,. Desvio contralateral da silhueta mediastínica e compressão do parênquima pulmonar adjacente”. Foi proposta para ressecção de massa mediastínica pela Cirurgia Cardiorotáica, que a doente recusou.

Discussão: A hérnia de Morgagni é uma condição rara, mais frequente à direita (90%). O seu tratamento de eleição quando sintomática passa pela intervenção cirúrgica.

ADENOSQUAMOUS CARCINOMA OF THE STOMACH IN CAUCASIAN MAN: A CASE REPORT

José Pedro Vieira De Sousa (1); Ana Luís Martins (2); António Pereira (1); José Barbosa (1); Elisabete Barbosa (1)

(1) Centro Hospitalar Universitário São João; (2) Instituto Português Oncologia Francisco Gentil, de Coimbra

In this report, we describe a case of an 88-year-old Caucasian man, an ex-smoker with chronic alcohol abuse and high-grade urothelial carcinoma, who developed upper gastrointestinal bleeding and anemia in December 2021. Upper gastrointestinal endoscopy revealed an ulcer-vegetative lesion next to the pylorus. Pathological anatomy confirmed the diagnosis of gastric carcinoma. A staging thoraco-abdominopelvic computed tomography scan was performed, excluding distant metastatic disease or other suspicious lesions (cT3-4 N0 M0). In February 2022, he underwent a sub-total distal gastrectomy with a Billroth type-2 anastomosis without complications. In the postoperative period, he developed pneumonia from which he recovered with antibiotics. The pathological exam of the specimen revealed an ulcero-infiltrative lesion in the antrum, infiltrating his gastric wall to the serosal layer, classified as a gastric adenosquamous carcinoma (pT4a N0 R0).

This tumor is a rare and aggressive histological type of gastric carcinoma, accounting for less than 1% of carcinomas. The etiopathogenesis of this tumor is still not completely understood. The prognosis is usually worse, because at the diagnosis presents at more advanced stages and venous and lymphatic invasion are more frequent.

Palavras-chave: Adenosquamous carcinoma, gastric carcinoma, sub-total distal gastrectomy, carcinoma adenoescamoso, carcinoma gástrico, gastrectomia distal

LEFT PARA-DUODENAL HERNIA: A RARE CAUSE OF ACUTE ABDOMEN IN THE ADULT

Antônio Freitas; Ana Faustino; Beatriz Martins; Luis Amaral
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introduction: Para-duodenal hernias are rare congenital abnormalities that result from a malrotation of the midgut, the duodenum and the small bowel become enclosed in a peritoneal lined sac behind the mesentery of the colon.

Case presentation: We report a case of a 65 year old man presenting to the emergency department with an acute abdomen. CT imaging was diagnostic for strangulated internal small bowel hernia in the left para-duodenal space (Landzert's fossa). Emergent laparotomy was ensued. Small bowel was viable and reduced and the hernial defect obliterated.

Discussion: Due to the rarity of this disease process as cause of acute abdomen, its diagnosis is often difficult or delayed. Although this congenital anomaly is uncommon, it should be taken into consideration in the differential diagnosis of any patient with small bowel obstruction in the absence of previous abdominal surgery.

Conclusion: It is important for a medical practitioner to recognize this pathology in order to start appropriate treatment without a delay.

Palavras-chave: Acute abdomen, Internal hernia, para-duodenal h ernia

HIATAL HERNIA: A RARE CASE OF INTRATHORACIC PANCREAS

Carolina Coutinho; Vítor Neves Lopes; Carlos Soares; José Barbosa; Elisabete Barbosa
Centro Hospitalar Universitário de São João

Hiatal hernia is a common disease, however the herniation of the pancreas, whether total or partial, is a rare phenomenon – by 2020, only 17 cases had been reported. A 97 years old female patient that went to the Emergency Department with a history of a progressively worsening dyspnea over the past few months, with a significant increase in the week prior to hospital admission and an associated productive cough. The patient had a medical history of cardiac insufficiency, hypertension, chronic gastritis and sliding hiatal hernia. The reported symptoms were attributed to a decompensation of the already known cardiac pathology. A chest computed tomography was taken and disclosed a diaphragmatic hiatal hernia with dimensional progression in relation to previous exams, with herniation of the stomach, the colonic hepatic flexure and the pancreatic head, leading to a passive atelectasis of the right lower pulmonary lobe. Given patient comorbidities and current functional status, surgical treatment was not pursued and a conservative option was chosen, including symptom management and dietary and lifestyle recommendations. Pancreatic herniation can be asymptomatic or manifest as dyspnea, chest pain and weight loss. The choice between surgical or conservative treatment should be carefully considered and remains under debate.

Palavras-chave: Hiatal hernia, Intra-thoracic pâncreas

RESSEÇÃO DE GIST GÁSTRICO GIGANTE – CASO CLÍNICO

Raquel Prata Saraiva; Teresa Carço; Miguel Duarte Ângelo; Teresa Santos Silva
Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução: O GIST é a lesão subepitelial mais comum do tubo digestivo, mais frequentemente localizado no estômago. Tem comportamento biológico imprevisível com potencial de malignidade variável.

Caso clínico: Homem, 79 anos, com epigastralgia com 2 meses de evolução associado a massa epigástrica. Nega astenia, anorexia ou perda ponderal. Objetivamente, identifica-se massa epigástrica, indolor, consistência mole à palpação, estendendo-se ao hipocôndrio esquerdo. EDA identificou úlcera linear na face posterior do estômago (biópsia: gastrite crónica, H. pylori positivo sem células malignas). TC abdominal: processo expansivo volumoso, (176x168mm) sólido, na dependência da parede gástrica posterior, crescimento exofítico sem contacto com mucosa, compatível com GIST. Comprime estômago, pâncreas e ansas intestinais, sem invasão. O estadiamento (TC TAP) não identificou metastização. Após RDT, foi submetida a laparotomia exploradora, identificando-se tumor com origem na parede posterior gástrica, realizando-se gastrectomia atípica. Pós-operatório sem intercorrências, alta 7º dia. EAP: Tumor do estroma gastrointestinal do corpo gástrico, alto risco de comportamento agressivo, pT4 estadio IIIB. Realizou terapêutica adjuvante com imatinib durante 38 meses. Mantém vigilância oncológica sem sinal de recidiva tumoral ou metastização.

Conclusão: A ressecção cirúrgica mantém-se a abordagem primária de GIST ressecáveis sem metastização para intuito curativo. O imatinib é o tratamento adjuvante indicado para aumentar sobrevida.

Palavras-chave: GIST, gastrectomia

PERFURAÇÃO ESPONTÂNEA DE DIVERTÍCULO DO JEJUNO

Rita Gonçalves Monteiro; João Gomes; Joana Peliteiro; Moutinho Teixeira; Tatiana Neves; Filipa Meruje; Horácio Pérez; Aida Paulino
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A diverticulose do intestino delgado é uma entidade incomum e geralmente assintomática. Os divertículos jejunoileais representam 18 a 25% de todos os casos, são geralmente múltiplos e principalmente localizados no jejuno, tornando-se sintomáticos em até 10% dos casos.

Caso clínico: Mulher de 90 anos recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal aguda difusa com 12h de evolução associado a vômitos e diarreia. Ao exame objectivo apresentava-se pálida e desidratada, hipotensa, abdómen distendido e timpanizado, difusamente doloroso à palpação. Analiticamente com leucocitose, PCR 39.6. A TC-AP evidenciou pneumoperitoneu, ligeira densificação difusa da gordura nos quadrantes esquerdos, fina lâmina de líquido intraperitoneal. Após estabilização hemodinâmica a doente foi submetida a cirurgia urgente. Intraoperatoriamente verificou-se perfuração de divertículo jejunal a 10 cm do ângulo de Treitz, com colecção abcedada do mesentério. Foi submetida a ressecção jejunal segmentar e jejunojejunostomia sem intercorrências. No 11º pós-operatório registou-se evisceração, corrigida por laparorrafia. Teve alta após 24 dias de internamento.

Conclusão: A diverticulose jejunal complicada por perfuração é rara e constitui indicação para ressecção cirúrgica do segmento intestinal afectado. É um diagnóstico desafiante, sendo maioritariamente feito no intraoperatório.

DIVERTICULOSE JEJUNAL COM PERFURAÇÃO POR ESPINHA DE PEIXE

Rita Gonçalves Monteiro; João Gomes; Joana Peliteiro; Moutinho Teixeira; Tatiana Neves; Filipa Meruje; Horácio Pérez; Aida Paulino
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A diverticulose do intestino delgado é uma entidade incomum e geralmente assintomática. Os divertículos jejunoileais representam 18% a 25% de todos os casos, são encontrados principalmente no jejuno, geralmente múltiplos e tornam-se sintomáticos em até 10%.

Caso clínico: Mulher de 69 anos recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor epigástrica, associado a febre, náuseas e vômitos. A TC AP revelou pneumoperitônio e múltiplos divertículos do delgado. Analiticamente apresentava discreta leucocitose. A doente foi submetida a laparoscopia exploradora, identificando-se dezenas de divertículos do delgado. Um deles, a cerca de 20 cm distalmente ao ângulo de Treitz, apresentava sinais de perfuração, com pequeno abscesso. O intestino afetado foi exteriorizado através de laparotomia de 4 cm para ressecção segmentar e jejunojejunostomia. No jejuno perfurado, uma espinha de peixe de 25 mm foi identificada como causa da perfuração do divertículo. O exame anatomopatológico foi compatível com diversas estruturas diverticulares da parede muscular, uma das quais com perfuração de 2 mm e infiltrado granulocítico com envolvimento da serosa.

Conclusão: A abordagem ideal dos divertículos sintomáticos consiste na ressecção intestinal. Apesar de raro, este tipo de quadro deve ser tido em consideração no diagnóstico diferencial do doente que se apresenta com abdómen agudo.

OCCLUSÃO INTESTINAL ALTA POR VIDEOCÁPSULA RETIDA: DESAFIO CIRÚRGICO EM DOENTE COM ANTECEDENTES DE CIRURGIA ABDOMINAL

Nuno Ventura Ferreira; Elza Almeida; Jorge Pais; Marisa Ferreira; Miguel Coelho Dos Santos

Centro Hospitalar de Leiria

Relata-se caso de doente de 46 anos com antecedentes de mais de 10 cirurgias abdominais por laparotomia que, no estudo de hemorragia digestiva oculta com anemia é proposto para realização de videocápsula endoscópica. Recorre 2 dias após a ingestão da videocápsula por ausência de eliminação da cápsula, dor abdominal, distensão e vómitos.

Proposto para laparotomia na qual apenas se conseguiu aceder parcialmente à cavidade peritoneal num segmento de ansas intestinais de delgado medianas numa extensão de cerca de 20cm de maior eixo. As restantes ansas encontravam-se encastradas e fortemente aderidas à parede abdominal e sem plano de disseção seguro, num abdómen hostil, quase congelado.

Com recurso a intensificador de imagem identificou-se a cápsula no intraoperatório e utilizando um dispositivo magnético, a cápsula foi trazida para o segmento de ansas na janela peritoneal disponível (laboriosamente libertada). Seguidamente realizou-se a enterotomia, recuperação da videocápsula e enterorrafia.

Pós-operatório sem intercorrências.

O estudo da videocápsula foi negativo para determinação da etiologia da hemorragia digestiva.

Este caso clínico leva-nos a refletir sobre a indicação da videocápsula em doentes com várias cirurgias abdominais prévias e a ponderar todas as outras opções de exames diagnósticos em primeira instância.

Palavras-chave: capsula, videocápsula, oclusão

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniel Martins; Barbara Castro; Andreia Amado; Mariana Santos; Amélia Tavares; António Ferreira; Fernando Viveiros; Sílvio Vale; Manuel Oliveira
Centro Hospitalar Vila Nova Gaia Espinho

A dispepsia é um sintoma gastrointestinal frequente, com um extenso diagnóstico diferencial. No seu estudo é essencial excluir neoplasia gástrica.

Homem 59 anos, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal, vômitos e perda ponderal involuntária. Do estudo imagiológico a destacar um espessamento parietal do antro gástrico com múltiplas adenopatias perigástricas suspeitas. O estudo endoscópico revelou neoformação ulcerada do antro distal a condicionar deformação antropilórica, com realização de biópsias, positivas para presença de *Helicobacter pylori* mas sem evidência de malignidade, com a sua posterior erradicação. Foi efetuado pedido de consulta de Hematologia que foi recusado.

Após 9 meses, reentrada no SU por intolerância alimentar, efetuada nova endoscopia com úlcera no antro, cicatricial, com nova biópsia que não revelou malignidade.

Por intolerância alimentar persistente, foi proposto para gastrectomia parcial radical. Teve alta ao quinto dia pós-operatório sem intercorrências. O resultado da peça operatória foi linfoma da zona marginal com envolvimento dos 52 gânglios ressecados.

Linfomas da zona marginal são raros e a sua localização mais frequente é gástrica. O seu diagnóstico é obtido através de biópsias endoscópicas. O tratamento é à base da erradicação da *Helicobacter pylori*, radioterapia localizada e imunoterapia. A intervenção cirúrgica raramente é necessária.

Palavras-chave: Gastric Lymphoma, Gastrectomy

OCCLUSÃO DO INTESTINO DELGADO POR BEZOAR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Tavares; Hugo Pereira; Ana Rita Ferreira; Bárbara Castro; Andreia Amado; Ana Mesquita; Elsa Costa; Amélia Tavares; Fernando Viveiros; Manuel Oliveira
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho

Introdução: As principais etiologias de oclusão mecânica do intestino delgado são: bridas, hérnias, neoplasias e doença inflamatória/infeciosa, sendo rara a oclusão por bezoar (<1%). O bezoar trata-se de uma massa compacta de material não digerido e a sua formação está relacionada com vários fatores, nomeadamente cirurgia gastrointestinal prévia. A tomografia computadorizada tem um papel fundamental no diagnóstico. O tratamento cirúrgico está maioritariamente indicado, embora a abordagem conservadora possa ser uma opção em determinadas condições.

Resultados: Doente de 59 anos, sexo masculino, antecedentes de gastrectomia parcial e síndrome parkinsoniana. Admitido na Sala de Emergência por instabilidade hemodinâmica, apresentando quadro de dor abdominal, vômitos e mal-estar geral, com dois dias de evolução. Realizou TC abdomino-pélvica que evidenciou oclusão mecânica do intestino delgado. Submetido a laparotomia exploradora, executada enterotomia, extração de bezoar de origem animal com 10cm de extensão e enterorrafia. Permaneceu 14 dias na UCIP, teve alta para Unidade de Convalescência ao fim de 35 dias.

Conclusão: A oclusão intestinal por bezoar constitui um diagnóstico desafiante e habitualmente imagiológico. Na maioria dos casos das oclusões no intestino delgado, o seu tratamento é cirúrgico. O presente caso é paradigmático quer pelos fatores de risco quer pelo tratamento desta patologia nesta localização específica.

Palavras-chave: Oclusão do intestino delgado, Bezoar, Gastrectomia parcial

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIA DE MORGAGNI POR VIA LAPAROSCÓPICA

Catarina Henriques (1); Catarina Rodrigues (2); Lúcia Carvalho (1); Artur Trovão (1); Mário Nora (1)

(1) Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; (2) Hospital da Horta

Introdução: As hérnias de Morgagni são defeitos diafragmáticos, raros e congénitos, que ocorrem na região anterior do diafragma e mais frequentemente à direita. São maioritariamente assintomáticas e diagnosticadas incidentalmente em exames de imagem. O tratamento cirúrgico por via transabdominal ou transtorácica está indicado pelo risco de encarceramento ou estrangulamento das vísceras herniadas, sendo que nos últimos anos a correção por via laparoscópica tem sofrido um crescimento notável.

Caso clínico: Doente de 27 anos, sexo feminino, medicada com IBP diário por epigastralgias e sensação de enfartamento ocasional, sem sintomas respiratórios. Referenciada à consulta de Cirurgia Geral por diagnóstico imagiológico de hérnia de Morgagni em TAC realizado em contexto de urgência, que relatava a presença de uma hérnia diafragmática anterior à direita, com herniação de parte do fígado, com um colo de 23 mm. Submetida a laparoscopia diagnóstica onde se confirmou a presença de hérnia de Morgagni, tendo sido realizada a redução do lobo esquerdo do fígado herniado e correção do defeito herniário com prótese.

Conclusão: A abordagem transabdominal laparoscópica para correção de hérnias de Morgagni oferece vantagens diagnósticas além do conhecido potencial de redução de morbilidade pós-operatória, sendo atualmente uma via de abordagem em ascensão com excelentes resultados se risco anestésico-cirúrgico adequado.

Palavras-chave: Hérnia de Morgagni, Hérnia diafragmática

OBSTRUCTIVE JAUNDICE AS THE FIRST MANIFESTATION OF ADVANCED GASTRIC SIGNET CELL ADENOCARCINOMA IN A YOUNG PATIENT

Guilherme Santos; Filipa Taré; David Salvador; Sara Morais; Tamiris Mogne; Natacha Andrade; Beatriz Cordeiro; Ilda Barbosa
Hospital Doutor José Maria Grande

Introduction: Gastric cancer is rare before the 5th decade of life. The incidence of gastric cancer is decreasing worldwide, but gastric signet ring-cell carcinoma (SRCC) cases increased. This histologic subtype tends to affect younger patients and females. **Materials and Methods:** Literature review and data collection from the patient's electronic chart.

Results: A 21-year-old female presents with abdominal pain and choluria, and is diagnosed with obstructive jaundice and mild acute pancreatitis. An endoscopic retrograde cholangiopancreatography showed stenosis of the main pancreatic duct and common bile duct, without gallstones. Later the patient develops ascites, nausea and vomiting. Abdominal computerized tomography showed large ascites. Endoscopic ultrasound found an infiltrating lesion in the gastric body, that invaded all gastric wall layers and the pancreatic body, and had multiple enlarged lymph nodes. Histology confirmed SRCC. The patient's status progressively worsened, with refractory ascites, loss of oral route, and intercurrent pseudomembranous colitis, culminating in death 35 days from admission.

Discussion: There are still controversies regarding the prognostic significance of SRCC, particularly in early-stage gastric cancer, where it does not appear to have a worse prognosis than other histologic subtypes. In advanced stage gastric cancer, however, SRCC remains an independent factor for worse outcomes after surgery.

Palavras-chave: Carcinoma gástrico, Adenocarcinoma com células em anel de sinete

PERFURAÇÃO INTESTINAL – STATUS BYPASS GÁSTRICO

André Lopes; Hugo Mesquita; Carlos Alpoim; Diana Matos; Anita Santos; Inês Peixoto; Rita Araújo; Luís Claro; Jorge Magalhães
Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães

Doente do sexo feminino, 38 anos de idade, com antecedentes de Bypass Gástrico laparoscópico em 2015, recorre ao serviço de urgência por uma dor súbita e intensa nos quadrantes abdominais esquerdos, com náuseas e vômitos associados. Ao exame objetivo a ressalvar dor a palpação abdominal nos referidos quadrantes e com Murphy renal esquerdo positivo. Neste contexto realizou um TAC abdominal que revelou pneumoperitoneu de pequeno/moderado volume e liquido livre de pequeno volume no fundo de saco posterior. Desta forma a doente foi proposta e submetida a laparotomia exploradora com identificação de perfuração punctiforme do coto da bengala de jejuno e resseção do mesmo com máquina de sutura automática. O pós operatório imediato sem intercorrências. Após a alta verificou-se infeção da ferida operatória com pequena deiscência resolvida com tratamento conservador.

Palavras-chave: Bypass Gástrico, pneumoperitoneu, perfuração intestinal

PÓLIPO DUODENAL: O PAPEL DA CIRURGIA QUANDO A ENDOSCOPIA FALHA

Joana Marques Antunes; Catarina Silva; Tiago Fonseca; Jéssica Neves; Sílvia Pereira; Domingos Rodrigues; Tiago Ferreira; Mário Nora
CHEDV

Introdução: Embora o intestino delgado represente 75% do comprimento e 90% da área de superfície do trato alimentar, as suas neoplasias representam apenas 3% das neoplasias gastrointestinais. Destas, 25-40% são adenocarcinomas, com maior incidência no duodeno, diminuindo progressivamente ao longo do intestino delgado. **Materiais e Métodos:** Apresentação de caso clínico de um pólipó duodenal com 5cm submetido a duodenopancreatectomia cefálica.

Resultados: É apresentado o caso de um homem de 69 anos referenciado à consulta de cirurgia geral por apresentar um polipo sésil na segunda porção do duodeno com 5cm, diagnosticado em EDA por enfartamento. A biópsia revelou tratar-se de um adenoma túbulo viloso com displasia de baixo grau. Dada a impossibilidade de exérese endoscópica, foi proposto para realização de duodenopancreatectomia cefálica que decorreu sem intercorrências. O estudo anatomopatológico mostrou tratar-se de um adenocarcinoma tubulo-viloso duodenal com displasia de alto grau e foco superficial de adenocarcinoma intraepitelial, sem metastização ganglionar. Proposto para vigilância.

Conclusão: A maioria dos adenocarcinomas do intestino delgado surge de adenomas pela sua transformação maligna na sequência adenoma-carcinoma. Nos adenomas vilosos a taxa de adenocarcinoma é de até 42%. Na ausência de malignidade privilegia-se o tratamento endoscópico, exceto se lesão com mais de 4cm, devendo ser tratada cirurgicamente.

PRE-OPERATIVE WEIGHT LOSS IS NOT A PREDICTOR OF WEIGHT LOSS AFTER BARIATRIC SURGERY

Francisco Marrana; Lígia Freire; Diogo Melo Pinto; Lilian Farias; Pedro Soares Moreira; Tiago Rama; Rita Peixoto; Gil Faria
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Background: Mandatory pre-operative weight loss is often required as admissibility criteria for bariatric surgery. However, there's no hard evidence confirming that pre-operative weight loss is related to the magnitude of post-operative weight loss.

Methods: Retrospective analysis of 289 patients treated between January/2018 and June/2022. Statistical analysis performed with SPSS and p-values <0.05 were considered significant. Patients were analyzed regarding anthropometric data, weight-change between first outpatient visit and day of surgery and post-operative weight-change.

Results: Pre-operative weight loss was recommended but not required for surgery. In pre-operative period, 51% patients increased weight and only 24.6% had significant (>2kg) weight-loss. The 1month %EWL was 27.2% and the 12months %EWL was 81.9%. At 1 month, patients with pre-operative weight-loss had greater %EWL (29,7% vs 26,5%; p=0,036) and weren't statistically different at 12 months (84,1 vs 81,2; p=0,56). Patients with pre-operative weight-loss had significantly lower BMI at the day of surgery(40.3 vs 44.2; p<0.001) , although their maximum BMI wasn't different (45.6kg/m²). After adjustment for initial BMI and type of surgery, pre-operative weight change wasn't related with 1month and 12months weight-loss (p=0.7).

Conclusion: Mandatory pre-operative weight-loss is not associated with post-operative weight-loss and might exclude patients who are the most in need of surgical treatment.

SALA ROMA 2

Pósteres 7

Presidente: Luís Castro Neves

Moderadores: Hugo Louro, Telma Fonseca

FASCEÍTE DA PAREDE ABDOMINAL APÓS CORREÇÃO DE VOLUMOSA HÉRNIA INCISIONAL

Marta Martins (1,2); Daniel Martins (2); Rita Castro (2); Ana Martins (2); Ana Franky (2); Elsa Silva (2)

(1) Hospital Santa Maria Maior; (2) Hospital Santa Maria Maior, Barcelos

Introdução: Mulher de 85 anos, autónoma, apresentava uma hérnia incisional pós cesariana, volumosa e com perda de domicílio. Por vários vindas ao SU por quadro suboclusivo foi proposta para Cirurgia. Submetida a correção cirúrgica com prótese de dupla face circular com 15 cm, em posição intraperitoneal, fixada com vycril 2/0 e posterior herniorrafia anatómica com PDS 1 e colocação de drenos aspirativos. Re-admitida no SU ao 7º dia pós-operatório por quadro de fasceíte abdominal limitada à pele do quadrante superior direito, associada a disfunção multiorgânica

Material e método: Doente com obesidade mórbida (IMC 33), diabetes tipo II, hipertensão e dislipidemia. Alergia à penicilina.

Resultados: Após estabilização hemodinamicamente agressiva, foi realizado desbridamento cirúrgico do tecido necrótico e introdução imediata da terapia de vácuo com instilação, o que permitiu o encerramento da ferida precocemente, em ambiente controlado e protegido com lavagem e limpeza da ferida. Os pensos foram habitualmente realizados de 7 em 7 dias com remoção do tecido necrótico em ambulatório.

Conclusão: O desbridamento cirúrgico combinado com a terapia vácuo permite um processo de cicatrização mais rápido e eficiente associando os benefícios da terapia de vácuo com a irrigação e instilação de soluções na ferida.

HÉRNIA INCISIONAL ENCARCERADA A CONDICIONAR OBSTRUÇÃO DA SAÍDA GÁSTRICA

Miguel Andrade De Almeida; João Pedro Araújo Teixeira; Tiago Pimenta; Elisabete Barbosa

Centro Hospitalar Universitário de São João

As hérnias incisionais são mais frequentes no sexo feminino, tendo os obesos e idosos risco aumentado pela baixa tonicidade muscular. O envolvimento gástrico é uma situação excepcionalmente rara pouco reportada.

Doente do sexo feminino de 91 anos com dor abdominal nos quadrantes superiores e vômitos há 3 dias. Antecedente de laparotomia para rafia de úlcera gástrica perfurada. Apresentava tumefação epigástrica dolorosa, previamente redutível, sem irritação peritoneal. TC abdominal contrastada: protusão da metade distal do estômago através de defeito na parede abdominal, com torsão mesentérico-axial e dilatação gástrica proximal. Achados compatíveis com hérnia incisional encarcerada com obstrução da saída gástrica.

Laparotomia exploradora: saco herniário que incluía parte do estômago e epíploon, com viabilidade preservada, reduzidos com sucesso. Colocada prótese plana de poli-propileno em posição pré-peritoneal e encerrado defeito aponevrótico de 3 cm com sutura contínua. Pós-operatório sem intercorrências tendo alta após 6 dias.

O envolvimento gástrico tem muito baixa incidência em hérnias ventrais, podendo ser explicado pelas suas várias fixações ligamentares. A hernioplastia sem tensão com prótese pré-peritoneal está recomendada no tratamento urgente de hérnias incisionais em feridas cirúrgicas limpas/limpas-contaminadas. Devemos ser prudentes perante apresentações atípicas que requeiram elevado grau de suspeição, para prevenir morbidade e mortalidade significativas, especialmente em idosos.

Palavras-chave: hérnia incisional, parede abdominal, hernioplastia, obstrução gástrica

HÉRNIA DE RICHTER AOS 92 ANOS.

Sara Andrade; Carlos Vila Nova; João Pinho; José Valente Cecílio; Inês Colaço; Daniela Pais; Simone Oliveira; Inês Mónica
Hospital Distrital da Figueira da Foz

A hérnia de Richter é uma entidade rara e define-se pela protrusão do bordo intestinal antimesentérico através de um orifício herniário da parede abdominal, associando-se a um quadro de encarceramento ou estrangulamento. O atraso no seu diagnóstico e atitude terapêutica associa-se a uma importante morbimortalidade.

Homem de 92 anos, recorreu ao S.U. por quadro de dor abdominal com um dia de evolução, localizada nos quadrantes esquerdos e associada a um vômito de coloração escura. Referiu trânsito intestinal mantido no dia anterior. Consciente, orientado e colaborante. Apirético e hemodinamicamente estável. Abdómen doloroso à palpação, com defesa em todos os quadrantes. Hérnia inguinal esquerda irreductível. Toque retal sem alterações à inspeção e palpação; dedo de luva sem fezes, sangue ou muco. Analiticamente: Sem alterações de relevo. Rx abdómen: Níveis hidroaéreos a nível do intestino delgado. TC-AP: Hérnia inguinal esquerda com conteúdo de ansa intestinal do delgado com sinais de encarceramento, associando-se a distensão das ansas intestinais do delgado com níveis hidroaéreos, sugerindo processo suboclusivo. Submetido a laparotomia exploradora, com redução da hérnia e rafia do orifício inguinal profundo esquerdo, sem necessidade de enterectomia segmentar. Seguimento pós-operatório: doente autónomo, sem queixas, tendo retomado a sua atividade habitual sem litimações.

Palavras-chave: Hérnia Richter

HÉRNIA DE AMYAND: UM CASO CLÍNICO

João Castelão; João Pedro Castelão

Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Introdução: A hérnia de Amyand corresponde a uma hérnia inguinal em que o conteúdo herniário é constituído pelo apêndice íleo-cecal, sendo uma ocorrência rara (0.19-1.7%). A sua apresentação clínica, em contexto de urgência, pode simular uma hérnia inguinal complicada.

Caso clínico: Homem de 74 anos que recorre ao serviço de urgência por agravamento clínico de tumefacção na região inguinal direita, com 15 dias de evolução, e febre. Ao exame objetivo estava consciente, orientado e hemodinamicamente estável. Apresentava tumefacção inguinal direita, com sinais inflamatórios exuberantes. Sem outras alterações de relevo na avaliação abdominal. A tomografia computadorizada abdominopélvica demonstrou "(...) massa inflamatória/ neoplásica cecal com processo inflamatório apendicular e abscesso inguinal (...)". Foi submetido a laparoscopia exploradora, com conversão a laparotomia mediana infra-umbilical, constatando-se uma apendicite aguda gangrenosa perfurada no interior do saco herniário. Foi realizada apendicectomia e inguinotomia para drenagem de abscesso inguinal e herniorrafia. A intervenção cirúrgica decorreu sem intercorrências, tendo alta no 10º dia pós-operatório, após cumprimento de antibioterapia.

Conclusão: A hérnia de Amyand com inflamação do apêndice íleo-cecal apenas ocorre em 0.07-0.13% de todas as hérnias inguinais. A imagiologia poderá auxiliar no diagnóstico diferencial.

Palavras-chave: Hérnia inguinal, Hérnia de Amyand, Apendicite

HÉRNIA DE SPIEGEL NO IDOSO

Carolina Marques; Carina Gomes; Francisca Freitas; Clara Leal; Bruno Vieira; Daniela Martins; Gonçalo Guidi; Urânia Fernandes; Cátia Ferreira; João Pinto-De-Sousa
Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

A Hérnia de Spiegel é uma patologia rara, representando menos de 2% das hérnias da parede abdominal. Caracteriza-se por um defeito na fáscia de Spiegel, que é delimitada lateralmente pelo bordo lateral do músculo reto abdominal e medialmente pela linha semilunar, e localiza-se geralmente inferiormente à linha arqueada. Quando se apresenta de forma aguda, cursa habitualmente com dor abdominal difusa, sem tumefação palpável ou sintomas obstrutivos associados. Apresenta-se o caso de uma paciente do sexo feminino, com 74 anos de idade, com clínica de oclusão intestinal, associada a uma tumefação palpável na região semilunar à esquerda, sem sinais inflamatórios e irreduzível. Realizou TC, que confirmou a presença da Hérnia de Spiegel à esquerda, com colo de cerca de 4cm, com conteúdo adiposo intra-abdominal e cólon descendente. Intraoperatoriamente, e após se verificar a viabilidade do cólon descendente, foi realizada a correção do defeito, com recurso a uma prótese de polipropileno, colocada no plano pré-muscular (entre a aponevrose do oblíquo interno e externo). Não se verificaram intercorrências durante o internamento e a doente teve alta ao terceiro dia pós-operatório. Mais de três meses após a cirurgia, a doente mantém-se sem recidiva herniária.

Palavras-chave: Hérnia de Spiegel, Oclusão intestinal, Hérnia encarcerada

NÓDULO DE VILLAR: UM IMPLANTE DE ENDOMETRIOSE EM HÉRNIA UMBILICAL

Filipa Meruje; Sara Correia; João Roque Gomes; Rita Gonçalves Monteiro; Joana Peliteiro; Manuel Moutinho Teixeira; Tatiana Brito Neves; Aida Paulino
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A Endometriose é uma doença inflamatória caracterizada pela presença de tecido endometrial normal fora da cavidade uterina. Os implantes são encontrados, classicamente, nas porções dependentes da cavidade pélvica. Afectando 6 a 10% das mulheres, nem a sua etiologia nem a sua fisiopatologia são totalmente compreendidas.

Material e Métodos: Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 45 anos, com uma forma rara de endometriose. Observada em consulta externa por hérnia umbilical sintomática, sem antecedentes pessoais relevantes, medicada apenas com contraceptivo hormonal combinado. Ao exame objectivo encontrou-se uma hérnia umbilical de reduzido volume, com cerca de 5mm de colo, redutível, com sinais de onfalite. Aquando da intervenção cirúrgica constatou-se a presença de uma lesão umbilical de aspecto granulomatoso e coloração azulada. Optou-se pela excisão do umbigo aquando da herniorrafia, com formação de neo-umbigo. Enviada a peça para estudo histológico, o mesmo revelou a presença de múltiplas formações cavitadas, contendo material hemático, pastoso, compatíveis com focos de endometriose.

Discussão e Conclusão: A endometriose umbilical representa apenas 0,5-1% de todos os casos, sendo incomum a inexistência de antecedentes cirúrgicos, pelo que é um diagnóstico raro, mas a ter em conta no diagnóstico diferencial de massas umbilicais em mulheres

Palavras-chave: Endometriose Umbilical, Hérnia Umbilical

DESAFIOS DIAGNÓSTICOS DA PAREDE ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE HÉRNIA DE SPIEGEL

Filipa Meruje (2); Teresa Carço (1, 2); Sara Correia (2); João Roque Gomes (2); Rita Gonçalves Monteiro (2); Joana Peliteiro (2); Moutinho Teixeira (2); Tatiana Brito Neves (2); Aida Paulino (2)
(1) IPO Coimbra; (2) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A Hérnia de Spiegel, uma hérnia rara da parede abdominal, resulta de uma fragilidade da mesma na sua porção ântero-lateral, na confluência das linhas semilunar e arqueada. Estas hérnias surgem junto ao bordo lateral dos músculos rectos, mas são frequentemente ocultadas pelos mesmos ao exame objectivo.

Material e Métodos: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, de 85 anos, observado em serviço de urgência por dor intensa na fossa ilíaca direita. Previamente submetido a hernioplastia inguinal bilateralmente, sem outros antecedentes relevantes. Ao exame objectivo apresentava dor à palpação da fossa ilíaca direita, intensa, sem massas palpáveis. A ecografia abdominal identificou uma Hérnia de Spiegel, objectivável apenas em ortostatismo, contendo ansas intestinais e gordura pré-peritoneal. Foi realizada hernioplastia por via anterior, com redução do conteúdo e aplicação de prótese de polipropileno. O doente teve alta ao 4º dia pós-operatório, cujo período decorreu sem intercorrências.

Discussão e Conclusão: O diagnóstico de uma Hérnia de Spiegel reveste-se de múltiplos desafios colocados pela anatomia da parede abdominal e pelas particularidades semiológicas desta entidade. A raridade do mesmo implica também elevada suspeição diagnóstica, para uma identificação correcta e atempada, evitando complicações associadas ao seu encarceramento.

Palavras-chave: Hérnia de Spiegel, Parede Abdominal

RECONSTRUÇÃO DA PAREDE ABDOMINAL APÓS RETALHO TRAM

Miguel Almeida; Telma Fonseca; Eva Barbosa; Elisabete Barbosa
Centro Hospitalar Universitário São João – Serviço de Cirurgia Geral

Apresenta-se o caso de uma doente com antecedentes de carcinoma da mama direita submetida a mastectomia e reconstrução com retalho TRAM pediculado e reforço da parede abdominal com rede de polipropileno, microporosa, em posição onlay. Por abaulamento significativo, efetuada revisão cirúrgica com colocação de nova rede de características semelhantes.

Referenciada posteriormente à consulta de Parede Abdominal Complexa por dor crónica na fossa ilíaca esquerda, associada a abaulamento significativo.

Intraoperatoriamente verificou-se rede mal incorporada, a qual foi removida, bem como todas as suturas que pudessem ser a causa da dor crónica. Efetuada neurectomia pragmática do nervo ilioinguinal esquerdo encontrado intimamente aderente à rede. Realizada disseção retromuscular ampla com colocação de rede retromuscular de polipropileno, macroporosa, com 48 gr/m² de densidade. Encerramento fascial completo e colocação de segunda rede onlay de características semelhantes dada a existência de importante atrofia muscular da parede lateral esquerda.

Pós-operatório sem intercorrências de relevo e em consulta de seguimento a doente apresentava-se sem dor e sem abaulamento abdominal.

Em conclusão, a colocação de uma rede de características adequadas, em posição retromuscular, associada à medialização completa dos folhetos aponevróticos ajudam a melhorar o contorno abdominal, restituindo de forma mais eficaz alguma da funcionalidade da parede abdominal, com menor morbilidade.

NEOPLASIA MALIGNA DO CANAL INGUINAL SUSPEITA DE SARCOMA

Andreia Ministro; Ana Sofia Lopes; Daniel Jordão; Joana Vaz; Luís Silvestre;
Luís Miranda
Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

INTRODUÇÃO: Os sarcomas são tumores raros de origem mesenquimatosa, com largo espectro histopatológico, que surgem em qualquer localização anatómica.

MATERIAL E MÉTODOS:

CASO CLÍNICO: Homem, 31 anos, natural do Bangladesh, foi referenciado por massa dolorosa na região inguinal direita, em progressão há 4 meses, com 7cm, dura e imóvel em relação aos planos superficiais e profundos.

Descrita em TC pélvica como uma massa heterogénea, de contornos regulares e bem delimitados, não sendo possível determinar o ponto de partida.

Em biópsia realizada no Bangladesh, observadas células mesenquimatosas, algumas com aspecto sarcomatoide. No estudo anatomopatológico realizado em Portugal, foi identificada neoplasia, sem aspectos sugestivos de alto grau, cuja imunohistoquímica não permitiu caracterizar, assumindo-se neoplasia primitiva, mais provavelmente mesenquimatosa, mas não se excluindo carcinoma.

TC de estadiamento sem lesões à distância.

Após discussão em reunião multidisciplinar, proposta cirurgia.

Realizou-se excisão alargada em bloco com orquidectomia e ressecção do canal inguinal, seguida de reconstrução com prótese biológica, prótese testicular, e transposição do costureiro para proteção vascular. Pós-operatório imediato sem intercorrências.

DISCUSSÃO: Neste caso, a excisão completa da lesão é fundamental quer para o diagnóstico definitivo quer para o tratamento. A discussão multidisciplinar em centros de referência é fundamental para a correta orientação destes doentes.

Palavras-chave: sarcoma, inguinal, tumor

LIPOMA VS LIPOSSARCOMA BEM DIFERENCIADO: QUANDO OS EXAMES IMAGIOLÓGICOS NÃO SÃO DIAGNÓSTICOS

Filipa Meruje; Sara Correia; João Roque Gomes; Rita Gonçalves Monteiro; Joana Peli-teiro; Moutinho Teixeira; Tatiana Brito Neves; Aida Paulino
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: Os Lipomas são os tumores de tecidos moles mais comuns, constituindo cerca de 50% dos mesmos. Maioritariamente superficiais, raramente exibem dimensões superiores a 10cm. Quando profundos, são tendencialmente maiores, havendo também uma maior probabilidade de malignidade. Perante dúvida diagnóstica, deve-se recorrer a exames imagiológicos.

Material e Métodos: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, de 25 anos, observado em consulta externa por volumosa massa dorsal com dois anos de evolução. Sem antecedentes médicos relevantes. Ao exame objectivo encontrou-se uma massa de consistência duro-elástica, com 20cm de maior eixo. No estudo imagiológico prévio havia sido levantada a hipótese diagnóstica de lipossarcoma. A ressonância magnética não foi esclarecedora. Partiu-se para o tratamento cirúrgico, com excisão completa da lesão, que foi enviada para exame histológico. Este revelou uma lesão de natureza lipomatosa, composta por adipócitos maduros, sem atipia e com escassa vascularização, pelo que foi feito o diagnóstico de Lipoma.

Discussão e Conclusão: Perante dúvida diagnóstica entre lipoma e lipossarcoma, mesmo após investigação imagiológica, a intervenção cirúrgica deve ser feita de acordo com o risco de recorrência e de malignidade da lesão. A natureza atípica de um lipoma implica ressecção com margem cirúrgica adequada e seguimento a longo prazo.

Palavras-chave: Lipoma, Lipossarcoma, Tecidos Moles, Imagiologia

INVAGINAÇÃO INTESTINAL COMO MANIFESTAÇÃO DE METÁSTASE DE MELANOMA

Catarina Pato; Mauro Sousa; Daniel Jordão; Luís Miranda
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A intussuscepção intestinal em adultos ocorre em cerca de 2/3 casos anuais por milhão de habitantes e é responsável por cerca de 1% dos casos de oclusão/suboclusão intestinal. É estimado que 60% dos casos são despoletados por neoplasias. O melanoma cutâneo apresenta uma incidência crescente sendo caracterizado por progressão clínica com metastização precoce. Pode metastizar para todo o corpo sendo as metástases intestinais detetadas em 1-7% dos doentes.

Métodos: Apresentação de um caso clínico.

Caso Clínico: Homem, 51 anos, com antecedentes de melanoma cutâneo na região dorsal excisado cerca de um ano antes do quadro descrito. Recorreu ao serviço de urgência com queixas de dor abdominal associada a vômitos e a dejeções diarreicas com sangue. Foi identificado em exame de imagem uma invaginação intestinal do tipo ileo-cólica até ao ângulo hepático com uma extensão longitudinal de 10-11cm. Neste contexto foi submetido a hemicolecotomia direita, sem intercorrências. No pós-operatório o doente evolui favoravelmente. A análise da peça foi compatível com metástase de melanoma. Atualmente, o doente, encontra-se sob imunoterapia sem evidência de recidiva.

Conclusão: Nos casos de invaginação intestinal em adultos, deve ser tida em consideração a presença de uma neoplasia como causa subjacente e realizar preferencialmente a ressecção.

Palavras-chave: Invaginação; Melanoma

A VERDADE ATRÁS DO GOSSIPIBOMA

Inês Bolais Mónica; Simone Oliveira; Daniela Pato Pais; Sara Andrade; Inês Bertão Colaço; Carla Cruz; Marta Ferreira; Fernando Melo; José Valente Cecílio HDFS

INTRODUÇÃO: O gossipiboma, ou textiloma, é a presença de material cirúrgico não absorvível com matriz de algodão associado a processo inflamatório envolvente. É uma complicação pós-operatória de incidência desconhecida e de difícil diagnóstico. Podem ser assintomáticos ou de sintomas frustes e inespecíficos.

CASO CLÍNICO: Os autores apresentam o caso de um homem de 52 anos, referenciado a consulta de Cirurgia por massa abdominal presente em TAC. Quando questionado, referia apenas episódios ocasionais de enfartamento, com antecedentes pessoais de cirurgia abdominal prévia há 18 anos (não sabendo o motivo). O exame revelava “em topografia subdiafragmática esquerda, uma formação arredondada com cerca de 9x10cm, adjacente ao contorno hepático esquerdo, ao contorno esplénico, à região do ramo externo da suprarrenal esquerda e ao contorno gástrico (...) com calcificações parietais, conteúdo hipodenso (eventual natureza líquida espessa?), área central de maior densidade espontânea”. O doente foi submetido a laparotomia exploradora, apresentando uma lesão aderente ao diafragma e à grande curvatura gástrica, sem plano de clivagem com o hilo esplénico e, por conseguinte, submetido a excisão do gossipiboma, com rafia diafragmática e esplenectomia.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: Os gossipibomas são complicações cirúrgicas pouco relatadas e, no entanto, com morbimortalidade e implicações médico-legais importantes, evitáveis através da adopção de medidas preventivas.

Palavras-chave: gossipiboma; cirurgia abdominal

ANEURISMA INSTÁVEL DA AORTA ABDOMINAL MASCARADO DE PANCREATITE AGUDA: ESPERAR O INESPERADO

Joana Marques Antunes (1); Mário Vieira (2); João Oliveira (2)
(1) CHEDV; (2) Hospital de Braga

Introdução: O diagnóstico de aneurisma da aorta abdominal (AAA) é realizado mormente em indivíduos assintomáticos. A presença de sintomas está associada a um risco aumentado de rutura e, conseqüentemente, a altas taxas de mortalidade. **Materiais:** Apresentação de caso clínico de um AAA instável interpretado inicialmente como pancreatite aguda.

Resultados: Os autores apresentam um caso de um homem de 56 anos, fumador e hipertenso, sem consumos alcoólicos, admitido no serviço de urgência por dor abdominal e dorsal com 3 dias de evolução. Do estudo realizado apresentava leucocitose e elevação da lípase isolada (994). Foi internado no serviço de cirurgia geral por pancreatite aguda. A ecografia demonstrou a ausência de litíase biliar e a existência de um AAA. Realizou angio-TAC que confirmou a presença de um AAA justa renal com 81mm de diâmetro com sinais instabilidade da parede. Foi submetido a bypass aortobiliaco. O procedimento decorreu sem intercorrências tendo alta ao 6 dia pós operatório.

Conclusão A dor do AAA sintomático ou após ruptura pode simular muitas outras patologias incluído pancreatite aguda. Em doentes com fatores de risco, com sintomas ou um exame físico sugestivo, o diagnóstico deve ser ponderado, sendo para isto necessário um elevado nível de suspeição.

NEM TUDO O QUE PARECE É: A IMPORTÂNCIA DO EXAME OBJETIVO

Bernardo Moreira; Joana Almeida; José Vidoedo; Licínio Soares
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Sexo feminino com 93 anos recorre ao serviço de urgência por lesão frontal direita após queda com traumatismo crânio-encefálico decorrida 8 meses antes. Ao exame objetivo: identifica-se tumefação com cerca de 2 cm de diâmetro com área de necrose superficial, pulsátil. Realizou eco-doppler que revelou pseudoaneurisma da artéria temporal superficial direita. Procedeu-se à exérese do mesmo com laqueação da artéria temporal superficial.

O diagnóstico mais provável de uma tumefação após trauma é um hematoma. Os pseudoaneurismas estão mais vezes associados a traumas iatrogénicos após procedimentos vasculares invasivos. Um pseudoaneurisma da artéria superficial temporal é uma apresentação rara de uma tumefação após trauma contundente, havendo poucos casos descritos na literatura. Muitas vezes diagnosticados como hematomas se não tratados atempadamente podem levar à rutura e consequente hemorragia com instabilidade hemodinâmica.

O tratamento de escolha é a exérese cirúrgica com laqueação da artéria sendo cada vez mais aceite terapêuticas alternativas como a compressão com eco-doppler e a injeção de trombina ecoguiada principalmente em massas de menores dimensões. Assim, um exame objetivo cuidado associado a um elevado índice de suspeita é essencial para o diagnóstico diferencial preciso.

Palavras-chave: Physical examination, Head trauma, Pseudoaneurysm, False aneurysm, Superficial temporal artery

SCHWANNOMA NA PEQUENA CIRURGIA

Inês Bolais Mónica; Simone Oliveira; Daniela Pato Pais; Sara Andrade; Inês Bertão Colaço; Carla Cruz; Fernando Melo; José Valente Cecílio
HDFP

INTRODUÇÃO: O schwannoma é um tumor benigno da bainha dos nervos periféricos, raro, também conhecido como neurilemoma ou neurinoma. É uma neoplasia composta por células comuns dos nervos periféricos, as células de schwann.

CASO CLÍNICO: Os autores apresentam o caso de uma doente de 49 anos enviada a consulta de Cirurgia Geral por nódulo da região plantar do pé esquerdo com interferência na marcha e incómodo local. A ecografia objectivou uma “formação nodular do antepé esquerdo correspondente a um nódulo lobulado, bem definido, hipoecogénico, com 32x12mm” e o estudo doppler revelou ser “avascular”. A doente foi submetida à excisão da lesão em bloco. A anatomia patológica relevou ser um schwannoma.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: O schwannoma tem vários diversos diagnósticos diferenciais dos quais o Cirurgião deve ter conhecimento, já que tem normalmente uma apresentação esporádica mas pode estar associada a síndromes complexas, como Neurofibromatose Tipo 2, schwannomatose ou Complexo de Carney. O diagnóstico diferencial definitivo é conseguido através do estudo histopatológico. Todas as lesões devem ter um estudo anátomo-patológico, mesmo as removidas em contexto de Pequena Cirurgia.

Palavras-chave: Schwannoma, pequena cirurgia

TRICBLASTOMA GIGANTE EM LOCALIZAÇÃO ATÍPICA

Inês Bolais Mónica; Simone Oliveira; Daniela Pato Pais; Sara Andrade; Inês Bertão Colaço; Carla Cruz; Fernando Melo; José Valente Cecílio
HDFP

INTRODUÇÃO: O tricoblastoma é um tumor folicular epitelial benigno, raro, composto por células germinativas foliculares semelhantes às células presentes nas unidades primitivas foliculocebéceas embrionárias. Apresenta-se como um nódulo solitário, de crescimento lento, bem circunscrito, não ulcerado, com pápulas da cor da pele e por vezes com telangiectasias. É normalmente encontrado na cabeça e pescoço, com predileção pelo couro cabeludo. O tronco e as extremidades proximais podem ser afetados, mas a localização em extremidades distais é rara.

CASO CLÍNICO: Os autores apresentam um caso clínico dum homem de 43 anos que apresenta uma tumefacção na face anterior do tornozelo direito com anos de evolução, assintomática. A estudo ecográfico evidencia uma formação nodular, hipocogénica com 36x22x36mm, de aspecto sólico e com contornos ligeiramente lobulados. O exame anátomo-patológico revelou ser um tricoblastoma.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: O tricoblastoma da perna é uma entidade incomum que pode mimetizar o carcinoma basocelular, pelo que é crucial o diagnóstico diferencial através do estudo histopatológico. Apesar de ser um tumor benigno, dado a sua associação com o carcinoma basocelular, deve ser considerada a sua excisão cirúrgica.

Palavras-chave: tricoblastoma, pequena cirurgia

CATETERISMO VENOSO CENTRAL DA VEIA SUBCLÁVIA, UMA COMPLICAÇÃO INESPERADA

Rita Araújo (1); Maria La Salette Ferreira (2); Catarina Longras (2); Rita Lourenço (2); Diana Matos (2); André Lopes (2); Anita Santos (2); Inês Peixoto (2); Luís Claro (2); Carlos Alpoim (2)

(1) Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães; (2) Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães

O cateterismo venoso central (CVC) da veia subclávia está associado a diversas complicações. Ilustrar-se-á um caso clínico complicado por pneumotórax homolateral à colocação do CVC e atelectasia do pulmão contralateral.

Doente do sexo masculino de 55 anos, com carcinoma do esófago médio, estágio IV. Submetido a colocação de CVC, na veia subclávia direita. Procedimento complicado por pneumotórax tardio de grande volume à direita, com desvio contralateral do mediastino. Após clampagem do dreno torácico, refez-se o pneumotórax à direita e ocorreu atelectasia de novo do pulmão esquerdo. Estudo complementar com TAC e broncoscopia rígida, revelou obliteração praticamente total do brônquio principal esquerdo (BPE) devido invasão tumoral endobrônquica e presença de secreções a jusante da lesão. Realizada aspiração das secreções, hemóstase, desobstrução mecânica e colocação de prótese brônquica ao nível do BPE. Controlo imagiológico com prótese brônquica bem posicionada, com re-expansão pulmonar à esquerda e pneumotórax direito laminar.

Colocamos a hipótese de que o desvio das estruturas da linha média possa ter precipitado a oclusão do BPE, pretendendo reforçar o papel da broncoscopia no estadiamento da neoplasia esofágica e a necessidade de otimizar o tratamento das complicações da colocação de CVC.

Palavras-chave: pneumotórax, CVC, atelectasia, neoplasia esofágica

LINFOMA DE BURKITT INTESTINAL – CASO CLÍNICOMargarida Dupont

CHTMAD

A forma esporádica de linfoma de Burkitt, quando envolve o trato gastrointestinal (íleo terminal, estômago e cego), cursa geralmente com dor abdominal, hemorragia digestiva, ascite e/ou oclusão intestinal. No presente caso, uma mulher de 46 anos, sem antecedentes relevantes, é enviada à consulta de Cirurgia Geral por quadro de dor abdominal, diarreia e perda ponderal ligeira com 3 meses de evolução. Realizou TAC abdominal que revelou “espessamento da parede do delgado com suspeita de infiltração linfomatosa”. A colonoscopia não apresentou alterações. Internada eletivamente para ser submetida a laparoscopia exploradora. Entre os achados intra-operatórios destacam-se neoformação do delgado aderente à parede do hipogastro com lesões suspeitas de carcinomatose peritoneal no peritoneu parietal do hipogastro e invasão da cúpula vesical. Decidida conversão para via aberta, tendo sido realizada enterectomia segmentar com lesão tumoral em bloco e cistectomia parcial. Como intercorrência do pós-operatório destaca-se ileus paralítico. Teve alta ao 9º dia pós-operatório. A anatomia patológica da lesão revelou “envolvimento da parede entérica e da parede vesical por linfoma Burkitt.” Atualmente sob QT com R-CHOP (5º ciclo).

16:30 – 18:30

SALA ROMA

Júri das COMUNICAÇÕES ORAIS e PÓSTERES de ENFERMAGEM

Presidente: Ana Pinto Saraiva

Moderador: Vânia Fonte, Carlos Leiria Teixeira

Comunicações Oraís de Enfermagem *(7 min. apresentação e 3 min. discussão)*

Presidente: Helena Moreira

Moderador: Marina Mimoso

COMPETÊNCIA EMOCIONAL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO COM ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Paula Carvalho

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia /Espinho

Os cuidados paliativos ultrapassam o âmbito dos cuidados em fim de vida, são cuidados para além da cura, com intervenção no sofrimento decorrente da adaptação a uma situação de doença. Cabe a cada profissional, percorrer o caminho da competência emocional afim de prestar cuidados de qualidade, direcionados para as dimensões do cuidar em cuidados paliativos.

O presente estudo é de carácter quantitativo, exploratório, transversal, descritivo e correlacional. O objetivo geral foi “caracterizar o perfil de competência emocional de enfermeiros em contexto de cuidados paliativos”. A amostra da população alvo foi constituída por 31 enfermeiros, dos quais 83,9% eram mulheres. Foi utilizado o inquérito por questionário, incluindo variáveis sociodemográficas e a Escala Veiga de Competência Emocional, para a qual foi obtido um alfa de Cronbach de 0,95. Os dados recolhidos foram analisados através da estatística descritiva e correlacional, entre a competência emocional e cada uma das suas dimensões (autoconsciência X-4,95, gestão de emoções X-4,59, empatia X- 5,24; auto-motivação X-4,96 e gestão de emoções em grupo X-4,58). A competência emocional total revelou-se mais fortemente correlacionada com a autoconsciência, gestão das emoções e auto motivação.

Palavras-Chave: competências Emocionais, enfermeiros, cuidados paliativos

FAMILIAR CUIDADOR DE PESSOA COM AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR

Diana Rodrigues (1, 2, 3); Sofia Castanheira (4); Luís Carvalho (3, 4); Cristina Barroso (3, 4)

(1) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; (2) Fundação para a Ciência e a tecnologia; (3) Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde; (4) Escola Superior de Enfermagem do Porto

Introdução: A amputação do membro inferior é uma situação que gera limitações funcionais e dependência nas atividades de vida diária. A capacitação dos familiares cuidadores é um processo moroso, sendo imperativo a existência de um plano bem estruturado, com intervenções de enfermagem capazes de desenvolver as competências necessárias no cuidador.

Objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem que capacitam o familiar cuidador da pessoa com amputação do membro inferior.

Metodologia: Scoping review, baseada no método do Joanna Briggs Institute. Os critérios de inclusão são: estudos com intervenções de enfermagem no âmbito da educação terapêutica ou intervenções que envolvam capacitação dos familiares cuidadores de pessoas com amputação do membro inferior direcionadas a população adulta, e estudos que envolvam doentes que regressam ao domicílio após alta hospitalar. Os dados foram analisados por dois revisores independentes.

Resultados: Dois estudos foram incluídos na revisão. As intervenções identificadas incluem o aconselhamento e o apoio quer através de grupos de pares quer através de profissional especializado (psicológico).

Conclusão: Pode concluir-se que apesar dos avanços na enfermagem, ainda existe um longo caminho a percorrer no que concerne ao familiar cuidador da pessoa com amputação do membro inferior, visível pelos escassos estudos que foram incluídos nesta revisão.

Palavras-chave: amputação, enfermagem, familiar cuidador, membro inferior

IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DA CINTA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ABDOMINAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Tiago Ramos; Ana Maria Carvalho; Andreia Martins; Carla Castro; Helena Moreira; Paula Topa
CHVNG/E

Introdução: Durante décadas, a utilização de cinta no período pós-operatório de cirurgia abdominal foi fortemente recomendada, com o intuito de prevenir complicações. Atualmente, as técnicas cirúrgicas são mais avançadas e menos traumáticas e o uso de cinta abdominal tem-se tornado controverso.

Objetivos: Perceber o impacto da cinta abdominal na diminuição das complicações e na recuperação do utente submetido a cirurgia abdominal.

Metodologia: O trabalho baseia-se numa revisão narrativa da literatura de artigos publicados nos últimos cinco anos. Foram incluídos artigos em língua portuguesa e inglesa, e excluídos os artigos dedicados somente à cirurgia plástica, ginecológica e obstétrica.

Conclusão: A utilização da cinta foi frequentemente associada à diminuição da dor no período pós-operatório de cirurgia abdominal. No entanto, não existe evidência científica que o seu uso contribua, nomeadamente, na prevenção de complicações da ferida cirúrgica ou na recuperação física e/ou pulmonar.

O uso de cinta abdominal, entendida como intervenção não farmacológica no controlo da dor, pode traduzir-se em ganhos em saúde que em conjunto com outras intervenções, tal como, a educação para a saúde, poderá acelerar a recuperação funcional e o bem-estar dos utentes.

Palavras-chave: cinta abdominal, cirurgia abdominal, pós-operatório, recuperação funcional

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E LIGA AMIGOS CENTRO HOSPITALAR GAIA (LACHG) NA MULHER SUBMETIDA A MASTECTOMIA DURANTE A PANDEMIA NO C.H.V.N.GAIA/ESPINHO, EPE – TESTEMUNHOS

Ana Brito; Dalila Brito; Sandra Ramos; Susana Serralva; Paula Topa
C.H.V.N.Gaia /Espinho, EPE

O cancro é apontado como a segunda principal causa de morte em Portugal (OMS, 2018). No género feminino predomina o cancro da mama (DGS, 2016). O diagnóstico precoce e os tratamentos adjuvantes são fulcrais, melhorando a taxa de sobrevivência (DGS, 2017).

A mulher submetida a mastectomia vivencia no pós-operatório inúmeras alterações de índole física e psicológica podem ser minimizadas com reabilitação e apoio adequados, aumentando-lhe a qualidade de vida.

Durante a pandemia verificaram-se: falta de apoios, limitações nos serviços de saúde, receio de deslocação ao meio hospitalar, contudo sobressai o acompanhamento incessante da LACHG.

O presente trabalho visa demonstrar, através da visão de duas mulheres mastectomizadas, alguns dos diferentes tipos de apoio que tiveram possibilidade de vivenciar no C.H.V.N.Gaia/Espinho- desde o acompanhamento pelo enfermeiro de reabilitação no pós-operatório imediato até ao efetuado pelas voluntárias da Liga dos Amigos do Hospital de Gaia durante a pandemia de Covid-19, servindo como mote para reflexão e perspetivar a melhoria contínua de que pode ser alvo, sendo que a capacitação destas mulheres deveu-se ao envolvimento de todos os profissionais de saúde e elementos da LACHG, no percurso das transições saúde/doença/saúde, com actividades como yoga, toque terapêutica e actividades de impacto na imagem corporal.

Palavras-chave: mastectomia, enfermagem de reabilitação, LACHG, pandemia, covid-19

VOLUMOSA HÉRNIA INFRA UMBILICAL

Ana Salomé Fernandes; Fabiana Pereira
Hospital das Forças Armadas – Polo do Porto

Introdução: Com a evolução dos tempos, aumentaram a segurança e a fiabilidade, quer na anestesia, quer nas abordagens cirúrgicas das hérnias da parede abdominal, pelo que estas a correção cirúrgica de volumosa hérnia infra umbilical por via laparoscópica com colocação de prótese com colagénio, pode ser considerada de baixo risco.

Metodologia: Estudo de caso desenvolvido por enfermeiros do bloco operatório do Hospital das Forças Armadas – Polo Porto. Método expositivo através de visualização de fotos do peri-operatório.

Conclusão: Os desafios atuais colocados às equipas de saúde em geral, e à enfermagem em particular, são para ser agarrados de forma a capacitar os profissionais de saúde para a inovação e melhoria dos cuidados prestados à Sociedade que serve, traduzindo-se em ganhos para a saúde da população. Sendo assim, a correção cirúrgica de volumosa hérnia infra umbilical por via laparoscópica com colocação de prótese com colagénio, é uma intervenção pioneira, com bons resultados.

Os enfermeiros devem-se envolver para adquirir conhecimentos, que potenciem a eficácia deste tipo de intervenções cirúrgicas.

Palavras-chave: diogo2006

FATORES QUE INFLUENCIAM A INFEÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM MULHERES SUBMETIDAS A MASTECTOMIA

Ana Isabel Brito (1); Filomena Santos (2); Susana Serralva (2); Ana Sofia Pereira (2); Inês Borges (3)

(1) C.H.V.N. Gaia/ Espinho, EPE; (2) C.H.V.N. Gaia/ Espinho, EPE; (3) Instituto Português de Oncologia do Porto FG,EPE

A mastectomia consiste numa cirurgia total ou parcial da mama, com ou sem remoção dos gânglios linfáticos da axila/esvaziamento axilar (DGS, 2014).

Os fatores que favorecem a infeção pós-mastectomia são a drenagem linfática comprometida, retalhos finos de pele, utilização de técnicas inadequadas (MENKE 2007).

Objetivo: Identificar os fatores que influenciam a infeção da ferida cirúrgica em mulheres submetidas a mastectomia.

Metodologia: revisão sistemática da literatura/pesquisa PICOD

A amostra inicial foi constituída por 26 estudos. Os critérios definidos para a sua inclusão foram os descritores já enunciados. Destes, foram considerados 2 estudos válidos.

Os resultados do estudo Margaret A. Olsen, et al, (2015) referem maior incidência da infeção na reconstrução mamária imediata após mastectomia e que o risco de infeção foi superior em reconstrução bilateral. O estudo G.B. Davis et al. (2013) procurou identificar os fatores de risco associados à infeção pós-operatória em mulheres mastectomizadas.

Conclusão: Os principais fatores de risco identificados dependem do tipo de cirurgia e de fatores intrínsecos. É fundamental investir na prevenção, realizando ensinamentos pré e pós-operatórios à mulher e ao seu familiar/pessoa significativa, no sentido de contribuir para a diminuição da infeção da ferida cirúrgica após mastectomia.

Palavras-chave: Surgical wound infection, Breast, Mastectomy, Female, Incidence

A IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS

Tiago Ramos (1); Ana Maria Carvalho (1); Andreia Martins (1); Carla Castro (1); Helena Moreira (1); Paula Topa (1); Sofia Alves (2)
(1) CHVNG/E; (2) Hospital Santa Maria, Porto

Introdução: A Supervisão Clínica em Enfermagem representa uma estratégia dinamizadora da excelência dos cuidados, possibilitando o desenvolvimento da capacidade reflexiva através da sistematização de ações que consiga abranger todos os aspetos dos cuidados de enfermagem garantindo a qualidade na formação.

O reconhecimento da Supervisão Clínica em Enfermagem associado aos processos de gestão de melhoria da qualidade dos serviços é fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros

Objetivos: Reconhecer a importância da Supervisão Clínica em Enfermagem na prática dos cuidados.

Identificar modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem.

Metodologia: Revisão narrativa da literatura.

Conclusão: A Supervisão Clínica em Enfermagem representa uma estratégia dinamizadora da excelência dos cuidados, possibilitando o desenvolvimento da capacidade reflexiva através da sistematização de ações que consiga abranger todos os aspectos dos cuidados de enfermagem, garantindo a qualidade na formação do enfermeiro. Cada vez mais discutida em contexto académico-científico de Enfermagem, é percebida como um instrumento de reconhecimento e validação profissional. Assume-se como uma estratégia potenciadora da excelência de cuidados com a finalidade da qualidade formativa e da segurança dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Supervisão Clínica, Enfermagem, Qualidade

Pósteres de Enfermagem (2 min. apresentação e 4 min. discussão)

Presidente: Helena Moreira

Moderador: Marina Mimoso

A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NAS CIRURGIAS EM REGIME DE AMBULATÓRIOLeonor Lopes; Isabel Fontes; Filomena Carvalho

CHVNGE

Os cuidados de enfermagem, em contexto de cirurgia ambulatória, têm um papel fundamental para o êxito do programa de cirurgia de ambulatório.

O sucesso da cirurgia de ambulatório está diretamente relacionado com todos os cuidados de enfermagem efetuados nos períodos pré-operatório, operatório e pós-operatório e com a capacidade dos enfermeiros em estabelecer uma relação de confiança com os utentes. A equipa de enfermagem tem grande responsabilidade no acompanhamento em todo o processo cirúrgico nomeadamente, nos ensinos que realizam, sendo eles a chave para uma recuperação rápida dos utentes, promovendo o aumento da qualidade e sucesso cirúrgico. Os enfermeiros em CA são detentores de conhecimento, experiência e de competências de ensino, comunicação e de empatia, fomentados também por momentos formativos, que permitem a constante aquisição e atualização de conhecimentos, constituindo uma ferramenta crucial para o alcance de cuidados de excelência.

Com o foco no sucesso cirúrgico, são várias as etapas no acompanhamento do doente pela equipa de enfermagem, nomeadamente: consulta prévia à cirurgia, contacto telefónico 72h prévias à cirurgia, consulta no dia da cirurgia, preparação do doente para a cirurgia, prestação cuidados durante cirurgia, recobro imediato e tardio, preparação para a alta, contactos telefónicos 24h e 30 dias após intervenção cirúrgica.

Palavras-chave: enfermagem, sucesso, cirurgia ambulatório

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E LIGA AMIGOS CENTRO HOSPITALAR GAIA (LACHG) NA MULHER SUBMETIDA A MASTECTOMIA DURANTE A PANDEMIA NO C.H.V.N.GAIA/ESPINHO, EPE

Ana Brito; Dalila Brito; Sandra Ramos; Susana Serralva; Paula Topa
C.H.V.N.Gaia /Espinho, EPE

Sendo o cancro da mama o predominante no género feminino e a segunda principal causa de morte em Portugal (OMS, 2018), torna-se fulcral a existência de um diagnóstico precoce para que, em consonância com os tratamentos adjuvantes, se consiga aumentar a taxa de sobrevida (DGS, 2017).

É sabido que a mulher submetida a mastectomia vivencia no pós-operatório inúmeras alterações de índole física e psicológica que podem ser minimizadas com reabilitação e apoio adequados.

Durante a pandemia verificaram-se: falta de apoios, limitações nos serviços de saúde, receio de deslocação ao meio hospitalar, contudo sobressaiu o acompanhamento incessante da LACHG.

O presente trabalho visa demonstrar alguns dos diferentes tipos de apoio que tiveram possibilidade de vicenciar no C.H.V.N.Gaia/Espinho- desde o acompanhamento pelo enfermeiro de reabilitação no pós-operatório imediato até ao efetuado pelas voluntárias da Liga dos Amigos do Hospital de Gaia durante a pandemia de Covid-19, servindo como ponto de partida para reflexão e perspetivar a melhoria contínua de que pode ser alvo, sendo que a capacitação destas mulheres deveu-se ao envolvimento de todos os profissionais de saúde e elementos da LACHG, no percurso das transições saúde/doença/saúde, com actividades como yoga, toque terapêutica e actividades de impacto na imagem corporal.

Palavras-chave: mastectomia, enfermagem de reabilitação, LACHG, pandemia, covid19

INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Ana Isabel Brito (1); Inês Borges (2); Filomena Santos (1); Susana Serralva (1); Ana Sofia Pereira (1)

(1) C.H.V.N. Gaia/ Espinho, EPE; (2) Instituto Português de Oncologia do Porto FG,EPE

De acordo com DGS, (2020) as infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do utente e são causa de significativa morbi-mortalidade, sendo na sua maioria evitáveis. O mesmo sucede com a Infeção do Local Cirúrgico (ILC).

Objetivo: apresentar o Programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” da OMS (2009) e o “Feixe de Intervenções” de prevenção de ILC como ferramentas que contribuem para a segurança e qualidade dos cuidados prestados ao utente submetido a cirurgia. A metodologia utilizada é descritiva e exploratória.

O Programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas” traduz-se pela utilização de uma lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, simples e aplicável em qualquer contexto. Pretende melhorar a segurança cirúrgica, evitar mortes e complicações (DGS, 2013).

O “Feixe de Intervenções” de prevenção de ILC são um grupo coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido, isto é, a redução da ILC (GDS, 2015).

O enfermeiro assume um papel fundamental nos períodos pré e pós-operatórios porque transmitindo informação pertinente, contribui para a capacitação dos utentes e suas famílias, promovendo o seu envolvimento na recuperação após a cirurgia.

Palavras-chave: Surgical wound infection, Infection

UM PROGRAMA DE EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO DO PAVIMENTO PÉLVICO NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Andreia Martins (1); Ana Maria Carvalho (1); Carla Castro (1); Helena Moreira (1); Paula Topa (1); Sofia Alves (2); Tiago Ramos (1)
(1) CHVNG/E; (2) Hospital Santa Maria, Porto

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) é a perda de urina que ocorre involuntariamente com os esforços tais como tosse, espirro e levantar pesos. Segundo Amin, Janssen & Kobashi (2018), a prevalência da IUE tem vindo a aumentar e apresenta-se sobretudo na população feminina, podendo atingir os 49%, dependendo da população estudada. O envelhecimento da população e o aumento da procura de cuidados de saúde são os seus principais responsáveis.

O número de utentes internados com cateteres urinários na cirurgia geral é consideravelmente grande e por vezes prolongados, podendo causar danos, reversíveis e irreversíveis, a nível do esfíncter vesical.

Objetivo: Divulgar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica no tratamento da IUE.

Metodologia: Revisão narrativa da literatura.

Conclusão: A reabilitação do pavimento pélvico é a primeira linha de tratamento da IUE e com impacto direto na qualidade de vida.

A correta realização, acompanhamento e manutenção do programa de reabilitação é muitas vezes suficiente para o tratamento da IUE sem recorrer a outro tipo de técnicas, algumas invasivas e com custos acrescidos.

Palavras-chave: incontinência urinária, reabilitação do soalho pélvico, pavimento pélvico

IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DA CINTA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ABDOMINAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Tiago Ramos (1); Ana Maria Carvalho (1); Andreia Martins (1); Carla Castro (1); Helena Moreira (1); Paula Topa (1); Sofia Alves (2)
(1) CHVNG/E; (2) Hospital Santa Maria, Porto

Introdução: Ao longo de vários anos, foi recomendada o uso de cinta abdominal no pós-operatório de cirurgia abdominal, para prevenir complicações. Com o avançar dos anos, as técnicas cirúrgicas são menos invasivas e o uso de cinta abdominal tem-se tornado ambíguo.

Objetivo: Perceber a influência da cinta abdominal no utente submetido a cirurgia abdominal, na recuperação e diminuição de complicações.

Metodologia: O trabalho baseia-se numa revisão narrativa da literatura de artigos publicados nos últimos cinco anos. Foram incluídos artigos em língua portuguesa e inglesa, e excluídos os artigos dedicados somente à cirurgia plástica, ginecológica e obstétrica.

Conclusão: Não existe evidência científica que o uso contribua, na prevenção de complicações tanto a nível da ferida cirúrgica como na recuperação física e /ou pulmonar. O uso de cinta abdominal ajudou no controlo da dor no pós-operatório, trazendo ganhos em saúde que em conjunto com outras intervenções, poderá acelerar a recuperação funcional e o bem-estar dos utentes.

Palavras-chave: cinta abdominal, cirurgia abdominal, pós-operatório, recuperação funcional

UMA PERSPECTIVA PARA O SUCESSO DA EQUIPA

Tiago Ramos (1); Ana Maria Carvalho (1); Andreia Martins (1); Carla Castro (1); Helena Moreira (1); Paula Topa (1); Sofia Alves (2)
(1) CHVNG/E; (2) Hospital Santa Maria, Porto

Introdução: A liderança deve projectar uma visão compartilhada na definição de prioridades estratégicas, garantindo o acesso aos recursos necessários para a prestação de cuidados com segurança. A literatura reconhece a sua importância para a qualidade, processos e resultados nos cuidados ao doente.

Objetivo: Apresentar um mapa estratégico que facilite a obtenção de ganhos em indicadores de processo e resultado.

Metodologia: Estudo descritivo e exploratório.

Conclusão: Com conhecimento dos objectivos, as equipas sabem em que direcções devem desenvolver a sua actividade, compreendendo a existência de objectivos comuns, que podem contribuir para a coesão do grupo visto que todos estão em linha com os valores e missão da instituição.

Palavras-chave: Liderança, Balanced Scorecard, Enfermagem

PREPARAÇÃO DA ALTA DO CLIENTE APÓS DUODENOPANCREATECTOMIA – INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM

Marcelo Alves; Gilda Quintas; Sofia Rocha; Diana Salgueiro
Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A duodenopancreatectomia é uma cirurgia complexa, constituindo o único tratamento com possibilidade de cura para tumores pancreáticos. Neste contexto, o cliente e/ou cuidador necessitam de adquirir competências específicas.

Tendo por base intervenções autónomas, é função do enfermeiro ensinar, instruir e treinar o cliente/cuidador para a preparação da alta.

A alta é um processo dinâmico, que deve iniciar-se precocemente, idealmente no pré-operatório. Os enfermeiros têm um papel preponderante e a utilização dos sistemas de informação em enfermagem constituem uma ferramenta valiosa de trabalho para a conceção de cuidados.

Objetivo: Mapear as intervenções autónomas de enfermagem, para a preparação da alta do cliente após duodenopancreatectomia no serviço de cirurgia hepatobiliopancreática do CHUPorto.

Método: Pesquisa bibliográfica, análise dos protocolos instituídos e terminologia disponibilizada pelos sistemas de informação.

Apresentação dos resultados: As intervenções autónomas de enfermagem são as que resultam dos diagnósticos de enfermagem: potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da ferida cirúrgica, gestão do regime terapêutico- exercício físico, regime dietético e regime medicamentoso.

Conclusão: As intervenções autónomas de enfermagem devem ser instituídas com o objetivo de preparar a alta do cliente submetido a duodenopancreatectomia. Estas têm impacto significativo na qualidade de vida dos clientes, proporcionando ganhos em saúde.

Palavras-chave: Intervenções autónomas de enfermagem, Duodenopancreatectomia, Alta de enfermagem