



PORTUGUESE
JOURNAL OF
SURGERY

OFFICIAL ORGAN
SOCIEDADE PORTUGUESA
DE CIRURGIA

2025

SPCENDO Conference proceedings

João Capela da Costa
Presidente da SPCENDO
Sociedade Portuguesa de Cirurgia Endócrina

DIRETOR

José Guilherme Tralhão 
President of the Portuguese Society of Surgery, Portugal

EDITOR-IN-CHIEF

Lúcio Lara Santos 
Surgery Department – Portuguese Institute of Oncology of Porto, Porto, Portugal

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Marta Filomena Guimarães 
Surgery Department – Centro Hospital de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal
Alexandre Sousa 
Surgery Department – Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal

ASSOCIATE EDITORS

Daniel Gonçalves 
Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto, Portugal

SECTION EDITORS

Abdominal Wall Surgery

Eva Barbosa
Surgery Department – ULS São João – Porto University, Porto, Portugal

Bariatric and Metabolic Surgery

John Preto
Surgery Department – ULS São João – Porto University, Porto, Portugal

Colorectal Surgery

Manuel Limbert 
Surgery Department – IPO Lisboa Francisco Gentil, Lisbon, Portugal

Endocrine, Head and Neck Surgery

Pedro Gomes
Surgery Department – IPO Lisboa Francisco Gentil, Lisbon, Portugal

Esophagogastric Surgery

António Bernardes 
Surgery Department – ULS Coimbra, Coimbra University Hospital, Coimbra, Portugal

Hepatobiliary Surgery and Transplantation

Hugo Pinto Marques 
Hepato-Biliary-Pancreatic and Transplantation Center – Hospital Curry Cabral, Lisbon, Portugal

History of Surgery

Luís Silveira
Coordinator of the History of Surgery study group of the Portuguese Society of Surgery

Senology

Fernando Osório 
Surgery Department – ULS São João – Porto University, Porto, Portugal

Vascular Surgery

Vítor Marques
Surgery Department – Centro Hospitalar de Tondela – Viseu, Viseu, Portugal

Trauma Surgery and Emergency Care

Jorge Pereira 
Surgery Department – Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, Viseu, Portugal

STATISTICAL CONSULTANT

Pedro Leite Silva 
Epidemiology Department – Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal

EDITING CONSULTANT

Helena Donato 
Hospitais da Universidade de Coimbra, ULS de Coimbra, Coimbra, Portugal

SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Gian Luca Baiocchi 
Paul Lehur 
Timothy M. Pawlik 
Giovanni De Manzoni 
Safi Dokmak 
René Adam 
Jean-Nicolas Vauthey 
Joseph F. Amaral 
Joaquim Potel Lesquereux

EDITORIAL OFFICE STAFF

Editorial Assistant

Suzana Guedes – secretariado.revista@spcir.com

GRAPHICAL DESIGNER

Sociedade Portuguesa de Cirurgia
secretariado.revista@spcir.com

PROPERTY, EDITING, ADVERTISING AND MANAGEMENT

Sociedade Portuguesa de Cirurgia
Rua Xavier Cordeiro, 30 – 1000-296 Lisboa
Tels.: 218 479 225/6, Fax: 218 479 227
secretariado.revista@spcir.com

LEGAL DEPOSIT

255701/07

ISSN

2183-1165 (electronic)

ABSTRACTING & INDEXING

- **RCAAP:** Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
- **IndexRMP:** Índice de Revistas Médicas Portuguesas
- **Google Scholar:** Motor de pesquisa Google Académico
- **OpenAIRE Provide:** Portal agregador do OpenAIRE

Sumário

EDITORIAL

1º congresso SPCENDO

João Capela da Costa **5**

RESUMOS

A rare case of a retroperitoneal paraganglioma mimicking a hydatid cyst **7**

Feocromocitoma oculto: Uma armadilha em cirurgia endócrina **8**

Paraganglioma cervical com mutação SDHB na idade pediátrica: Relato de caso **9**

Tumores neuroendócrinos gastrointestinais: Revisão observacional unicêntrica nacional **10**

Tumores neuroendócrinos gastrointestinais não pancreáticos: Papel prognóstico do KI-67 **11**

Subtle signs, serious diagnosis: Cushing syndrome due to a left adrenal adenoma **12**

Neoplasia mesenquimatosa mixóide intra-adrenal primária: Um caso invulgar **13**

Síndrome de conn: Um clássico desde a teoria à cirurgia **14**

Difficult decision making: A case of refractory hypokalemia **15**

Hemorragia da supra-renal direita: Um desafio diagnóstico e terapêutico – Caso clínico **16**

101 adrenalectomias depois, o que aprendemos? A experiência de um centro em 16 anos **17**

Adrenalectomia retroperitoneoscópica posterior: Implementação e resultados dos primeiros 11 casos **18**

Tumor de colisão pancreático **19**

Uma suprarrenal, dois excessos hormonais: Caso raro de secreção mista **20**

Carcinoma papilar da tiroide e metastização óssea: A exceção que muda o prognóstico **21**

Tireoidectomia total urgente por tireotoxicose refratária induzida pela amiodarona: Caso clínico **22**

Neuromonitorização na cirurgia tiroideia: Perspectiva portuguesa **23**

Com um olho na tireoide: Orbitopatia unilateral como apresentação da síndrome de Marine-Lenhart	24
7 anos de cirurgia da tireoide com utilização de neuromonitorização intraoperatória	25
"Stones, bones, abdominal groans and psychiatric moans" – uma emergência endocrinológica	26
Papillary thyroid carcinoma in branchial cleft cyst: A two-case single-center experience	27
Hiperparatireoidismo primário (HPT I) em doentes com neoplasia endócrina múltipla (MEN1)	28
10 anos de experiência em cirurgia da paratireoide para o tratamento do hiperparatireoidismo primário	29
Carcinoma papilar da tireoide perdido: Tecido tireoideu ectópico em quisto branquial	30
O peso do cálcio: Hiperparatireoidismo primário pós-cirurgia bariátrica	31
Análise do desempenho dos métodos de imagem na localização pré-operatória das glândulas paratireoides	32
Resultado inesperado após excisão de linfangioma	33
Adenoma gigante da paratireoide: Uma causa rara de hiperparatireoidismo primário	34
O valor diagnóstico da calcitonina em nódulos tireoideus: Discussão a propósito de um caso clínico	35
Macroadenoma paratireoideu: Desafio anatómico em cirurgia cervical.	36
Paratireoidectomia no tratamento do hiperparatireoidismo primário: A experiência de um serviço	37
Neuromonitorização intraoperatória – resultados num centro de alto volume	38
Bócio multinodular com componente retroesternal: Um caso desafiante.	39
Carcinoma de células oncocíticas da tireoide com metástase na grade costal: Caso clínico	40
Video-assisted thoracoscopic surgery for multinodular goiter with an intrathoracic ectopic nodule.	41
Hipercalcemia tóxica em doente com adenoma atípico de glândula paratireoidea: Um caso clínico	42
Embolização das artérias tireoideas: Um caso clínico	43
Carcinoma da paratireoide associado a mutação genética: Caso clínico	44

Minimally invasive retrosternal goiter management: 3 cases with combined cervical-vats approach	45
Recidiva ou persistência? Um caso atípico	46
Multifocal brown tumor mimicking giant cell tumor in a young man with primary hyperparathyroidism	47
O grande iceberg da tiroide: A propósito de um caso clínico de bócio multinodular mergulhante	48





Realizou-se nos dias 25 e 26 de setembro, no Porto, o primeiro Congresso da SPCEENDO.

A SPCEENDO 2025 teve 196 inscrições e contou com a presença de ilustres convidados, experts nas várias áreas da Cirurgia Endócrina, de Portugal, Espanha e Itália, que deram um magnífico contributo para o sucesso reconhecido deste encontro.

Reunimos cirurgiões de várias áreas, endocrinologistas, imagiologistas, médicos de medicina nuclear, anatomopatologistas, otorrinolaringologistas e terapeutas da fala que partilharam experiências, demonstraram o seu trabalho e contribuíram para muitas discussões em torno do futuro da cirurgia endócrina e da inovação, perspectivando a possibilidade do reconhecimento da subespecialização.

JOÃO CAPELA DA COSTA, FEBS (ED).

Presidente da SPCEENDO — Sociedade Portuguesa de Cirurgia Endócrina

Received/Recebido: 12/12/2025 **Accepted/Aceite:** 05/03/2026 **Published online/Publicado online:** 16/03/2026 **Published/Publicado:** 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28521)

A RARE CASE OF A RETROPERITONEAL PARAGANGLIOMA MIMICKING A HYDATIC CYST

Madalena Dias Costa¹; João Pimenta de Castro¹; Belarmino Clemente¹; Maria João Jervis¹; Rita Roque¹; **Manuel De Albuquerque¹**; Diogo Lopes Monteiro¹

1. ULSLO – Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

INTRODUCTION

Paragangliomas are rare neuroendocrine tumors that originate from extra-adrenal paraganglia. Retroperitoneal paragangliomas (RPGs) typically arise from the sympathetic nervous system and are often located along the aorta or near the kidneys, adrenal glands, or pelvis. Although most are benign, malignant cases may occur, with distant metastasis being the main indicator of malignancy. Around 30% to 50% are hereditary. The estimated annual incidence is 2 to 8 cases per million people, accounting for less than 10% of all paragangliomas. These tumors are generally slow-growing and are often discovered incidentally or during the investigation of nonspecific symptoms. Diagnosis is frequently delayed due to the nonspecific clinical presentation. Imaging techniques such as computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) are key for tumor localization and characterization, with functional imaging proving useful in certain cases. Surgical resection remains the gold standard for both diagnostic and therapeutic purposes.

CASE REPORT

A 53-year-old woman referred for a palpable mass in the left upper quadrant, with no additional symptoms. Her medical history included well-controlled hypertension, cognitive impairment, HIV infection, obesity, anemia, and a prior cholecystectomy. Physical examination revealed a non-tender mass in the left upper quadrant. Abdominal CT showed a 15x15x17 cm multiloculated cystic mass with hydric density, displacing the stomach, pancreas, left kidney, spleen, and splenic flexure of the colon. A type IIa hydatid cyst was suspected, despite negative serology for *Echinococcus*. Ultrasound and MRI confirmed the diagnosis, though the MRI mentioned the remote possibility of a neurogenic retroperitoneal tumor. After evaluation by an infectious diseases specialist, surgical excision was planned. Intraoperatively, a well-vascularized retroperitoneal mass was identified, requiring ligation of multiple vessels. Transient hemodynamic instability occurred during tumor manipulation. The patient required blood transfusions on postoperative days 1 and 2, with no other complications. Histological analysis ruled out a hydatid cyst and confirmed a paraganglioma, positive for chromogranin, synaptophysin, CD56, and PS100+. The patient remains asymptomatic and is currently awaiting metanephrine levels, a PET scan, and genetic testing.

Received/Recebido: 12/12/2025 **Accepted/Aceite:** 05/03/2026 **Published online/Publicado online:** 16/03/2026 **Published/Publicado:** 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28549)

FEOCROMOCITOMA OCULTO: UMA ARMADILHA EM CIRURGIA ENDÓCRINA

Miguel Trigo Silvestre¹

1. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

A emergência hipertensiva é uma condição de hipertensão grave com lesão de órgão-alvo. Pode ser potencialmente fatal e a sua abordagem deve excluir condições precipitantes, tais como o feocromocitoma, um tumor neuroendócrino raro, com origem na medula adrenal. Apresenta-se com libertação de catecolaminas, paroxística e simpaticomiméticos. A identificação de uma massa consistente com a suspeita clínica e o perfil bioquímico com elevação das metanefrinas são a base do diagnóstico. A sua abordagem deve ser bem planeada e orientada por equipas multidisciplinares especializadas. A ressecção cirúrgica é o tratamento para a maioria dos feocromocitomas localizados.

CASO CLÍNICO

Homem de 54 anos saudável, que após ser submetido a septoplastia eletiva iniciou crise hipertensiva resistente e paroxismos de palpitações, diaforese, cefaleias e flushing facial e torácico. A TC AP revelou lesão expansiva nodular com centro necrótico 9,6x9,4x8,0 cm com origem adrenal esquerda. Por agravamento da hipertensão e início de sinais neurológicos focais, realizou TC CE que revelou volumoso AVC hemorrágico, tendo sido admitido na UCI. No estudo da hipertensão apresentava metanefrinas urinárias 24h positivas. O doente foi discutido em CDT neuroendócrinos, com decisão para cirurgia, no entanto, por indicação da Neurocirurgia, a intervenção foi protelada por 3 semanas, tendo realizado fenoxibenzamina 30 mg três vezes ao dia. Foi submetido a adrenalectomia esquerda por laparoscopia convertida em laparotomia, sem intercorrências. No internamento com melhoria do quadro neurológico. A análise anátomo-patológica revelou feocromocitoma. Sem aspetos de mau prognóstico, margem sem lesão. Teve alta no 33º dia pós-operatório. O estudo genético RET e VHL revelaram-se negativos.

CONCLUSÃO

O diagnóstico do feocromocitoma pode ser desafiante e a sua apresentação pode tomar um curso verdadeiramente desastroso. O caso clínico ilustra uma complicação temida: um feocromocitoma com apresentação de AVC hemorrágico, que motivou a adrenalectomia de forma urgente, com resolução quase completa dos défices neurológicos e controlo da tensão arterial. Tal como este caso, mais de metade dos feocromocitomas ocorrem de forma esporádica. A Cirurgia Endócrina demonstra assim o seu papel em lidar com problemas por vezes que fogem ao âmbito endocrinológico e que têm impacto na qualidade de vida e potencialmente a nível de sobrevida, especialmente num doente jovem.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28550)

PARAGANGLIOMA CERVICAL COM MUTAÇÃO *SDHB* NA IDADE PEDIÁTRICA: RELATO DE CASO

Rita Ribeiro Dias¹; Elisabete Campos¹; João Capela¹; Susana Domingues¹; Pedro Sá Couto¹; Silvestre Carneiro¹

1. ULS São João, Porto, Portugal

INTRODUÇÃO

Os paragangliomas são tumores neuroendócrinos raros, ainda menos frequentes na população pediátrica. Podem surgir em qualquer local onde existam gânglios.

No que concerne à cabeça e pescoço, a localização mais comum é no corpo carotídeo, seguida da região jugulotimpânica e do nervo vago.

CASO CLÍNICO

Doente de 13 anos, sexo masculino. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Encaminhado para avaliação no serviço de Pediatria para estudo etiológico da síndrome de Horner. O doente referia quadro de 6 meses de evolução com episódios de hiperemia conjuntival e ptose do olho esquerdo, bem como anidrose da hemiface esquerda. Ao exame objetivo apresentava ptose e miose à esquerda, sem tumefações palpáveis a nível cervical. Realizou TC CE sem alterações e RM cervical que descreveu lesão expansiva no espaço carotídeo esquerdo, anteromedial à artéria carótida interna, condicionando desvio posterolateral da mesma, com dimensões de 20x13x36 mm, hipervascularizada com padrão "em sal e pimenta" em T1 e T2, sendo as imagens sugestivas de paraganglioma. Após discussão em reunião de Grupo Oncológico, optou-se pela realização de angioTC cervical, PET com avaliação de receptores de somatostatina, doseamento de catecolaminas e metanefrinas e painel NGS para paraganglioma. Destacam-se catecolaminas e metanefrinas dentro dos valores de referência, PET sem identificação de outras lesões e painel NGS com presença da variante patogénica *SDHB*. No pré-operatório foi realizada uma ecografia na qual foi visível uma formação nodular heterogénea, hipocóica de 23x18x31 mm posterior, medial e cranial à bifurcação carotídea esquerda. O doente foi proposto para cirurgia e submetido a exérese de paraganglioma cervical com neuromonitorização e esvaziamento seletivo do nível 2 esquerdo, sem intercorrências. O exame histológico confirmou tratar-se de um paraganglioma. Foi reavaliado em consulta, mantendo a síndrome de Horner, mas sem outra sintomatologia.

CONCLUSÃO

O *gold standard* para o tratamento destes tumores é a ressecção cirúrgica da lesão. A avaliação genética deve ser realizada em pacientes pediátricos, mesmo na ausência de história familiar, devido à alta prevalência de mutações. A malignidade dos paragangliomas é definida pela invasão local do tumor primário ou pela presença de metástases em locais onde não existem células cromafins. Na população pediátrica, cerca de 12% dos paragangliomas são malignos, frequentemente associados a mutações no gene *SDHB*.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28606)

TUMORES NEUROENDÓCRINOS GASTROINTESTINAIS: REVISÃO OBSERVACIONAL UNICÊNTRICA NACIONAL

Catarina Corrêa Figueira¹; André Bento¹; Hugo Jorge Alves¹; Catarina Cardoso Gomes¹;
Afonso Zenóglio de Oliveira¹; Inês Neves¹; Estela Rino¹; Mafalda Sousa Fernandes¹;
Mónica Zenóglio de Oliveira¹; Rita Garrido¹

1. Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

INTRODUÇÃO

Os tumores neuroendócrinos (TNE) são raros e heterogêneos, correspondendo a 2% de todas as neoplasias, com aumento progressivo da incidência. Maioritariamente esporádicos e com localização preferencial no trato gastrointestinal e pulmão. O objetivo foi fazer uma revisão unicêntrica nacional de 10 anos de experiência em TNE gastrointestinais não pancreáticos (TNE-GI).

MÉTODOS

Análise observacional retrospectiva dos TNE-GI discutidos em consulta de discussão multidisciplinar (CDT) num centro nacional entre 2014 e 2024.

RESULTADOS

Foram identificados 241 casos classificados como TNE-GI e discutidos em CDT entre 2014 e 2024. Após exclusão de casos discutidos em múltiplas ocasiões, foram revistos 100 casos, identificando-se 79 casos de TNE-GI. Na nossa série, verificou-se ligeira preponderância do sexo masculino (50,6%), mediana de idade de 65 anos, sem registo de casos de história familiar ou síndromes hereditárias. O tumor primário localizava-se mais frequentemente no reto (30,4%), seguido pelo estômago (29,1%), intestino delgado (26,6%), subdividido em duodeno (47,6%) e jejuno/íleon (52,4%), e, por último, cólon (13,9%), incluindo apêndice ileocecal (7,6%). O doseamento sérico dos marcadores tumorais foi realizado na maioria dos doentes (79,7%), principalmente a cromogranina A e gastrina. A avaliação imagiológica incluiu a realização de PET (58,2%) com agonista dos recetores da somatostatina na maioria dos casos. Ao diagnóstico, 29,1% apresentavam metastização à distância, em alguns casos múltipla, mais frequentemente no fígado e peritонеu. A síndrome carcinoide foi diagnosticada em apenas 4 casos (5,1%), todos em indivíduos com doença metastática. Após referência à CDT, terapêutica cirúrgica foi proposta na maioria dos casos (46,2%). Recorrência ocorreu em 17,7% dos casos, com 22 meses de mediana de sobrevida livre de doença. Mortalidade ocorreu em 20,3% dos casos, com 17 meses de mediana de sobrevida global.

CONCLUSÃO

Os TNE representam um grupo heterogêneo de neoplasias raras. A terminologia, assim como as diferenças intrínsecas de cada localização, dificulta a realização de revisões sistemáticas. A experiência de 10 anos de um centro nacional procura reunir um maior número de casos e identificar limitações na gestão destes doentes, ressaltando a importância da CDT.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28607)

TUMORES NEUROENDÓCRINOS GASTROINTESTINAIS NÃO PANCREÁTICOS: PAPEL PROGNÓSTICO DO KI-67

Catarina Corrêa Figueira¹; Hugo Jorge Alves¹; André Bento¹; Mafalda Sousa Fernandes¹; Mónica Oliveira¹; Rita Garrido¹

1. Hospital Beatriz Ângelo, Portugal

INTRODUÇÃO

Os tumores neuroendócrinos (TNE) são raros e heterogêneos, correspondendo a 2% de todas as neoplasias, com localização preferencial no trato gastrointestinal e pulmão. O índice proliferativo (Ki-67) é um dos principais fatores de prognóstico nos TNE. O nosso objetivo foi confirmar a associação entre o índice de proliferação (Ki-67) e o prognóstico em doentes com TNE gastrointestinais não pancreáticos (TNE-GI).

MÉTODOS

Análise retrospectiva unicêntrica de doentes com TNE-GI classificados segundo o índice de Ki-67 e ocorrência de recidiva e

RESULTADOS

Foram identificados 241 casos classificados como TNE-GI e discutidos em CDT entre 2014 e 2024. Após exclusão de casos discutidos em múltiplas ocasiões, foram revistos 100 casos, identificando-se 79 casos de TNE-GI. Na nossa série, verificou-se distribuição equilibrada entre os sexos, mediana de idade de 65 anos, sem registo de casos de história familiar ou síndromes hereditárias. O tumor primário localizava-se mais frequentemente no reto (30,4%), seguido pelo estômago (29,1%), intestino delgado (26,6%), e, por último, cólon (13,9%), incluindo apêndice ileocecal (7,6%). Ao diagnóstico, 23 doentes (29,1%) apresentavam metastização à distância, mais frequentemente no fígado (24%) e peritoneu (5%), múltipla em 6% dos casos. Histologicamente, os doentes foram classificados segundo os critérios da OMS em: G1 (Ki-67 <3%), G2 (Ki-67 3-20%) e G3 (Ki-67 >20%). Após exclusão de 5 doentes nos quais os Ki-67 não foi avaliado (n=74), a distribuição foi: G1 47,3%, G2 32,4% e G3 20,3%. A recidiva local ocorreu em 7 casos (8,9%) e à distância em 8 casos (10,1%), um dos quais com recidiva local concomitante, no total com 22 meses de mediana de sobrevida livre de doença. Mortalidade ocorreu em 16 casos (20,3%), 5 dos quais com recidiva à distância, com 17 meses de mediana de sobrevida global. Globalmente, existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre Ki-67 e mortalidade (Spearman rs 0,558; *p-value* 0,001). No reto, a correlação é muito forte (Spearman rs 0,922; *p-value* <0,001).

CONCLUSÃO

Os TNE representam um grupo heterogêneo de neoplasias raras. As diferenças intrínsecas de cada localização dificultam a revisão sistemática. O Ki-67 é um fator de prognóstico que permite a estratificação do risco. A experiência de 10 anos de um centro nacional corrobora a literatura, com associação entre um índice de proliferação elevado, principalmente Ki-67 >20%, e maior risco de recidiva e mortalidade.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.
© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28640)

SUBTLE SIGNS, SERIOUS DIAGNOSIS: CUSHING SYNDROME DUE TO A LEFT ADRENAL ADENOMA

Constança Marques¹; Carlota Branco¹; Catarina Palma¹; João Velho Correia¹; José António Pereira¹; Daniel Macedo¹

1. Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

INTRODUCTION

Cushing's syndrome is a rare endocrine disorder caused by prolonged exposure to elevated levels of cortisol. The most common cause is exogenous corticosteroid therapy, with adrenal gland tumors representing the second most frequent etiology. Clinical manifestations may be subtle and progress slowly, potentially leading to significant morbidity if not diagnosed early. Confirmation of hypercortisolism is achieved through biochemical evaluation, followed by imaging studies to identify the source of excess cortisol production. Treatment typically involves surgical intervention.

CASE REPORT

We present the case of a 46-year-old woman referred to the Endocrinology department due to a 30 kg weight gain over two years, insomnia, irritability, and low mood. She also reported frequent bruising and peripheral edema for approximately one year. Physical examination revealed obesity (BMI 37.8 kg/m²), arterial hypertension, facial plethora, moon facies, dorsocervical fat pad, violaceous abdominal striae, and lower limb edema. The diagnosis of Cushing's syndrome was confirmed by elevated late-night salivary cortisol and a positive 1 mg overnight dexamethasone suppression test, with normal ACTH levels. Abdominal CT revealed a left adrenal gland nodule with an attenuation coefficient >10 Hounsfield units and >60% washout, consistent with a cortisol-producing adenoma. The patient underwent laparoscopic left adrenalectomy, with identification and clamping of the adrenal vein, followed by gland excision. The postoperative course was uneventful, and she was discharged on the second postoperative day. Oral hydrocortisone was initiated due to transient adrenal insufficiency. Histopathological analysis confirmed an adrenocortical adenoma.

CONCLUSION

This case highlights the importance of early diagnosis of Cushing's syndrome, particularly when initial symptoms are nonspecific, such as weight gain and mood changes. The gradual onset may delay diagnosis and worsen complications. Minimally invasive surgery provided effective resolution of hypercortisolism without complications. This case reinforces the need for high clinical suspicion and a multidisciplinary approach in the management of this condition.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28690)

NEOPLASIA MESENQUIMATOSA MIXÓIDE INTRA-ADRENAL PRIMÁRIA: UM CASO INVULGAR

Elisabete Campos¹; Ana Oliveira¹; Luís Sá Vinhas¹; Vítor Devezas¹; Elisabete Rios¹; Pedro Sá Couto¹; Silvestre Carneiro¹

1. ULS S. João, Porto, Portugal

INTRODUÇÃO

A neoplasia mesenquimatosa mixóide intra-adrenal primária é extremamente rara. Estes neoplasmas apresentam-se tipicamente como massas adrenais incidentais em adultos, sem atividade hormonal funcional, sendo o diagnóstico definitivo frequentemente dependente de análise histopatológica e molecular.

CASO CLÍNICO

Mulher, 74 anos, encaminhada para consulta no contexto de incidentaloma da suprarrenal descoberto em contexto de estudo de patologia gástrica. A TC-AP mostrava formação hipodensa de densidade quística, de morfologia arredondada e bordos bem delimitados, com 5,9 cm, na dependência da glândula suprarrenal esquerda. Analiticamente sem evidência de secreção hormonal. Na RM abdominal foi confirmada a presença de uma massa sólida, medindo 87x83x94 mm, com significativa captação de contraste, encontrando-se em íntima relação com a glândula suprarrenal esquerda. Realizada TC TAP para estadiamento sem evidência de lesões secundárias, mas evidenciando discreto crescimento tumoral (93x89x102mm). PET-gálio sem evidência de lesões tumorais malignas com elevada expressão dos recetores da somatostatina, quer na suprarrenal quer em outras localizações. Proposta para tratamento cirúrgico. Foi realizada laparotomia com identificação de massa na dependência da suprarrenal esquerda com 9x10x10 cm, dura, mas móvel, aderente à cauda do pâncreas, ao baço e ao hilo renal, mas sem invasão das estruturas adjacentes. Submetida a adrenalectomia esquerda. Cirurgia e pós-operatório sem intercorrências, teve alta em D4 pós-operatório. O exame histológico revelou neoplasia mesenquimatosa mixoide, de baixo grau de malignidade, aparentemente intra-adrenal, apenas com expressão de CD34, sem características morfológicas que permitissem avançar num diagnóstico específico. Atendendo a que se trata de uma neoplasia incomum nesta localização, foi solicitado estudo molecular que foi negativo. Neste contexto, o caso foi enviado para consulta no exterior com o Prof. Dr. Abbas Agaimy na Alemanha, tendo sido considerado não enquadrável em nenhuma entidade específica, mantendo-se o parecer que se tratava de uma invulgar neoplasia mesenquimatosa intra-adrenal primária fibromixóide/angiomixóide. Em consulta de *follow-up* doente assintomática, mantendo vigilância.

CONCLUSÃO

O comportamento biológico desta neoplasia permanece incerto devido ao número limitado de casos descritos, mas a evidência disponível sugere tratar-se de uma neoplasia de baixo grau, com evolução potencialmente indolente. São necessários mais estudos para esclarecer a sua patogénese, estratégias de tratamento e prognóstico a longo prazo.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28727)

SÍNDROME DE CONN: UM CLÁSSICO DESDE A TEORIA À CIRURGIA

Rita Gonçalves¹; Lara Madeira¹; Natacha Nunes¹; Frederico Vera-Cruz¹; Olena Teslyak¹; Nicole Silva¹; Beatriz Louro¹; Ana Rita Lourenço¹; Sofia Coelho¹; Inês Mendonça¹; Paulo Sintra¹

1. Unidade Local de Saúde da Lezíria, Santarém, Portugal

INTRODUÇÃO

A síndrome de Conn, ou hiperaldosteronismo primário (HAP), ocorre devido a uma produção excessiva de aldosterona. As causas mais comuns são os adenomas funcionantes da suprarenal (SR) unilaterais, hiperplasia bilateral da SR e, mais raramente hiperaldosteronismo familiar. O diagnóstico decursa com história de hipertensão arterial (HTA) resistente ao tratamento farmacológico, que se encontra associado a alterações analíticas: aldosterona sérica aumentada, renina suprimida, relação aldosterona/renina (RAR) aumentada, e ainda hipocaliemia, menos comum, mas que reforça o diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 47 anos, encaminhada a consulta de Medicina Interna (MI) por HTA diagnosticada há 15 anos não controlada, a realizar três antihipertensores- Perindopril, indapamida, amlodipina 10 mg, 2,5 mg, 10 mg. Apresenta hipocaliemia em duas medições diferentes, 2,8 mmol/L e 2,9 mmol/L. Na consulta de MI é feita revisão terapêutica, tendo sido iniciado candesartan 16 mg, amlodipina 10mg, e espironolactona 25 mg, terapêutica bidiaária. É solicitada TC-SR e Consulta de Cirurgia para estudo funcional da SR, já com suspeita de HAP. Na consulta de Cirurgia, analiticamente verifica-se uma aldosterona aumentada 48,3 ng/dL uma renina dentro dos valores da normalidade, e um aumento da RAR. A TC-SR descrevia na glândula SR esquerda identifica-se imagem nodular que mede aproximadamente 16 mm de maior eixo, que tem características sugestivas de traduzir natureza adenomatosa. Não se observam alterações valorizáveis da glândula SR direita. A doente é proposta para adrenalectomia. Submetida a adrenalectomia esquerda via transabdominal laparoscópica, sem intercorrências, com alta ao 1º dia pós-operatório. Na consulta de reavaliação, a doente apresenta-se com HTA controlada.

CONCLUSÃO

No caso apresentado constata-se como a clínica e os exames complementares de diagnóstico são todos típicos de HAP. Após a cirurgia verificou-se resolução do quadro. A HTA tem uma prevalência elevada na população geral. Embora cada vez mais se procure a sua etiologia, o mais comum é assumir o diagnóstico de HTA primária. Assim, o HAP é frequentemente subdiagnosticado. Estudos mais específicos são realizados numa alta suspeição clínica, ou por algum achado incidental num exame de imagem, que demonstre um adenoma da SR. Deste modo, é essencial a literacia em saúde no que concerne ao diagnóstico desta patologia, uma vez que alcançando o seu controlo por meio farmacológico ou cirúrgico, verifica-se um controlo completo da HTA.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28730)

DIFFICULT DECISION MAKING: A CASE OF REFRACTORY HYPOKALEMIA

Diogo Lopes Monteiro¹; Rita Roque¹; Belarmino Clemente¹; Inês Gonçalves¹; Maria João Jervis¹; Maria João Pimenta De Castro¹; **Manuel De Albuquerque¹**; Madalena Dias Costa¹

1. ULSLO Unidade de Cirurgia Endócrina, Lisboa, Portugal

INTRODUCTION

Refractory hypokalemia is a rare manifestation of Conn's syndrome, a condition caused by excess aldosterone production from a benign adrenal tumor, leading to low plasma renin and hypertension. Hypokalemia occurs in only 37% of cases, and rarely with normal blood pressure, mostly in young females.

CLINICAL CASE

We report a 67-year-old woman normotensive, with asthenia, paresthesias, muscle weakness, and severe hypokalemia unresponsive to spironolactone and potassium chloride. An incidental left adrenal tumor (1.4 cm) was found on MRI. About 20%-30% of incidentalomas are hormonally active (cortisol is the most common, followed by pheochromocytoma and aldosteronoma). Despite normotension and a single elevated aldosterone value (112.4 pg/mL) and repeated low RAR values. Biochemical tests initially did not confirm Conn's syndrome. Spironolactone treatment failed to normalize potassium, casting doubt on the diagnosis. However, RAR tests were potentially unreliable as they were conducted after starting mineralocorticoid receptor antagonists, without the necessary suspension period. Other causes of refractory hypokalemia were excluded: no chronic diarrhea or laxative use, normal magnesium and calcium, negative urinary metanephrines and cortisol. A TTKG of 3 suggested renal potassium loss, but normal magnesium and calcium made Gitelman syndrome unlikely. CT scan showed a well-defined hypodense adrenal nodule (2.2x1.7 cm) with features of an adenoma. ¹³¹I-Norcholesterol scintigraphy revealed asymmetric uptake, indicating a functional left adrenal adenoma. A multidisciplinary decision was controversial, but the patient underwent surgery, a retroperitoneoscopic adrenalectomy was performed. and a retroperitoneoscopic adrenalectomy was performed.. The patient underwent retroperitoneoscopic adrenalectomy, resulting in symptom improvement and normalized potassium levels (K 4.8 mmol/L 1 month post-op on spironolactone 50 mg/daily).

CONCLUSION

This case illustrates the diagnostic challenges and difficult decisions faced in cases of hypokalemia. Also, the potential progression of primary hyperaldosteronism, the importance of investigating adrenal pathology in hypokalemic patients, possible confounding factors, and the effectiveness of surgical intervention in this pathology

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28731)

HEMORRAGIA DA SUPRA-RENAL DIREITA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – CASO CLÍNICO

Inês Sequeira Gonçalves¹; **Manuel De Albuquerque**¹; Miguel Lopes Das Neves¹; Madalena Dias Costa¹; Ana Alves Rafael¹

1. Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

A hemorragia da suprarrenal é uma entidade rara, com apresentação clínica pouco específica, como dor abdominal ou lombar, podendo simular outras patologias. Pode surgir por trauma, lesões da suprarrenal, coagulopatias, terapêutica anticoagulante, stress fisiológico ou de forma espontânea. O diagnóstico é imagiológico, sendo a tomografia computadorizada (TC) o exame de eleição. O tratamento varia entre vigilância, embolização ou cirurgia, consoante a causa e estabilidade do doente. Apresentamos um caso clínico de hemorragia espontânea da suprarrenal direita submetida a intervenção radiológica.

CASO CLÍNICO

Masculino, 58 anos, sem antecedentes médicos relevantes, mas com história referida de fácil formação de hematomas, que recorreu ao serviço de urgência por dor lombar direita com irradiação à região inguinal homolateral. A TC abdominal revelou um hematoma da suprarrenal direita com 53 mm e sinais de hemorragia intralesional ativa. Doze horas após a admissão, uma angio-TC confirmou hemorragia recente, sem extravasamento de contraste. Analiticamente, o doente não apresentava alterações relevantes. Foi internado e submetido a embolização empírica da artéria suprarrenal direita. No pós-procedimento, desenvolveu dor testicular homolateral, tendo a ecografia escrotal evidenciado sinais sugestivos de isquémia testicular. Durante o internamento foi ainda identificado défice de vitamina K, sendo iniciada reposição. Dois meses depois, a ressonância magnética abdominal de controlo revelou uma lesão ocupante de espaço ovalada e heterogénea na suprarrenal direita, com conteúdo adiposo, sugestiva de mielolipoma, não sendo possível excluir outras entidades. Foram ainda observados dois pequenos hematomas residuais, traduzindo reabsorção favorável. O estudo hormonal excluiu hipersecreção. Decidiu-se manter vigilância imagiológica.

CONCLUSÃO

Este caso realça a importância de considerar a hemorragia da suprarrenal no diagnóstico diferencial de dor abdominal ou lombar aguda, mesmo na ausência de fatores predisponentes evidentes. A abordagem multidisciplinar, com recurso à imagem e intervenção radiológica, foi essencial para o controlo da hemorragia e para o esclarecimento diagnóstico. No entanto, importa salientar que a intervenção radiológica não foi isenta de complicações, tendo o doente desenvolvido isquemia testicular homolateral após embolização empírica da artéria suprarrenal. A identificação posterior de uma lesão compatível com mielolipoma levanta a hipótese de uma etiologia subjacente e reforça a necessidade de vigilância imagiológica continuada.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28742)

101 ADRENALECTOMIAS DEPOIS, O QUE APRENDEMOS? A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO EM 16 ANOS

Marta Alexandre Silva¹; **Luís Castro**¹; Jéssica Rodrigues¹; Isabel Manso²; Alexandra Antunes¹; Sofia Cavadas¹; José Pedro Pinto¹; Ricardo Pereira¹; Fernando Manso¹; Mário Reis¹

1. ULS Braga, Braga, Portugal; 2 – ULS Algarve, Faro, Portugal

INTRODUÇÃO

A adrenalectomia está indicada em nódulos hiperfuncionantes ou imagiologicamente suspeitos, existindo várias abordagens cirúrgicas possíveis. A tendência atual é a de uma abordagem personalizada ao doente, ultrapassando o debate sobre a “melhor” técnica. Este estudo apresenta a nossa experiência nos últimos 16 anos.

O nosso objetivo foi apresentar a casuística de adrenalectomias consecutivas num único centro nos últimos 16 anos.

MÉTODOS

Entre junho de 2008 e outubro de 2024, realizámos 101 adrenalectomias na nossa instituição. Os dados foram recolhidos e analisados retrospectivamente.

RESULTADOS

A mediana de idades foi de 56 anos (intervalo: 20–90 anos), sendo 58,4% dos doentes operados do sexo feminino. A indicação cirúrgica mais frequente foram os nódulos hiperfuncionantes (77%), principalmente por hiperaldosteronismo primário. A cirurgia laparoscópica foi realizada em 88% dos casos, com um tempo operatório mediano de 92 minutos (intervalo: 43–290 min). A conversão para cirurgia aberta ocorreu em 3 casos (dois por feocromocitomas >6 cm). As abordagens laparotómica e retroperitoneoscópica foram realizadas em 2 e 7 casos, respetivamente, com tempos operatórios medianos de 150 minutos (intervalo: 110–124 min) e 69 minutos (intervalo: 61–122 min). O tamanho mediano do nódulo nas cirurgias minimamente invasivas foi de 3,8 cm (intervalo: 1–11,5 cm), enquanto na cirurgia aberta a média foi de $8,7 \pm 3,8$ cm. Complicações intraoperatórias ocorreram em 9 doentes, incluindo lacerações hepáticas/esplénicas ligeiras (6 casos), lesão esplénica com necessidade de esplenectomia (1 caso), lesão da veia cava inferior (1 caso) e pneumotórax iatrogénico (1 caso). Foram necessárias transfusões sanguíneas em 3 casos. Não houve necessidade de reintervenções. A duração do internamento não diferiu significativamente entre as abordagens cirúrgicas ($p=0,22$).

CONCLUSÃO

A cirurgia minimamente invasiva (laparoscópica ou retroperitoneoscópica) mantém-se o gold-standard para adrenalectomia, com baixas taxas de complicações. Os resultados sustentam uma abordagem cirúrgica personalizada, com resultados consistentes entre diferentes técnicas.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.
© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28743)

ADRENALECTOMIA RETROPERITONEOSCÓPICA POSTERIOR: IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS DOS PRIMEIROS 11 CASOS

Mafalda Roque¹; Marta Alexandre Silva¹; Luís Castro¹; Alexandra Antunes¹; Sofia Cavadas¹; Ricardo Pereira¹; José Pedro Pinto¹; Fernando Manso¹; Mário Reis¹

1. ULS Braga, Braga, Lisboa

INTRODUÇÃO

A adrenalectomia retroperitoneoscópica posterior (ARP) é uma abordagem minimamente invasiva que permite acesso direto à glândula suprarenal, evitando a mobilização de vísceras intraperitoneais. Apesar das suas vantagens, o seu uso ainda é limitado dada a menor familiaridade com o espaço retroperitoneal. O objetivo deste estudo foi analisar os primeiros 11 casos consecutivos de ARP realizados no nosso centro e comparar os resultados com séries publicadas.

MÉTODOS

Foi realizada uma análise retrospectiva dos primeiros 11 doentes submetidos a ARP entre março de 2023 e junho de 2024. Foram avaliados: idade, sexo, diagnóstico, lateralidade, tamanho da lesão, tempo operatório, taxa de conversão, complicações intra- e pós-operatórias e tempo de internamento. Dos 11 casos, 4 foram realizados por um cirurgião com experiência prévia na técnica, e os restantes por quatro cirurgiões sem experiência anterior.

RESULTADOS

Foram incluídos 11 doentes, sendo 63,6% do sexo feminino. A mediana de idades foi 58 anos (33,5–66,5). O tamanho médio da lesão foi $27,3 \pm 12,2$ mm (mín–máx: 12–50), e o tempo operatório médio foi $107,7 \pm 26,6$ min (mín–máx: 64–164). Não houve conversões. A taxa de complicações intraoperatórias foi de 9,1% (1 caso de lesão punctiforme da veia cava inferior, controlada no intraoperatório), sem complicações pós-operatórias *major*. O tempo médio de internamento foi 3,3 dias. Os tempos operatórios foram superiores aos relatados em séries publicadas por Walz *et al* e Costa Almeida *et al*, o que pode estar relacionado com a execução da maioria das cirurgias, na nossa série, por cirurgiões sem experiência prévia, ilustrando a aplicabilidade e a facilidade de aprendizagem da técnica.

CONCLUSÃO

Os nossos resultados preliminares confirmam a segurança e viabilidade da ARP, com baixa taxa de complicações. Apesar de tempos operatórios iniciais mais elevados, em linha com a curva de aprendizagem descrita na literatura, os resultados reforçam que a técnica é uma alternativa segura e eficaz, facilmente integrável após treino em cirurgia laparoscópica.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28745)

TUMOR DE COLISÃO PANCREÁTICO

João Correia¹; Carlota Branco¹; Catarina Palma¹; Constança Marques¹; Miguel Allen¹

1. Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

Os tumores neuroendócrinos do pâncreas (PanNETs) representam cerca de 1%–2 % das neoplasias pancreáticas e, apesar da sua raridade, têm um comportamento clínico distinto e, em geral, um prognóstico mais favorável, sobretudo nos casos bem diferenciados (G1–G2). Tumores pancreáticos mistos, com componentes ductais e neuroendócrinos diferenciados, são ainda mais incomuns e apresentam desafios diagnósticos, terapêuticos e prognósticos acrescidos. Em alguns casos, sobretudo quando a apresentação clínica é de doença localmente avançada sem metástases, a quimioterapia neo-adjuvante pode permitir uma redução significativa da lesão, viabilizando uma reavaliação da ressecabilidade após avaliação em contexto multidisciplinar.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 67 anos, com antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2. Diagnosticada, em dezembro de 2023, com neoplasia do pâncreas localmente avançada, envolvendo o tronco celíaco e a artéria mesentérica superior (cT4N0), não apresentando metástases. Iniciou quimioterapia com FOLFIRINOX em janeiro de 2024, tendo completado 8 ciclos com boa tolerância e tendo sido verificada a redução da lesão. A reavaliação imagiológica em maio de 2024 mostrou redução do tumor e após discussão em reunião multidisciplinar foi decidido proceder à cirurgia. Foi submetida, em junho de 2024, a pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia, sem intercorrências intra-operatórias. O pós-operatório decorreu favoravelmente e a doente teve alta ao sétimo dia de pós-operatório clinicamente bem. A histologia mostrou tumor misto composto por adenocarcinoma ductal e tumor neuroendócrino bem diferenciado, G1.

CONCLUSÃO

Este caso evidencia a importância da abordagem multidisciplinar e da quimioterapia de indução na gestão de neoplasias pancreáticas localmente avançadas. A resposta favorável ao esquema FOLFIRINOX permitiu reavaliar a ressecabilidade e avançar para uma cirurgia com intenção curativa. O diagnóstico histológico de tumor misto — adenocarcinoma ductal e componente neuroendócrino bem diferenciado (G1) — sublinha a heterogeneidade biológica destas neoplasias e destaca a relevância da caracterização anatomopatológica para definição do prognóstico e orientação terapêutica.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28746)

UMA SUPRARRENAL, DOIS EXCESSOS HORMONAIS: CASO RARO DE SECREÇÃO MISTA

Bernardo Moreira¹; Samuel Silva¹; Catarina Lima¹; Joana Almeida¹; Licínio Soares¹; João Barros da Silva¹

1. Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

INTRODUÇÃO

Os tumores funcionantes da suprarrenal podem ter apresentações clínicas variadas, consoante o perfil hormonal predominante. O feocromocitoma é habitualmente caracterizado por hipertensão paroxística, hipersudorese, cefaleias e taquicardia. A secreção hormonal mista nestes tumores é rara, podendo simular outras endocrinopatias, como o hiperaldosteronismo primário, dificultando o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica.

CASO CLÍNICO

Apresentamos um homem de 46 anos, previamente saudável, com diagnóstico recente de hipertensão arterial essencial, que recorre ao serviço de urgência por edema maleolar bilateral, fraqueza muscular proximal, tonturas e visão turva. Ao exame objetivo com hipertensão persistente (PAS >170 mmHg), hipocalémia severa refratária à suplementação e alcalose metabólica, motivando internamento para estudo. Iniciou-se espironolactona, com melhoria parcial. A tomografia computadorizada (TC) abdominal demonstrou “uma lesão heterogénea, calcificada, na glândula suprarrenal esquerda”. A suspeita inicial de hiperaldosteronismo primário foi progressivamente abandonada perante valores de cortisol matinal persistentemente elevados (>64 µg/dL) e ausência de frenação com dexametasona (90,6 µg/dL). As metanefrinas plasmáticas revelaram também elevação acentuada. A RM revelou uma “massa adrenal heterogénea sem características de adenoma” e a PET apresenta uma lesão de captação intensa de recetores da somatostatina, sugestiva de feocromocitoma maligno. Iniciou-se bloqueio alfa com fenoxibenzamina, dexametasona e metirapona, seguido de beta-bloqueador. Foi submetido a adrenalectomia esquerda laparoscópica sem intercorrências. No pós-operatório verificou-se normalização progressiva dos níveis de potássio, cortisol e perfil tensional. O exame anatomopatológico confirmou feocromocitoma da suprarrenal esquerda, com excisão completa e critérios morfológicos de baixa agressividade.

CONCLUSÃO

Este caso destaca a importância de considerar a possibilidade de secreção hormonal múltipla em tumores da suprarrenal, especialmente perante quadros clínicos com sobreposição de síndromes endócrinas. Apesar da apresentação inicial compatível com hiperaldosteronismo primário, o perfil hormonal demonstrou simultaneamente hipersecreção de catecolaminas e de cortisol. A coexistência de secreção de cortisol e catecolaminas num feocromocitoma é uma entidade rara, mas com implicações clínicas e terapêuticas significativas. A avaliação multidisciplinar integrada é fundamental em casos complexos com fenótipos hormonais mistos.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28542)

CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE E METASTIZAÇÃO ÓSSEA: A EXCEÇÃO QUE MUDA O PROGNÓSTICO

Rita Pinheiro Duque¹; Sara Guedes¹; Luís Dinis¹; Bárbara Freire¹; Carlos Macedo Oliveira¹; Júlia Gomez¹; Nuno Santos¹; Francisco Sampaio¹

1. ULS Médio Ave, Vila Nova de Famalicão, Portugal

INTRODUÇÃO

O carcinoma papilar da tiroide (PTC) é a neoplasia maligna mais frequente da glândula tiroide (80%-85%). Trata-se de um tumor indolente, de crescimento lento e associado a um excelente prognóstico. A disseminação metastática à distância é rara (4%-15%), sendo os pulmões o local mais frequentemente atingido. A metastização óssea, embora pouco comum (1%-7%), apresenta implicações clínicas significativas, uma vez que está associada a uma redução marcada da sobrevida e a um aumento da morbilidade

CASO CLÍNICO

Mulher, 87 anos, com antecedentes de tireoidectomia total por carcinoma papilar (pT1bNx, com 1,5 cm, com invasão da cápsula, mas sem angioinvasão), era seguida em consulta de Cirurgia Oncológica. Por aumento dos valores de tiroglobulina e anticorpos antitiroideos, 8 anos após o diagnóstico inicial, realizou tomografia computadorizada (TC) cervical, que não revelou alterações, e cintigrafia com I¹³¹ que demonstrou 3 focos de hipercaptação na região cervical anterior e à esquerda, compatíveis com tecido tiroideu. Nesse contexto iniciou terapêutica ablativa com I¹³¹. Na cintigrafia de controlo ao 8º dia de tratamento foi descoberto novo foco hipercaptante na omoplata esquerda. Na RMN confirma-se a presença de lesão lítica no bordo postero-superior e medial da omoplata, com 20mm. A lesão foi posteriormente biopsada, confirmando-se metástase de carcinoma papilar. O TC-TAP não revelou mais lesões suspeitas. A lesão teve boa resposta ao tratamento com I¹³¹, mantendo-se o seguimento em consulta

CONCLUSÃO

O PTC dissemina-se, preferencialmente, por via linfática, com elevada incidência de metástases ganglionares cervicais. Contudo, em casos mais avançados ou com características histológicas agressivas, pode ocorrer disseminação hematogénea. As metástases ósseas surgem com maior frequência em doentes com idade superior a 45 anos, tumores de maior dimensão, invasão angiolinfática e variantes histológicas mais agressivas, como a variante de células altas ou a variante esclerosante difusa. A sobrevivência global dos doentes com este tipo de disseminação reduz-se consideravelmente. Um dos principais fatores que condicionam este desfecho é a refratariedade de grande parte destas metástases à terapêutica com iodo radioativo, a qual constitui a base do tratamento da doença metastática diferenciada da tiroide. Apesar dos avanços terapêuticos, a presença de metástases ósseas continua a representar um desafio clínico importante no carcinoma papilar da tiroide

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28551)

TIROIDECTOMIA TOTAL URGENTE POR TIREOTOXICOSE REFRATÁRIA INDUZIDA PELA AMIODARONA: CASO CLÍNICO

Tomás Matos Nunes¹; Miguel Trigo Silvestre¹; André Garcia¹; Rita Roque¹; Carlos Nascimento¹

1. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

A amiodarona (Amd) é um fármaco antiarrítmico, amplamente utilizado no tratamento de arritmias com risco de vida, como a taquicardia ventricular (TV). A nível molecular, a Amd é rica em iodo, sendo que uma dose habitual contém cerca de 100 vezes a ingestão diária recomendada de iodo. Uma limitação da Amd é a indução de disfunções tiroideias, como a tireotoxicose induzida pela Amd (TIA), que ocorre em 6% dos doentes medicados com este fármaco. A TIA pode, paradoxalmente, agravar/desencadear arritmias, tornando a gestão clínica – cardiológica e endócrina – complexa. Embora a tireoidectomia total (TT) esteja associada a maiores riscos na TIA, relativamente às outras indicações de TT, apresentando uma mortalidade perioperatória de 9%-10%, o adiamento desta apresenta um risco de mortalidade ainda maior.

CASO CLÍNICO

Homem de 49 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca esquerda de etiologia isquémica. Em 2019 implantou-se um cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI), por tempestade arrítmica e ablação de TV. Iniciou Amd 200 mg/dia desde então. Cinco anos depois, recorreu ao Serviço de Urgência (SU), após choque do CDI, por TV monomórfica (TVMM). Analiticamente apresentava hipertiroidismo grave: fT4: 76 pmol/L; fT3:18,1 pmol/L e TSH:0,032 mIU/L. Administrou-se um bólus de Amd, sem arritmias de novo. Foi internado na Cardiologia com apoio da Endocrinologia, iniciou-se metimazol (Mtz) e suspendeu-se a Amd. Os anticorpos antitiroideos foram negativos e a ecografia mostrou um bócio bilateral, sem nódulos. Foi assumido TIA. Dada a manutenção elevada dos níveis hormonais (NH), aumentou-se o Mtz para 60 mg/dia e iniciou-se prednisolona (Pdn), titulada até 60 mg/dia. Pela refratariedade laboratorial e novo episódio arrítmico, iniciou plasmaferese terapêutica. Após três sessões, não houve melhoria significativa dos NH. Face à persistência do quadro e ao risco de recorrência de arritmias potencialmente fatais, realizou-se TT urgente. No intra-operatório objetivou-se uma tiróide hipertrofiada e acastanhada. A peça de TT foi compatível com o diagnóstico de TIA. No pós-operatório (PO), desmamou-se a Pdn e suspendeu-se o Mtz. Pela descida marcada dos NH e dada a estabilização clínica, o doente teve alta no 4º dia PO, medicado com levotiroxina.

CONCLUSÃO

Este caso evidencia a complexidade do tratamento da TIA em doentes com risco arrítmico elevado. A terapêutica médica é a abordagem inicial, contudo, deve considerar-se precocemente a TT em casos refratários, de forma a prevenir complicações fatais.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28561)

NEUROMONITORIZAÇÃO NA CIRURGIA TIROIDEIA: PERSPECTIVA PORTUGUESA

Luis Castro¹; Marta Alexandre Silva¹; Alexandra Melo Antunes¹; Ana Sofia Cavadas¹; Ricardo Pereira¹; Mário Reis¹

1. ULS Braga, Braga, Lisboa

INTRODUÇÃO

A cirurgia tiroideia é uma das mais frequentes na prática de cirurgia endócrina. A lesão do nervo laríngeo recorrente (NLR) é uma complicação relevante, com impacto funcional importante. A neuromonitorização intraoperatória tem vindo a ser usada como ferramenta para melhorar a identificação e preservação funcional do NLR, mas a sua utilização em Portugal permanece pouco caracterizada. O objetivo do estudo foi avaliar a prática nacional no uso da neuromonitorização em cirurgia tiroideia, incluindo disponibilidade de equipamento, tipo e frequência de uso, formação dos profissionais e impacto na avaliação pós-operatória.

MÉTODOS

Foi realizado um inquérito dirigido a cirurgiões de 23 centros hospitalares portugueses. Recolheram-se dados sobre estrutura das equipas, volume cirúrgico, disponibilidade e utilização de neuromonitor, formação em neuromonitorização, métodos de avaliação pós-operatória da mobilidade das cordas vocais e taxas reportadas de lesão do NLR.

RESULTADOS

Dos centros, 87% tinham grupos dedicados à cirurgia de cabeça e pescoço/endócrina. A média anual foi de 144 procedimentos por centro. A neuromonitorização estava disponível em 74% dos centros, sendo utilizada de forma intermitente em 95% dos casos. Apenas 26% utilizavam-na sistematicamente, 57% em casos selecionados. A formação mostrou-se heterogénea: 21% apenas teórica, 32% promovida por farmacêuticas e 21% por entidades internacionais. Apenas 14% dos centros realizavam avaliação sistemática da mobilidade das cordas vocais no pós-operatório. As taxas de lesão do NLR variaram, com maioria entre 1,5%–4%, mas com limitada acuidade de registo.

CONCLUSÃO

A neuromonitorização está amplamente disseminada em Portugal, com uso em mais de 80% dos centros. A sua aplicação é maioritariamente seletiva e intermitente, com importantes assimetrias na formação e na avaliação de resultados. A padronização da formação e da monitorização pós-operatória poderá contribuir para maior segurança e qualidade na cirurgia tiroideia.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28573)

COM UM OLHO NA TIROIDE: ORBITOPATIA UNILATERAL COMO APRESENTAÇÃO DA SÍNDROME DE MARINE-LENHART

Catarina Viveiros¹

1. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

INTRODUÇÃO

A síndrome de Marine-Lenhart (SML), entidade rara, é caracterizada pela coexistência de doença de Graves (DG) com um ou mais nódulos tiroideus hiperfuncionantes. A fisiopatologia, não totalmente esclarecida, envolve a estimulação difusa da glândula tiroideia por imunoglobulinas estimulantes do recetor da TSH, associada a mutações no recetor da TSH ou no gene *GNAS*. Clinicamente, manifesta-se por sinais e sintomas de tirotoxicose, bócio difuso e presença de um ou mais nódulos tiroideus palpáveis. A orbitopatia associada à DG também pode estar presente, manifestando-se habitualmente com exoftalmia bilateral. Descreve-se um caso de SML com orbitopatia unilateral, com particular ênfase para a sua abordagem diagnóstica e terapêutica.

CASO CLÍNICO

Mulher de 49 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, enviada à consulta por hipertireoidismo clínico. Ao exame objetivo, apresentava exoftalmia esquerda e tiroide de dimensões aumentadas, com um nódulo palpável no lobo direito. A pesquisa de autoanticorpos evidenciou TRABs positivos e a cintigrafia mostrou captação aumentada, heterogénea e difusa do radiofármaco, com nódulo hiperfuncionante no lobo direito. A ecografia documentou uma glândula heterogénea de dimensões aumentadas, com nódulos hiperecoicos bilaterais, o maior com 2 cm, à direita. A tomografia computadorizada (TC) das órbitas revelou proptose do globo ocular esquerdo, sem evidência de complicações extraoculares ou outras lesões. Estabelecido o diagnóstico de SML, foram discutidas as diferentes opções terapêuticas, prosseguindo para tratamento definitivo, tireoidectomia total, que decorreu sem intercorrências. A histologia mostrou achados de hiperplasia difusa, compatível com o diagnóstico.

CONCLUSÃO

Este caso destaca a apresentação incomum da SML, com orbitopatia unilateral e a importância de um elevado grau de suspeição para o seu diagnóstico. A tireoidectomia total é o tratamento definitivo e eficaz da síndrome, estando particularmente recomendada nos casos associados a orbitopatia, sendo também uma opção na presença de sintomas compressivos, resposta inadequada ou contraindicação à terapêutica antitiroideia ou iodo radioativo. A abordagem multidisciplinar é crucial para obter os melhores *outcomes*.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28578)

7 ANOS DE CIRURGIA DA TIROIDE COM UTILIZAÇÃO DE NEUROMONITORIZAÇÃO INTRAOPERATÓRIA

Jéssica Ricardo¹; Miguel Allen^{1,2,3}; Diana Stoian¹; Mariana Claro¹; Andreia Ferreira¹; José Augusto Martins¹

- 1. Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, , Portugal
- 2. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal
- 3. Católica Medical School, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

A cirurgia da tiroide é uma das intervenções mais comuns em cirurgia endócrina. A análise da casuística institucional permite avaliar práticas, identificar padrões e otimizar cuidados, nomeadamente na introdução de novas tecnologias como a neuromonitorização intraoperatória (NMIO). O objetivo do estudo foi caracterizar a população submetida a cirurgia da tiroide entre 2018 e 2024, tipificar os procedimentos realizados e descrever as principais complicações pós-operatórias.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, descritivo, com base na revisão dos registos clínicos de 185 doentes submetidos a cirurgia da tiroide. Foram analisados dados demográficos, diagnóstico, tipo de cirurgia, utilização da NMIO e complicações cirúrgicas.

RESULTADOS

Foram incluídos 185 doentes (86% do sexo feminino), com idade média de 57,5 anos, com diagnóstico histopatológico benigno em 87% e maligno em 13% dos casos. Foram realizadas 80 tireoidectomias totais, 100 hemitireoidectomias e 5 totalizações, somando 265 nervos laríngeos recorrentes em risco (NLRR). Foi utilizada NMIO em 0% das cirurgias realizadas em 2018, 12% em 2019, 5% em 2020, 4% em 2021, 16% em 2022, 15% em 2023 e 79% em 2024. Foram registados 6 casos de parésia transitória do NLR, 1 deles com NMIO e 1 caso de parésia definitiva do NLR, sem recurso a NMIO, resultando numa taxa global de parésia transitória de 2,26% (6/265 NLRR) e definitiva de 0,38% (1/265 NLRR). Na coorte de doentes operados com NMIO (n=37, 50 NLRR) ocorreu parésia transitória em 2% (1/50 NLRR) e definitiva em 0%. Na coorte de doentes operados sem NMIO (n=148, 215 NLRR) ocorreu parésia transitória em 2,33% (5/215 NLRR) e definitiva em 0,47% (1/215 NLRR). As complicações registadas incluíram hipocalcemia transitória em 9,7% dos casos, hemorragia/hematoma em 1,1% e seroma em 0,5%. Não foram registadas complicações com necessidade de reintervenção cirúrgica.

CONCLUSÃO

Estes resultados sustentam a prática cirúrgica instituída e reforçam a importância da monitorização contínua da casuística.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.
© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28581)

"STONES, BONES, ABDOMINAL GROANS AND PSYCHIATRIC MOANS" – UMA EMERGÊNCIA ENDOCRINOLÓGICA

Carla Peres¹; Filipe Furtado¹; Rafael Carvalho¹; Miguel Silvestre¹; Rita Roque¹

1. ULSLO – Unidade Funcional de Cirurgia Endócrina, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

As patologias endocrinológicas raramente configuram emergências cirúrgicas. A crise hipercalcémica, mais frequentemente associada ao hiperparatiroidismo primário (HPT), pode constituir uma delas. Esta é caracterizada por calcémia superior a 14 mg/dL, associada a disfunção multiorgânica. Apesar de mais de 80% dos casos de HPT serem assintomáticos, os sintomas habitualmente se relacionam com perda de densidade mineral óssea e aumento do risco de fratura; litíase renal (< 20% dos casos); diminuição da TFG; aumento da mortalidade de causa cardiovascular (HTA, HVE, disfunção sistólica); e alterações neurocognitivas que podem culminar em alteração do estado de consciência e fraqueza neuromuscular (menos comuns). A causa mais frequente é um adenoma paratiroideu ou, mais raro, o carcinoma da paratiroide. O tratamento inicial da hipercalcémia aguda é conservador, com recurso a calcimiméticos, bifosfonatos e se necessária indução de técnica dialítica, sendo raros os casos de hipercalcémia grave refratária, onde é necessária intervenção cirúrgica com paratiroidectomia urgente.

CASO CLÍNICO

Doente de 64 anos, sexo masculino. Admitido em contexto de urgência por prostração, fasciculações, náuseas e vômitos. À admissão destacava-se analiticamente uma calcémia de 16 mg/dL e alteração da creatinina compatível com lesão renal aguda. O dosemento da PTH era 1200 pg/mL. O estudo complementar evidenciou nódulo posterior ao lobo esquerdo da tiroide em TC do pescoço coincidente com zona de hipercaptação em cintigrafia paratiroideia com sestamibi ⁹⁹ Tc. Apesar de medicado com cinecalcet e ácido zolendróico, constatou-se agravamento clínico com necessidade de indução de hemodiálise, que manteve diariamente sem controlo da hipercalcémia que atingiu um máximo de 19,7 mg/dL, com fosfato sérico 6,6 mg/dL e PTH 1705 pg/mL. Neste momento, tendo em conta o difícil controlo com terapêutica médica e o agravamento clínico, foi proposto para cirurgia urgente, tendo sido submetido a paratiroidectomia seletiva em bloco com lobectomia esquerda da tiroide. A histopatologia confirmou um adenoma oncocítico da paratiróide. Clinicamente o doente evoluiu favoravelmente com remissão total dos sintomas e normalização iónica.

CONCLUSÃO

As neoplasias oncocíticas da paratiroide são lesões funcionais associadas a aumento da PTH e cálcio séricos. A crise hipercalcémica por HPT é rara e constitui uma emergência endocrinológica, cujo tratamento cirúrgico pode ser imperativo e curativo.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28583)

PAPILLARY THYROID CARCINOMA IN BRANCHIAL CLEFT CYST: A TWO-CASE SINGLE-CENTER EXPERIENCE

Teresa Lindo²; Carla Quental²; Ana Lúcia Alves²; José Guilherme Tralhão²; **Adriana Rodrigues Ferreira^{1,2}**

1. Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra, Portugal

2. ULS Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

A tiroide, com origem na endoderme, migra caudalmente até à sua posição final, anterior ao osso hioide. O tecido tiroideu ectópico resulta da migração anómala, podendo localizar-se em diferentes regiões. O aparelho branquial forma-se entre a 4.^a e a 7.^a semana gestacionais e a falência da sua obliteração pode dar origem a remanescentes persistentes, como é o caso dos quistos branquiais (QB). O carcinoma papilar da tiroide (CPT) é a neoplasia tiroideia mais frequente, tem um comportamento indolente com disseminação linfática e a sua abordagem terapêutica tem vindo a tornar-se mais conservadora. A ocorrência de CPT num QB é extremamente rara e levanta desafios diagnósticos e terapêuticos específicos. O nosso objetivo foi caracterizar a experiência do nosso hospital em casos de CPT em QB, contribuindo para a escassa literatura sobre esta entidade.

CASOS CLÍNICOS

Foram identificados dois casos.

Caso 1: Homem, 63 anos, com tumefação laterocervical direita, inicialmente diagnosticada como QB do segundo arco. A histologia revelou carcinoma papilar no quisto, provavelmente associado a tecido tiroideu ectópico, embora não tenha sido possível excluir doença metastática. A avaliação imagiológica tiroideia inicial foi normal. Após tiroidectomia, foi identificado um microcarcinoma papilar incidental de 0,9 mm. O doente realizou ablação com iodo radioativo (RAI) e atualmente encontra-se em seguimento sem evidência de doença.

Caso 2: Homem, 43 anos, submetido a excisão de massa cervical direita, histologicamente identificada como QB com carcinoma papilar. Não foi possível determinar se se tratava de tumor primário ou metástase. A investigação adicional revelou um nódulo tiroideu (FLUS) e adenopatia cervical. A tiroidectomia total com esvaziamento cervical confirmou um CPT de 12 mm com metastização ganglionar (pT3N1bMx). O doente realizou RAI e atualmente encontra-se em seguimento sem evidência de doença. Incluindo os dois casos reportados e 27 identificados na literatura através da pesquisa na PubMed com as palavras-chave "Papillary thyroid carcinoma" E "Branchial cleft cyst", totalizam-se 29 casos. O principal desafio reside em distinguir entre um carcinoma metastático de origem tiroideia oculta e um tumor primário com origem em QB. Estes casos reforçam a importância de considerar esta entidade rara na avaliação de lesões quísticas cervicais laterais.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28586)

HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO (HPT I) EM DOENTES COM NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA (MEN1)

Ricardo Santos¹; Ana Velez¹; Maria João Amaral¹; Mariana Lemos¹; Catarina Lopes¹; José Guilherme Tralhão¹

1. ULS Coimbra – Serviço de Cirurgia Geral, Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

A neoplasia endócrina múltipla tipo 1 (MEN1) é uma condição genética rara, causada por uma mutação no gene *MEN1*. A alteração neste gene supressor tumoral leva ao desenvolvimento de tumores, sendo os mais comuns na hipófise, nas glândulas paratiroides e no pâncreas. É uma doença autossómica dominante. O HPT I é geralmente a primeira e mais frequente manifestação clínica na MEN1, ocorrendo em até 95% dos doentes, sendo a cirurgia considerada o tratamento de eleição.

CASO CLÍNICO

Homem com 56 anos (A) referenciado ao nosso centro em 2021 por HPT I em contexto de MEN 1 previamente submetido a paratiroidectomia inferior direita (mai. 2015). Foi submetido a paratiroidectomia subtotal e timectomia (jan. 2022) com resultado histológico (EAP) de tecido paratiroideu hiper celular e parênquima tímico com morfologia mantida. Antecedentes pessoais (AP): macroadenoma hipofisário submetido a cirurgia (mai. 2014); insulinoma da cauda do pâncreas submetido a pancreatectomia distal (ago. 2014) e doença renal poliquística (DRP) atualmente sob hemodiálise. Antecedentes familiares: pai falecido aos 60A e mãe falecida aos 58A por AVC; cinco irmãos (3 e 2) dos quais uma irmã e um irmão com MEN1; uma irmã com DRP transplantada renal; sobrinha com MEN1 e DRP. Duas filhas ambas com MEN1 avaliadas, tratadas e seguidas no nosso centro:

- PSM de 30A com HPT I submetida a paratiroidectomia subtotal (3+1/2 gL.) (abr. 2022), EAP paratiroide hiper celular com nódulo sugestivo de adenoma (paratiroide superior esquerda) e restantes com tecido paratiroideu hiper celular. AP: macroprolactinoma (sob tratamento com carbegolina), leiomiossarcoma do íleon submetido a enterectomia segmentar (2011) e suspeita de TNE pancreático em estudo.
- JSA de 25A com HPT I submetida a paratiroidectomia total (4 gLs) com timectomia parcial (mai. 2025) com EAP de paratiroides hiper celulares (4) e tecido tímico com morfologia mantida; artéria subclávia direita com trajeto retro-esofágico. AP: microadenoma hipofisário, DRP, CIA corrigida cirurgicamente (out. 2005).

CONCLUSÃO

O rastreio bioquímico para o HPT deve ser realizado regularmente em portadores de MEN1, nos quais o HPT pode ter um início mais precoce (antes dos 30A). A cirurgia está indicada para tratar e prevenir as complicações do HPT. O timing ideal para a cirurgia permanece controverso e deve ser avaliado caso a caso, requer um envolvimento multidisciplinar com um acompanhamento a longo prazo para monitorizar a persistência ou recorrência após cirurgia, idealmente num centro de referência.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28599)

10 ANOS DE EXPERIÊNCIA EM CIRURGIA DA PARATIROIDE PARA O TRATAMENTO DO HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO

Bruno Vieira¹; Carlos Santos¹; Gonçalo Guidí¹; Ana Ribeiro¹; João Pinto de Sousa¹

1. Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

INTRODUÇÃO

A cirurgia é o tratamento de escolha para a maioria dos pacientes com hiperparatiroidismo primário (PHPT). Atualmente, a paratiroidectomia minimamente invasiva é o método cirúrgico preferido, especialmente em pacientes cuja patologia é localizada por modalidades de imagem pré-operatórias. O objetivo deste estudo é mostrar a experiência de um único centro português no tratamento cirúrgico do hiperparatiroidismo primário.

MÉTODOS

Estudo coorte, retrospectivo, unicêntrico, de 54 casos de doentes submetidos a paratiroidectomia para o tratamento do hiperparatiroidismo primário entre janeiro de 2014 e dezembro de 2024, na nossa instituição. Foram incluídos apenas os doentes com o diagnóstico de hiperparatiroidismo primário e que apresentavam o estudo de localização por imagem pré-operatória das glândulas paratiróides. Foram recolhidos os dados até aos 12 meses de seguimento pós-operatório.

RESULTADOS

Foram realizadas 54 paratiroidectomias para o tratamento de doentes com hiperparatiroidismo primário na nossa instituição. Quarenta e oito doentes intervencionados foram mulheres (89%) e 6 foram homens (11%). A idade média de apresentação da doença foi 61 anos. Na data de diagnóstico, 75% dos doentes eram sintomáticos e 25% dos doentes eram assintomáticos. Existiram 56 glândulas anormais nesta amostra de 54 doentes: 52 doentes apresentaram nódulos solitários e 2 doentes apresentaram nódulos múltiplos. A ecografia localizou os adenomas em 48 dos 52 doentes com adenomas paratiróides únicos e conseguiu localizar 2 dos 4 adenomas nos dois doentes com adenomas paratiróides múltiplos. A cintigrafia localizou os adenomas em todos os 52 doentes com adenomas paratiróides únicos e conseguiu localizar 3 dos 4 adenomas nos dois doentes com adenomas paratiróides múltiplos. Em 52 doentes foi realizada a medição intraoperatória de PTH. Em 52 doentes foi realizada a remoção de uma glândula paratiróide. Em 2 doentes foi realizada a remoção de duas glândulas. Na avaliação anatomopatológica, 48 doentes (89%) apresentaram peça cirúrgica compatível com adenoma da paratiróide, 4 doentes (7%) apresentaram hiperplasia da glândula tiroide e 2 doentes (4%) não apresentaram de tecido paratiróide na análise. Quanto às complicações pós-operatórias, 5 doentes (9%) apresentaram complicação: 4 doentes apresentaram-se com hipocalcemia transitória e 1 doente apresentou parésia transitória da corda vocal. Não houve mortalidade associada ao procedimento. No total de 54 doentes intervencionados, 52 doentes ficaram curados (96%).

CONCLUSÃO

Considerando a baixa incidência de hiperparatiroidismo, postulamos que este estudo tem significado clínico para o campo da cirurgia, especialmente em Portugal.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.
© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28608)

CARCINOMA PAPILAR DA TIRÓIDE PERDIDO: TECIDO TIROIDEU ECTÓPICO EM QUISTO BRANQUIAL

Catarina Corrêa Figueira¹; Estela Rino¹; Inês Neves¹; Mafalda Sousa Fernandes¹; Marisa Peralta Ferreira¹; Marta Dos Santos¹; Rita Garrido¹

1. Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

INTRODUÇÃO

O tecido tiroideu ectópico pode ser definido como tecido tiroideu funcional localizado fora da posição anatómica normal. Identificado em cerca de 7% dos adultos, maioritariamente situado ao longo do trajeto do canal tireoglosso ou em torno dos dois lobos da glândula tiroideia. O quisto branquial resulta do desenvolvimento anómalo da fenda branquial durante o período fetal, manifestando-se frequentemente como nódulo cervical lateral no jovem adulto. O desenvolvimento de carcinoma papilar da tiroide num quisto branquial é excecionalmente raro, resultando, na maioria dos casos, de disseminação metastática a partir de um tumor primário da tiroide.

CASO CLÍNICO

Mulher, 31 anos, autónoma, previamente saudável, referenciada à consulta de Cirurgia Geral em Julho de 2017 por nódulo cervical lateral à direita. A ecografia tiroideia mostrou 3 nódulos hipoeecogénicos no lobo direito (<1cm). A TC cervical revelou massa supra-hioideia, subjacente ao músculo esternocleidomastoideu direito, compatível com quisto branquial ou malformação linfática. Submetida a excisão cirúrgica da lesão em fevereiro de 2018, sem intercorrências. Histologicamente sugestivo de metástase ganglionar de CPT. A citologia aspirativa por agulha fina do nódulo tiroideu de maior dimensão e de gânglio cervical revelou bócio colóide e hiperplasia reativa, respetivamente. A revisão de exames anatomopatológicos revelou a presença de corpos psamomatosos e epitélio pavimentoso (p63 positivo), compatível com tumor primário da tiroide em localização ectópica, não metástase ganglionar. Em consulta multidisciplinar, proposta para vigilância clínica e imagiológica. Após 7 anos de seguimento, mantém-se clinicamente assintomática, sem alteração da função tiroideia ou ecografia tiroideia realizadas em Maio de 2025.

CONCLUSÃO

A identificação de carcinoma papilar da tiroide num quisto branquial é extremamente rara, sendo a suspeita precoce fundamental para uma abordagem adequada. Frequentemente associado a carcinoma papilar de tiróide oculto, o diagnóstico diferencial entre lesão primária e metástase requer suspeição clínica e cuidadosa avaliação anatomopatológica, permitindo a adequação da estratégia terapêutica. Este caso contribui para ressaltar a necessidade de considerar neoplasias malignas na avaliação de massas cervicais atípicas, salientando a importância do estudo histopatológico e da abordagem multidisciplinar.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28612)

O PESO DO CÁLCIO: HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Tiago Pereira Da Silva¹; Catarina Viveiros¹; Bruno Santos¹; Luís Castro Neves¹; Isabel Marques¹

1. Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

INTRODUÇÃO

O hiperparatiroidismo primário (HPTP) pós-bypass gástrico é um diagnóstico incomum, sendo mais frequente a ocorrência de hiperparatiroidismo secundário nesse contexto, associado a alterações da absorção de cálcio e vitamina D. Distinguir primário de secundário ou terciário pode ser desafiador, sendo fundamental o seu diagnóstico assertivo, assim como a realização de um estudo de localização adequado, com vista à definição da melhor abordagem terapêutica do doente.

CASO CLÍNICO

Mulher de 33 anos, com antecedentes de bypass gástrico, referenciada por hipercalcemia (cálcio corrigido 10,8 mg/dL) e hormona paratiroideia (PTH) elevada (147 pg/mL). Níveis de fósforo e 25-hidroxivitamina D normais. Calciúria de 33,3 mEq/24h. O estudo genético para *MEN1*, *RET*, *CDC73* e *CCND1* sem alterações. Sem evidência de nefrolitíase no estudo ecográfico nem alterações na densitometria óssea. A ecografia cervical revelou imagem nodular hipoecogénica junto ao polo superior do lobo direito da tiroide, compatível com adenoma paratiroideu. A cintigrafia paratiroideia com sestamibi a corroborar suspeita ecográfica com foco hipercaptante do radiofármaco na mesma localização. Foi submetida a paratiroidectomia superior direita, com descida de 88% da PTH intraoperatória (critérios de Miami), confirmando-se a cura cirúrgica. A histologia confirmou tratar-se de um adenoma da paratiroide. Manteve seguimento de 1 ano sem complicações, sem evidência de recidiva da doença.

CONCLUSÃO

Este caso ilustra a importância de um adequado acompanhamento do metabolismo mineral em doentes pós-bypass gástrico. O diagnóstico de hiperparatiroidismo primário pode ser subdiagnosticado nesta população, sobretudo se os níveis de cálcio forem normais ou baixos devido à má absorção, sendo fundamental o conhecimento do metabolismo fosfocálcio para o seu diagnóstico. A paratiroidectomia constitui o único tratamento curativo, sendo a cirurgia dirigida, com base em imagens pré-operatórias concordantes, a abordagem preferencial.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28620)

ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS MÉTODOS DE IMAGEM NA LOCALIZAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DAS GLÂNDULAS PARATIROIDES

Mara Nunes¹; Virgínia Soares¹; Pedro Valente¹; António Taveira Gomes¹; Daniela Macedo Alves¹

1. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

INTRODUÇÃO

A paratiroidectomia é o único tratamento curativo do hiperparatiroidismo primário. Nas últimas décadas, a exploração cervical foi, em grande parte, substituída por uma abordagem dirigida, ou minimamente invasiva, graças à localização imagiológica pré-operatória das glândulas responsáveis. No entanto, a precisão dos diferentes métodos de imagem não é consensual, existindo uma grande variação regional e institucional. O nosso objetivo foi avaliar o desempenho dos diferentes métodos de imagem na localização pré-operatória das glândulas paratiroides em doentes com hiperparatiroidismo primário.

MÉTODOS

Estudo de coorte retrospectivo de todos os doentes submetidos a paratiroidectomia por hiperparatiroidismo primário entre 2022 e 2025. Foram colhidos os seguintes dados: idade, sexo, antecedentes cirúrgicos, cirurgia realizada, exames de localização e respetivos resultados, doseamento intraoperatório de paratormona (PTH) e resultado histológico.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Foram incluídos 30 doentes. A idade mediana era de 70 anos (55,3; 73) e 26 (86,7%) eram do sexo feminino. Quatro (13,3%) tinham antecedentes de cirurgia cervical. Todos realizaram ecografia pré-operatória (100%), com localização em 12 (40%); 29 (96,7%) realizaram cintigrafia, com localização em 19 (63,3%); 4 (13,3%) realizaram TC 4D, com localização em 2 (6,7%); 7 (23,3%) realizam PET 18F-Colina, com localização em 7 (23,3%). A ecografia e a cintigrafia foram positivas e concordantes em 12 (40%). Em 10 (33,3%), ambas foram negativas, dos quais 7 (23,3%) realizaram PET 18F-Colina e 3 (10%) foram submetidos a exploração cervical. A cirurgia foi uniglandular em 22 (73,3%) e 5 (16,7%) realizam exploração cervical com exérese de 2 ou mais glândulas. A redução de PTH intraoperatória foi <50% em 2 (6,7%) casos, ambos com ecografia e cintigrafia localizadoras. O resultado histológico foi de adenoma/ hiperplasia das paratiroides em todos os casos (100%). A sensibilidade dos exames de localização foi de 36,7% para a ecografia, 58,6% para a cintigrafia, 50% para a TC 4D e 100% para a PET 18F-Colina. Em 40% dos casos, a combinação de ecografia cervical com cintigrafia permitiu a localização, com um resultado histológico concordante. A PET 18F-Colina foi localizadora em todos os casos, sendo útil enquanto exame de 2ª linha. Estes métodos apresentam uma baixa sensibilidade para doença multiglandular, o que deve ser tido em conta na abordagem cirúrgica.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28625)

RESULTADO INESPERADO APÓS EXCIÇÃO DE LINFANGIOMA

Sara Brito¹; Marta Carvalho¹; Luísa Magno¹; Joana Antunes¹; Joana Magalhães¹; Florinda Cardoso¹; Alexandre Alves¹; Teresa Santos¹; Mário Nora¹

1. Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga (CHEDV), Santa Maria da Feira, Portugal

INTRODUÇÃO

O carcinoma papilar é o tipo mais comum de cancro da tiroide. Apesar de tipicamente ter um comportamento menos agressivo, com um crescimento mais indolente, pode metastizar para os gânglios linfáticos cervicais.

CASO CLÍNICO

Homem de 55 anos é encaminhado para a Consulta de Cirurgia para estudo de tumefação supraclavicular esquerda, com dor local. Ao exame objetivo, apresenta uma tumefação elástica, de limites mal definidos, nos níveis III, IV e V da região cervical esquerda. RM descreve 2 lesões nodulares quísticas septadas, com contornos regulares, de 65x40 mm e 12x16 mm. Tiroide sem alterações suspeitas. Perante a possibilidade de se tratar de uma malformação linfática macroquística, foi realizada biópsia aspirativa. O exame citológico revelou processo inflamatório rico em macrófagos, sem sinais de malignidade. Assim, o paciente foi proposto para excisão do linfangioma cervical. Intraoperatoriamente, identificaram-se 2 tumefações com 6x4 cm e 3x1,5 cm na região cervical esquerda, que foram excisadas juntamente com 2 gânglios linfáticos. O exame extemporâneo não apresentava evidência de malignidade. O exame histológico definitivo veio a confirmar envolvimento ganglionar por neoplasia epitelial com características de carcinoma papilar da tiroide cístico, com diferenciação pavimentosa. Foi realizada nova ecografia com identificação de 2 nódulos tiroideus suspeitos infracentrímetros nos 2 lobos e vários gânglios linfáticos suspeitos nos níveis IIA, III, IV e VI. Foi proposta para tireoidectomia total com esvaziamento cervical níveis II a V.

CONCLUSÃO

O subtipo cístico do carcinoma papilar aparenta uma imagem benigna nos estudos imagiológicos, apesar da presença de células malignas, e a biópsia aspirativa pode ser pouco representativa. Assim, o seu diagnóstico pode ser desafiante e deve haver uma elevada suspeição clínica. Apesar de pouco comum, o carcinoma papilar da tiróide pode apresentar-se como uma tumefação cervical lateral, compatível com uma lesão cística.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28626)

ADENOMA GIGANTE DA PARATIRÓIDE: UMA CAUSA RARA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO

Sara Brito¹; Inês Mota Pinto¹; Luísa Magno¹; Joana Antunes¹; Joana Magalhães¹; Florinda Cardoso¹; Alexandre Alves¹; Teresa Santos¹; Mário Nora¹

1. ULS de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

INTRODUÇÃO

Os adenomas gigantes da paratiróide são definidos como sendo adenomas mais pesados do que 3,5 g ou maiores do que 3 cm. São uma causa rara de hiperparatiroidismo primário, correspondendo a <5% de todos os adenomas paratiróideus. Pode causar osteoporose e pancreatite.

CASO CLÍNICO

Mulher de 75 anos esteve internada no Serviço de Cirurgia Geral com pancreatite aguda litiásica. No estudo decorrente, foi descoberto quadro de hiperparatiroidismo primário: PTH de 33 e cálcio de 14. Ecografia relevou formação nodular sólida, hipoeecogénica, com 35*19*16 mm compatível com lesão da paratiróide inferior esquerda. Cintigrafia das paratiróides demonstrou captação anómala do radiofármaco numa formação alongada, sugestiva de tecido paratiróideu hiperfuncionante. Foi detetada osteoporose por densitometria óssea e excluída litíase renal por ecografia. A utente foi submetida a paratiróidectomia inferior esquerda, que decorreu sem complicações. Intraoperatoriamente, constatou-se extensão da paratiróide até ao mediastino superior, o que tornou a exérese desafiadora. EAP compatível com adenoma.

CONCLUSÃO

O hiperparatiroidismo primário é uma doença com um curso silencioso, fazendo com que seja subdiagnosticada. Assim, a suspeição clínica, principalmente após casos de pancreatite aguda, é essencial. Os adenomas gigantes da paratiróide são causas raras de hiperparatiroidismo primário que, devido às suas grandes dimensões, podem constituir verdadeiros desafios para os cirurgiões.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28627)

O VALOR DIAGNÓSTICO DA CALCITONINA EM NÓDULOS TIROIDEUS: DISCUSSÃO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Miguel Lopes Das Neves¹; Inês Gonçalves¹; Irma Sá Gomes¹; Ana Alves Rafael¹; Rui Manuel Mendes¹; Fátima Borges Coelho¹

1. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

O carcinoma medular da tiróide (CMT) é um tumor neuroendócrino raro, frequentemente diagnosticado em estágios avançados e com mau prognóstico. O diagnóstico é desafiante e a ecografia e citologia por agulha fina (CAAF) frequentemente não são conclusivas. A produção de calcitonina caracteriza este tumor, podendo o seu doseamento contribuir para o diagnóstico precoce, embora o seu uso rotineiro seja controverso..

CASO CLÍNICO

Homem de 47 anos, com seguimento prévio fora do SNS, com nódulo no lobo direito (LD) com 5 anos de evolução e crescimento rápido nos últimos 8 meses. Negava antecedentes relevantes, sintomas sistémicos ou compressivos. A ecografia revelou nódulo LD, regular, halo hipocogénico de 5x3,8 cm (EU-TIRADS3) e nódulo sólido de 0,9x0,6 cm no lobo esquerdo (LE). A CAAF do nódulo do LD indicou bócio colóide. A cintigrafia tiroideia revelou nódulo frio do LD e pequeno nódulo quente do LE. Analiticamente TSH 0,87 mUI/L, T4L 1,18 ng/dL, anti-TG negativos. O doseamento da calcitonina sérica revelou-se 2635 pg/mL. Fez citologia de ambos os nódulos: LD com padrão sugestivo de tiroidite linfocítica, classificado como atipia de significado indeterminado (ASI) e no esquerdo compatível com CMT. O restante estudo excluiu feocromocitoma e não demonstrou secundarização ganglionar suspeita. Em reunião multidisciplinar, decidiu-se nova CAAF do nódulo do LD, que revelou achados coerentes com CMT e calcitonina no lavado >20 000pg/ml. Optou-se por tiroidectomia total com esvaziamento do compartimento central bilateral, que decorreu sem intercorrências. A análise histopatológica confirmou CMT multifocal, bilateral, com metástases no nível VI, sem invasão extratiroideia ou linfovascular, pT3a(m)N1a. A investigação genética detectou a variante c.2410G>A heterozigótica no gene *RET*.

CONCLUSÃO

O caso levanta várias questões sobre a abordagem ao CMT e o valor da calcitonina. Foram feitas duas CAAFs no nódulo do LD: uma benigna e outra ASI. De facto, mesmo quando a CAAF é realizada, apenas 50%-60% permitem confirmação diagnóstica. Adicionalmente, a investigação no nódulo do LE só foi realizada após o valor de calcitonina aumentado. Na ausência deste dado, poderia ter sido adiada, perdendo-se tempo com impacto no prognóstico, sendo o diagnóstico pré-operatório e lateralidade essenciais para planeamento cirúrgico. A ATA não estabelece recomendações, porém, as mais recentes *guidelines* ETA passaram a recomendar o doseamento de calcitonina em cenários específicos. Este caso corrobora as atualizações europeias, sugerindo importante a avaliação desta como biomarcador para nódulos tiroideus com indicação cirúrgica e nódulos Bethesda III, podendo ser um adjuvante na abordagem destes doentes.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28633)

MACROADENOMA PARATIROIDEU: DESAFIO ANATÓMICO EM CIRURGIA CERVICAL

Miguel Allen¹; Constança Marques¹; João Velho Correia¹; Ana Filipa Martins¹; Hugo Marques¹; **Catarina Palma¹**; Carlota Branco¹

1. Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

O hiperparatireoidismo primário é causado maioritariamente por adenoma solitário da paratiróide. Os macroadenomas, definidos por peso >3,5 g, são raros, representando <2 % dos adenomas paratiroideus. A imagem cervical, nomeadamente a ecografia e a TAC 4D, são essenciais na sua caracterização e planeamento cirúrgico.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 35 anos, apresentou-se com queixas de fadiga e ansiedade, associadas a dor cervical à lateralização e sensação de corpo estranho, sem história de cólica renal. O diagnóstico de hiperparatireoidismo primário foi confirmado, apresentando hipercalcémia (13,0 mg/dL) e PTH marcadamente elevada (1028 pg/mL), hipofosfatemia (1,9 mg/dL) e défice de vitamina D. A densitometria óssea revelou osteopenia. A ecografia revelou tireóide homogénea, normodimensionada, com nódulo único infracentimétrico (6x4x7 mm) no lobo direito, sólido, hipoeocogénico (TIRADS 4). Identificou-se formação hipoeocogénica posterior ao lobo direito (71x16x24 mm), com vascularização interna, sugestiva de lesão da paratiróide. A TC 4D confirmou a lesão, com comportamento dinâmico compatível com adenoma paratiroideu (densidade pré-contraste 44UH, fase arterial 213UH e venosa 118UH, provocando desvio da tireóide e traqueia, moldando a face direita do esófago). Foi realizada paratireoidectomia direita com hemitireoidectomia direita de necessidade. Identificou-se lesão posterior ao lobo tireoideu direito, 75x30x25 mm, provocando antepulsão do lobo. Procedeu-se a disseção do plano de clivagem entre macroadenoma e lobo tireoideu, com identificação do nervo laríngeo recorrente entre ambos, preservado, utilizando neuromonitorização. O doseamento intraoperatório de PTH mostrou redução de 742 para 47,9 pg/mL aos 10 minutos e 33,7 pg/mL aos 15 minutos pós-excisão (referência 9,2 – 44,6 pg/mL). Evolução sem intercorrências. Alta às 18 horas de pós-op, assintomática e com normocalcemia (10,8 mg/dL). Calcémia às 3 semanas de 9,3 mg/dL. Histologia confirmou adenoma da glândula paratiróide de 68x32x20 mm, 19 g.

CONCLUSÃO

Este caso ilustra uma forma rara de hiperparatireoidismo primário causado por macroadenoma paratiroideu de grandes dimensões. Os exames imagiológicos dirigidos (ecografia e TC 4D) permitiram planeamento cirúrgico eficaz. A abordagem cirúrgica cuidadosa, com preservação do nervo laríngeo recorrente com apoio da neuromonitorização e monitorização intraoperatória de PTH, foi fundamental para o sucesso terapêutico e ausência de complicações.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28642)

PARATIROIDECTOMIA NO TRATAMENTO DO HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Catarina Viveiros¹

1. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

INTRODUÇÃO

O hiperparatiroidismo primário (HPTp), é a terceira patologia endócrina mais comum, sendo caracterizado pela secreção autónoma e excessiva de paratormona por uma ou mais glândulas paratiroides, resultando numa hipercalcemia persistente, com consequências deletérias, sobretudo renais e musculo-esqueléticas. A cirurgia é o único tratamento curativo, com a abordagem dirigida a destacar-se pela menor invasividade e tempo cirúrgico associados. O nosso objetivo foi deste estudo passa por descrever e analisar a experiência da Unidade de Cirurgia Endócrina e Mama no tratamento cirúrgico do HPTp.

MÉTODOS

Realizamos um estudo retrospectivo, baseado na revisão dos processos clínicos de todos os doentes com diagnóstico de HPTp submetidos a paratiroidectomia, entre janeiro de 2018 e junho de 2025. Foram recolhidos dados epidemiológicos, clínicos, laboratoriais, imagiológicos, tipo de cirurgia realizada, complicações e evolução pós-operatória.

RESULTADOS

Um total de 27 doentes foram submetidos a paratiroidectomia por HPTp, dos quais 74% são do sexo feminino, com uma mediana de idade de 56 anos. A principal indicação cirúrgica foi a litíase renal (52%). Os exames de localização pré-operatória foram concordantes em 81% dos casos (n=22) e a paratiroidectomia dirigida foi realizada em 23 doentes (85%). A taxa de cura bioquímica foi de 96%, de acordo com os critérios de Miami, e identificaram-se complicações decorrentes da cirurgia em 18% dos casos, incluindo dois casos de paresia unilateral das cordas vocais e dois casos de hipoparatiroidismo iatrogénico. Verificou-se persistência de doença num doente operado (3,7%). O estudo corrobora a eficácia e segurança da paratiroidectomia no tratamento definitivo do HPTp, com resultados comparáveis aos descritos na literatura.

CONCLUSÃO

A localização pré-operatória das glândulas patológicas é fundamental no planeamento cirúrgico e seleção de doentes para abordagem dirigida, minimizando a necessidade de exploração cervical. A monitorização dos resultados cirúrgicos é essencial para avaliar a qualidade dos cuidados prestados e promover a sua otimização.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28646)

NEUROMONITORIZAÇÃO INTRAOPERATÓRIA – RESULTADOS NUM CENTRO DE ALTO VOLUME

Catarina Palma¹; Miguel Allen^{1,2,3,4}; Carlota Branco¹; Constança Marques¹; João Velho Correia¹; Natacha Botelho Vieira¹; Francisco Sobral Do Rosário^{4,5}

1. Cirurgia Geral, Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal
2. Cirurgia Endócrina, Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal
3. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal
4. Católica Medical School, Universidade Católica Portugal, Lisboa, Portugal
5. Departamento de Endocrinologia, Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

A utilização da neuromonitorização intra-operatória (NMIO) tem sido adotada, em centros de alto volume, como uma prática habitual e standardizada. Quando combinada com uma técnica cirúrgica meticulosa, profundo conhecimento da anatomia e da patologia, associa-se à melhoria dos resultados cirúrgicos, potencialmente reduzindo a incidência de lesões do nervo laríngeo recorrente (NLR). O nosso objetivo foi fazer uma valiação dos resultados cirúrgicos ao longo de dois anos (2023 e 2024) num centro de alto volume, com utilização sistemática da NMIO do NLR.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo de coorte de todos os doentes consecutivos operados por patologia tiroideia entre 2023 e 2024, num centro de alto volume em cirurgia endócrina, pelo mesmo cirurgião. Foi realizada a análise demográfica, das características da população e dos dados cirúrgicos pré- e pós-operatórios e de NMIO, com utilização da função NerveTrend® desde Maio de 2024. O indicador principal foi a parésia do NLR e os secundários as restantes complicações cirúrgicas.

RESULTADOS

Um total de 262 doentes (205 mulheres e 57 homens), com mediana de 51 anos, foram submetidos a lobectomia (LT) ou tireoidectomia total (TT), com ou sem esvaziamento ganglionar, correspondendo a um total de 396 nervos laríngeos recorrentes em risco (NLRR). A histopatologia demonstrou 36% de carcinomas, correspondendo a carcinoma papilar na maioria (84%) dos casos. Em 95% dos casos (n=248) foi realizada avaliação em consulta da voz pré-operatória, com a laringoscopia identificando 12 cordas vocais com hipomotilidade, sem identificação de parésias do NLR. 99% dos doentes (n=260; 393 NLRR) foram submetidos a cirurgia com NMIO, com mediana de internamento de 24 horas. Em 76% dos casos (89 de 117 NLRR), foi utilizada a função de NerveTrend® com sucesso. Durante a NMIO foram detetadas 8 perdas de sinal, com duas parésias na laringoscopia pós-operatória. A taxa de parésia transitória foi de 0,76% (n=3; 393 NLRR), sendo que um dos casos não teve qualquer alteração na NMIO. A NMIO apresentou um valor preditor positivo de 25%, com uma sensibilidade de 66% e uma especificidade de 98,5%. Não foi identificada nenhuma parésia definitiva. Não se registou nenhuma reintervenção por hemorragia e todos os doentes tiveram alta sem dreno cervical. Não se observaram hematomas, infeções do local cirúrgico ou hipoparatiroidismo definitivo.

CONCLUSÃO

A cirurgia da tiroide, quando realizada em centros de alto volume por cirurgiões experientes, permite minimizar a incidência de iatrogenia. Este trabalho reforça o potencial benefício da utilização sistemática da NMIO na redução da incidência de lesão definitiva do NLR.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28656)

BÓCIO MULTINODULAR COM COMPONENTE RETROESTERNAL: UM CASO DESAFIANTE

Joana Bonança Mendes¹; Óscar Reis¹; Marília Vargas¹; Antonio Mora¹; Inês Bagnari¹; Sara Leonor¹; Diogo Leite Vieira¹

1. Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, Açores, Portugal

INTRODUÇÃO

Bócios multinodulares são patologias cada vez mais raras nos dias de hoje. No entanto, em algumas áreas geográficas, ainda são relativamente comuns e podem causar compressão da traqueia e do esófago, sendo a excisão cirúrgica a abordagem de escolha para a resolução destes sintomas.

CASO CLÍNICO

Apresentamos um caso clínico de um doente do sexo feminino, 59 anos de idade, com antecedentes médicos de esquizofrenia, obesidade e fibrilhação auricular. Encaminhada à consulta externa de Cirurgia por tumefação tiroideia, sintomática, com vários meses de evolução. Ecografia com achados de "tíróide gigante, difusamente heterogênea, multinodular, com nódulos isoecogénicos, com presença de lesão nodular parenquimatosa e hipoecogénica no lobo direito..." que, após punção aspirativa, era histologicamente compatível com nódulo folicular benigno. Realizou TC do pescoço, com os seguintes achados: "(...) laterodesvio esquerdo da orofaringe, hipofaringe e laringe condicionado pelo acentuado aumento dimensional da hemitiróide direita (9,4x4,6x5,1 cm) e observa-se laterodesvio direito da traqueia, condicionada pelo acentuado aumento da hemitiróide esquerda (10,6x5,4x5,8 cm) que mergulha no desfiladeiro cervicotorácico até ao plano da crossa da aorta". Concluiu-se, então, bócio multinodular com componente mergulhante à esquerda. Durante indução anestésica, a doente foi entubada por fibroscopia, ainda acordada e em posição sentada. Foi ainda solicitada presença intra-operatória de Cirurgia Torácica, no caso de ser necessária abordagem do esterno. Foi realizada tireoidectomia total, sem necessidade de esternotomia, sem intercorrências. O pós-operatório foi favorável, sem complicações descritas.

CONCLUSÃO

O bócio retroesternal pode ser removido por abordagem cervical na maioria dos casos, sendo a presença de neoplasia avançada, atingimento da carina e da cavidade pleural que mais necessitam da realização de esternotomia. No entanto, tireoidectomia total com esternotomia está associada a maior morbilidade e mortalidade, com elevado risco de hemorragia e maior tempo de internamento.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28668)

CARCINOMA DE CÉLULAS ONCOCÍTICAS DA TIROIDE COM METÁSTASE NA GRADE COSTAL: CASO CLÍNICO

Elisabete Campos¹; Susana Domingues¹; João Capela¹; Carlos Pinto¹; Pedro Fernandes¹; Pedro Sá Couto¹; Silvestre Carneiro¹

1. ULS S. João

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células oncocíticas representa 3%-5% dos tumores malignos da tiroide, evidenciando um comportamento mais agressivo do que outros carcinomas bem diferenciados da tiroide, com uma maior tendência para invasão linfvascular e metastização ganglionar e à distância.

CASO CLÍNICO

Mulher, 87 anos, com antecedentes de bócio multinodular com 10 anos de evolução, seguida em consulta de endocrinologia até 2022, tendo realizado várias citologias evidenciando nódulos coloides. Na sequência de dor torácica intensa, efetuou raio-X com evidência de massa ao nível do 4º arco costal esquerdo. Foi realizada *core biopsy* desta lesão revelando metástase óssea de carcinoma com células oncocíticas, com perfil imuno-histoquímico sugestivo de primário da tiroide. A ecografia cervical evidenciou no lobo esquerdo, na porção superior, nódulo hipoeoico com 13x13x12 mm (EU-TIRADS 4) e na porção inferior, parcialmente mergulhante, nódulo hipoeoico heterogéneo com 28x25x31 mm (EU-TIRADS 5), sem adenomegalias. Foi realizada biópsia aspirativa deste último nódulo confirmando neoplasia de células oncocíticas. A TC-TAP evidenciou nódulos tiroideus, o maior no istmo e mergulhante com 30x26mm e volumosa neoformação na 4ª costela esquerda com 5,5x7x 4,8 cm. Após discussão em Reunião de Grupo Oncológico optou-se por tratamento cirúrgico. Foi submetida a excisão do 4º arco costal esquerdo, excisão parcial do 3º arco costal e tireoidectomia total. Alta em D3 pós-operatório sem intercorrências. O exame histológico revelou um carcinoma de células oncocíticas com metástase na grade costal – pT2M1R1. Em consulta de *follow up* doente assintomática, tendo sido proposta terapêutica com 200 mCi de I-131 + painel NGS da metástase do tumor, não tendo sido identificada nenhuma alteração que conferisse elegibilidade para terapia dirigida. A cintigrafia após terapêutica mostrou captação cervical anterior, no crânio, esterno, grade costal, úmero direito, sacro e ilíacos. A PET-FDG revelou captação na orofaringe, hepática e vários focos ósseos, compatíveis com metástases.

CONCLUSÃO

A literatura relativa ao tratamento das metástases do carcinoma de células oncocíticas é escassa. As opções terapêuticas disponíveis incluem ressecção cirúrgica, iodo radioativo, radioterapia, quimioterapia e inibidores de tirosina quinase.

Este caso destaca a natureza agressiva do carcinoma de células oncocíticas da tiroide e a importância do diagnóstico precoce e do tratamento personalizado para melhorar o prognóstico.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28705)

VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR MULTINODULAR GOITER WITH AN INTRATHORACIC ECTOPIC NODULE

Rui Ferreira-Santos¹; Nuno Gonçalves¹; Ana Sousa¹; Ana Sofia Cavadas¹; Alexandra Antunes¹; Luís Castro¹; Marta Silva¹; Chàrlene Viana¹; Hugo Rios¹; Dina Luís¹; Ricardo Pereira¹; Antonio Gomes¹; Joaquim Costa Pereira¹

1. Unidade Local de Saúde de Braga, Braga, Portugal

INTRODUÇÃO

Os nódulos tiroideus ectópicos intratorácicos são entidades raras caracterizadas pela presença de tecido tiroideu na cavidade torácica. O tecido ectópico tiroideu é mais frequentemente encontrado na região lingual e cervical. A localização intratorácica é rara e é muitas vezes um diagnóstico accidental. Apesar da maioria dos doentes se manter assintomático, nódulos ectópicos de maior volume podem causar sintomas compressivos como dispneia e disfagia. A resseção cirúrgica está indicada nos casos sintomáticos ou quando há suspeita neoplásica. Historicamente, a esternotomia ou torocotomia eram as vias de abordagem preferidas, mas as técnicas minimamente invasivas como o VATS têm ganho relevo dada a recuperação rápida e reduzida morbilidade. Este caso clínico tem como objetivo descrever o caso clínico e o procedimento VATS realizado por um nódulo ectópico tiroideu intratorácico.

CASO CLÍNICO

Apresentamos um caso de um doente do sexo masculino, 54 anos, com sintomas de tosse crónica e disfagia. Ao exame objetivo apresentava um bócio multinodular de grande volume. A função tiroideia era normal. O TC cervical e torácico revelou nódulos no lobo esquerdo da tiroide, o maior com 38 x 33 mm no plano axial. Adicionalmente, na região paratraqueal direita, foi identificado um nódulo ectópico tiroideu heterogéneo medindo 60 x 48 mm no plano axial, com efeito compressivo sobre a veia cava superior (VCS). A cintigrafia tiroideia confirmou a presença de tecido ectópico tiroideu. O doente foi submetido a tireoidectomia total e resseção do nódulo ectópico por abordagem combinada cervical e toracoscópica. Após a colocação das portas, a pleura mediastínica foi abordada e os limites do nódulo ectópico foram identificados. As relações anatómicas mediais com o nervo vago e com a VCS foram delimitadas. Foi realizada resseção romba do limite medial do nódulo para minimizar o risco de lesão da VCS, traqueia e esófago. Após a resseção, foi colocado um dreno torácico 28Fr. O tempo operatório total foi de 270 minutos, com a abordagem VATS a demorar 45 minutos. As perdas hemáticas estimadas foram de 50 mL. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, e o doente teve alta ao 4.º dia. O exame histológico revelou um nódulo tiroideu folicular hiperplásico, sem sinais de malignidade.

CONCLUSÃO

Este caso destaca o papel da abordagem combinada cervical e por via toracoscópica (VATS) para a resseção de um bócio multinodular com um nódulo tiroideu ectópico intratorácico.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28706)

HIPERCALCÉMIA TÓXICA EM DOENTE COM ADENOMA ATÍPICO DE GLÂNDULA PARATIROIDEA: UM CASO CLÍNICO

Tiago Tavares¹; Jerónimo Domingos¹; Joana Seabra¹; Artur Rocha¹; Rosário Eusébio¹

1. ULSA

INTRODUÇÃO

O hiperparatiroidismo primário é uma patologia endócrina comum, que resulta de um aumento da produção de hormona paratiroideia (PTH) por uma ou mais glândulas paratiroideias de forma autónoma. O diagnóstico é bioquímico, caracterizando-se habitualmente pela presença de valores séricos elevados de cálcio, com níveis de hormona paratiroideia (PTH) também aumentados (ou anormalmente elevados na presença de hipercalcémia). Esta patologia resulta em cerca de 80% dos casos da presença de adenomas de uma única glândula paratiroideia, estimando-se que cerca de 1,2% – 1,3% dos casos correspondam a adenomas atípicos.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 78 anos, com diagnóstico recente de Doença Renal Crónica secundária a litíase renal. Em estudo analítico foi objetivada hipercalcemia grave (Ca 13,5; P 2,3) e aumento da PTH (2050), pelo que foi encaminhada a consulta de cirurgia Endócrina por suspeita de hiperparatiroidismo. A densitometria óssea revelou osteoporose a nível do fémur, rádio e coluna lombar. O estudo cintigráfico com SPECT identificou uma imagem hipercaptante, de morfologia alongada, localizada na região póstero-inferior ao lobo direito da tiroide. Na sequência de agravamento do perfil bioquímico (Ca 18; P 2,5; PTH > 2500), associado a hipercalcemia tóxica e quadro clínico de náuseas, síncope, epigastralgias e desorientação, a doente foi internada para início de fluidoterapia intensiva e terapêutica hipocalcemiante. Após estabilização clínica e conclusão da investigação diagnóstica, foi submetida a paratiroidectomia inferior direita com lobectomia direita, tendo-se realizado doseamento intraoperatório de PTH. O exame anatomopatológico confirmou a presença de um adenoma atípico da paratiroide. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com normalização da calcemia e remissão do quadro clínico.

CONCLUSÃO

Os adenomas atípicos constituem uma entidade histológica com elevado potencial de malignidade e correspondem a aproximadamente 1,2% dos casos de HPTP. A hipercalcemia tóxica constitui uma manifestação clínica rara, caracterizada por níveis séricos de cálcio marcadamente elevados e de rápida progressão, representando uma emergência endócrina potencialmente fatal. Este caso clínico realça uma causa rara de HPTP que demonstra a importância de ser considerada no diagnóstico diferencial e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar precoce para o tratamento destes doentes.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28732)

EMBOLIÇÃO DAS ARTÉRIAS TIROIDEIAS: UM CASO CLÍNICO

Anjum Dhanani¹; Paula Tavares¹; Henrique Candeias¹; Nuno Monteiro¹; Ana Crespo¹; Sofia Guerreiro¹; Hugo Pinto Marques¹

1. ULS de São José, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

A embolização das artérias tiroideias superiores e inferiores é um procedimento pouco invasivo e que permite diminuir a vascularização da glândula tiroideia, com consequente diminuição do seu volume.

CASO CLÍNICO

Apresento o caso clínico de uma doente de 85 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidémia, que recorre à consulta de Cirurgia Endócrina no contexto de um bócio multinodular hiperfuncionante e com sintomatologia compressiva. Analiticamente com hipertireoidismo e com uma tomografia computadorizada que confirma desvio posterior da traqueia. Realizou citologia de nódulo do lobo esquerdo não diagnóstica, bem como do lobo direito, sugestiva de tumor folicular. A doente recusou intervenção cirúrgica e foi discutida em reunião multidisciplinar. Optou-se por embolização das artérias tiroideias com o apoio da radiologia de intervenção, que decorreu sem intercorrências. Aos três meses após a embolização foi realizada uma reavaliação clínica e imagiológica. A doente teve melhoria sintomática, bem como uma redução do volume tiroideu de cerca de 56%.

CONCLUSÃO

A embolização das artérias tiroideias é um procedimento útil em doentes não candidatos a cirurgia. Tem também o potencial de ser um procedimento pré-operatório, pois facilita a cirurgia em doentes com bócios muito volumosos e com elevado risco hemorrágico.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28737)

CARCINOMA DA PARATIRÓIDE ASSOCIADO A MUTAÇÃO GENÉTICA: CASO CLÍNICO

Helena Sargaço Eirô¹; Sandra Baptista²; Catarina Gama¹; Dora Lameiras¹; Ana Alves Rafael¹; Bernardo Marques¹; Martinha Chorão¹; Tiago Saldanha¹

1. Unidade de Cirurgia Endócrina – ULS Lisboa Ocidental
2. Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

INTRODUÇÃO

O carcinoma da paratiróide (CP) é uma doença rara, representando menos de 1% dos casos de hiperparatiroidismo primário (HPTP). O CP apresenta-se, tipicamente, na quinta década de vida e afeta ambos os sexos de forma semelhante. Pode ocorrer de forma esporádica ou como parte de síndromes genéticas, como a neoplasia endócrina múltipla tipo 1 (MEN-1) ou a síndrome do tumor maxilar associado ao hiperparatiroidismo. As mutações no gene *CDC73* contribuem de forma significativa para a patogénese do CP, tanto nos casos esporádicos como nos hereditários.

CASO CLÍNICO

Um doente do sexo masculino com 49 anos recorreu ao serviço de urgência por dor musculoesquelética progressiva, declínio funcional e perda de peso significativa. A avaliação laboratorial revelou hipercalcemia e elevação marcada da hormona paratiróideia (1012 pg/mL). Realizou uma tomografia computadorizada (TC) que revelou múltiplas lesões osteolíticas, seguida de biópsia das mesmas que confirmou osteíte fibrosa cística (tumores castanhos). No seguimento da investigação etiológica realizou ecografia cervical que revelou um nódulo suspeito na região da paratiróide inferior direita; e outro nódulo na localização da paratiróide inferior esquerda (PIE), suspeito, com componente infiltrativo à tiroide. Realizou ainda TC 4D que confirmou os achados e sestamibi que revelou tecido paratiróide hiperfuncionante na localização habitual da PIE. O doente foi discutido em reunião multidisciplinar e, uma vez que existiam duas lesões suspeitas mas apenas uma era hiperfuncionante, optou-se por abordar inicialmente à esquerda. Foi submetido a ressecção em bloco da PIE + hemitiroidectomia + esvaziamento ganglionar central ipsilateral. Intraoperatoriamente foi realizado o doseamento da PTH: 10'=335; 15'=289; 30'= 289. Decidiu-se realizar uma exploração à direita, tendo-se identificado uma paratiróide inferior de tamanho aumentado concordante com os achados da TC pelo que foi ressecada. A curva de PTH confirmou a cura bioquímica. A análise histopatológica confirmou CP com invasão da tiroide à esquerda e uma neoplasia paratiróideia atípica (à direita, contudo, não foi possível avaliar a invasão capsular devido à escassez de tecido circundante. No pós-operatório, o doente desenvolveu síndrome de *Hungry Bone* para o qual realizou terapêutica. O doente teve alta ao 20º dia pós-operatório. O estudo genético revelou uma mutação no gene *CDC73*.

CONCLUSÃO

Este caso ilustra uma apresentação rara e agressiva do CP, destacando a importância da abordagem cirúrgica e da vigilância pós-operatória rigorosa. A identificação de uma mutação no gene *CDC73* confirmou a natureza hereditária da doença, reforçando a relevância da avaliação genética não só para o seguimento do doente, mas também para o rastreio e aconselhamento familiar.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28740)

MINIMALLY INVASIVE RETROSTERNAL GOITER MANAGEMENT: 3 CASES WITH COMBINED CERVICAL-VATS APPROACH

Rafaela Brás Gonçalves¹; Ana Sofia Cavadas¹; Alexandra Antunes¹; Luís Miguel Castro¹;
Marta Alexandre Silva¹; Charlène Viana¹; Hugo Palma Rios¹; Dina Luís¹; Ricardo Pereira¹;
António Gomes¹; Mário Reis¹

1. Unidade Local de Saúde de Braga

INTRODUÇÃO

Os bócios retrosternais são geralmente tratados por via cervical. No entanto, cerca de 2–5% dos casos requerem uma abordagem extracervical, como a esternotomia, sobretudo quando existe extensão mediastínica posterior ou tecido tiroideu ectópico. Embora eficaz, a esternotomia está associada a maior morbilidade. A abordagem combinada por cervicotomia e cirurgia toracoscópica vídeo-assistida (VATS) surge como uma alternativa minimamente invasiva em doentes selecionados, permitindo acesso seguro ao mediastino e evitando a esternotomia. O objetivo deste trabalho com uma série de 3 casos é demonstrar a viabilidade e segurança da abordagem combinada cervical e toracoscópica (VATS) na ressecção de bócios retrosternais com extensão mediastínica complexa.

MÉTODOS

Apresentamos três doentes do sexo masculino (50, 54 e 60 anos) com bócios multinodulares retrosternais sintomáticos. Todos foram submetidos a cirurgia tiroideia com abordagem combinada cervical e VATS, com drenagem pleural. A imagem pré-operatória revelou extensão mediastínica: um caso com componente do lobo esquerdo mergulhante para o lado contralateral, um com massa paratraqueal posterior sugestiva de tecido tiroideu ectópico e outro com desvio traqueal por lobo direito mergulhante. Realizaram-se duas tireoidectomias totais e uma hemitireoidectomia direita. Utilizou-se neuromonitorização intraoperatória do nervo laríngeo recorrente em todos os casos. Todos os doentes foram admitidos em unidade de cuidados intensivos no pós-operatório para vigilância. A evolução foi favorável, sem complicações intraoperatórias nem necessidade de conversão para esternotomia. Um doente apresentou parésia transitória do nervo laríngeo recorrente, diagnosticada por laringoscopia pós-operatória. Não ocorreram casos de hipoparatiroidismo ou complicações torácicas. A histologia confirmou patologia nodular benigna em todos os casos.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

A abordagem combinada cervical e toracoscópica permitiu ressecção segura dos componentes mediastínicos do bócio com excelente exposição e baixa morbilidade. Na nossa experiência, esta abordagem constitui uma alternativa eficaz e menos invasiva à esternotomia em bócios retrosternais com extensão posterior ou contralateral, em doentes criteriosamente selecionados.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28741)

RECIDIVA OU PERSISTÊNCIA? UM CASO ATÍPICO

Ricardo Carvalho Santos¹; Vitor Devezas¹; Cristina Fernandes¹; Pedro Sá Couto¹; Silvestre Carneiro¹

1. ULS São João

INTRODUÇÃO

O carcinoma papilar da tiroide (CPT) é a neoplasia maligna mais comum da tiroide, geralmente com bom prognóstico. No entanto, pode apresentar recorrência locorregional mesmo após tratamento cirúrgico e terapêutica ablativa com iodo-131.

CASO CLÍNICO

Mulher de 39 anos, enviada à consulta de Cirurgia Geral após ter notado uma tumefação cervical que levou à realização de ecografia que revelou nódulo sólido com 31 mm de maior eixo, EU-TIRADS 5, em contacto com os músculos pré-tiroideus ipsilaterais, sendo realizada punção aspirativa por agulha fina (PAAF) que sugeriu o diagnóstico de CPT. Foi submetida a tireoidectomia total em setembro de 2021, cuja histologia confirmou o diagnóstico de CPT, estágio pT3bN0R0 (risco intermédio da ATA). Realizou, após a cirurgia, terapêutica ablativa com 100 mCi de Iodo-131. Foi, então, realizada ecografia no pós-operatório onde não se observavam imagens de remanescente tiroideu, lesões suspeitas na loca cirúrgica ou adenopatias. Manteve, desde então, seguimento em consulta de Endocrinologia oncológica, sempre com ecografia negativa, tiroglobulina (TG) indoseável e anticorpos anti-Tg (AATg) negativos. Em janeiro de 2025, notou novamente nódulo cervical, cuja ecografia do exterior revelava lesão/conglomerado ganglionar intramuscular, no bordo medial do esternocleidomastoideu esquerdo anterior aos pré-tiroideus com 11 x 9 x 12 mm. Foi realizada, pelo cirurgião, ecografia e PAAF com lavado da agulha para TG tecidual, que sugeriram tratar-se de recidiva de CPT. Foi submetida a cirurgia de ressecção de recidiva muscular com recurso a ecografia intraoperatória em março de 2025, cuja histologia confirmou tratar-se de recidiva de CPT e revelou margens cirúrgicas livres (R0). Em função do alto risco de recorrência, realizou nova terapêutica ablativa com Iodo-131, desta vez com 150 mCi. Encontra-se atualmente em seguimento por Endocrinologia oncológica, sob supressão com levotiroxina, TG indoseável e AATg negativos.

CONCLUSÃO

Apesar do bom prognóstico, a possibilidade de recidiva locorregional após cirurgia em CPT, mesmo após terapêutica ablativa com Iodo-131, é uma realidade. Desse modo, o follow-up a longo prazo é imprescindível, principalmente em casos de risco intermédio a alto. É de salientar ainda, a importância da ecografia pré e intraoperatória, realizada pelo cirurgião, especialmente em caso de recidiva, tratando-se da melhor estratégia cirúrgica nestes.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28744)

MULTIFOCAL BROWN TUMOR MIMICKING GIANT CELL TUMOR IN A YOUNG MAN WITH PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM

Filipe Amorim-Cruz^{1,2}; Joao Capela^{1,2}; Fabio Gomes^{1,2}; Maria Filomena Valente²; Pedro Sa Couto^{1,2}; Silvestre Carneiro^{1,2}

1. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 4200 – 319, Portugal

2. Serviço de Cirurgia Geral, Unidade Local de Saúde (ULS) de São João, Porto, Portugal

INTRODUÇÃO

O hiperparatiroidismo primário (HPPT) é uma endocrinopatia frequente, causada por secreção excessiva de paratormona (PTH), geralmente resultante de adenomas da paratireoide. O aumento de PTH provoca hipercalcemia, hipofosfatemia e reabsorção óssea acentuada. Em casos raros e avançados, ou na presença de carcinoma, pode surgir tumores castanhos — lesões osteolíticas não neoplásicas induzidas por atividade osteoclástica exacerbada. Quando multifocais, estas lesões podem mimetizar tumores ósseos primários como o tumor de células gigantes (TCG), tanto radiológica quanto histologicamente, dificultando o diagnóstico. O reconhecimento precoce do HPPT é fundamental para evitar erros diagnósticos e tratamentos inapropriados.

CASO CLÍNICO

Jovem de 21 anos, previamente saudável, apresentou dor progressiva no joelho direito. A imagem revelou lesão osteolítica no fémur distal, sugestiva de TCG, confirmada por biópsia. Foi submetido a curetagem com enxerto ósseo. Semanas depois, sofreu fratura subtrocanterica do fémur; e novos exames mostraram múltiplas lesões líticas, sugestivas de metástases. A revisão histológica levantou hipótese de tumores castanhos. Os exames laboratoriais revelaram hipercalcemia grave (5,34 mEq/L), PTH elevado (2005 pg/mL), hipofosfatemia e défice de vitamina D, compatíveis com HPPT. Ecografia e TC cervicais identificaram massa na paratireoide superior direita, e a cintigrafia com sestamibi-Tc-99m demonstrou captação intensa na mesma zona, indicando glândula hiperfuncionante. Foi internado em cuidados intensivos para controlo da crise hipercalcémica. Dada a dimensão da lesão e suspeita de malignidade, realizou paratireoidectomia superior direita, lobectomia tiroideia direita, istmectomia e neuromonitorização intraoperatória. Desenvolveu síndrome do osso faminto, com necessidade de suplementação intravenosa de cálcio, magnésio e vitamina D. O estudo histopatológico confirmou adenoma paratireoideu multilobulado de 5 cm. A imuno-histoquímica foi positiva para CK19, PTH, GATA3, BCL2 e MDM2 focal. A idade jovem, o volume tumoral e o envolvimento ósseo levantaram suspeita de síndrome genética.

CONCLUSÃO

Em jovens com lesões osteolíticas multifocais, deve ser considerada a hipótese de tumores castanhos por HPPT. Em formas graves, deve excluir-se carcinoma e planejar cirurgia com essa possibilidade em mente. O diagnóstico e tratamento curativo exigem abordagem multidisciplinar com avaliação imagiológica, histológica e laboratorial rigorosa.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

(28748)

O GRANDE ICEBERG DA TIROIDE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE BÓCIO MULTINODULAR MERGULHANTE

Filipa Peres¹; Ana Oliveira¹; Aline Gomes¹; João Freitas¹; Catarina Eloy²; Jorge Pereira¹

1. Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões; 2 – Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (IPATIMUP), Porto, Portugal

INTRODUÇÃO

A incidência de bócio multinodular (BMN) mergulhante é variável de acordo com as séries, sendo maior nas regiões com défice de iodo. A maioria dos casos ocorre em doentes com BMN cervical pré-existente. A incidência de carcinoma em nódulos tireóides é de cerca de 5-10% e, de acordo com a literatura, ocorre mais frequentemente no componente mergulhante.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam o caso de um doente de 69 anos do sexo masculino, previamente operado de tireoidectomia total via abordagem cervical e torácica por um volumoso BMN mergulhante, cujo componente cervical apresentava dimensões normais. O exame histológico mostrou carcinoma folicular invasor. O doente veio a desenvolver doença à distância com metastização óssea para a qual fez terapia dirigida. Dois anos após a tireoidectomia, o doente apresentou-se com um quadro súbito de compromisso da via aérea. Os exames complementares de diagnóstico evidenciaram uma volumosa massa no mediastino póstero-superior. Procedeu-se a intubação orotraqueal e toracotomia urgente para *debulking* da massa tumoral. O exame histológico revelou sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grau. Atendendo aos antecedentes do doente e localização da massa, solicitou-se revisão histológica especializada que demonstrou: na peça operatória da cirurgia inicial – um carcinoma folicular com focos de transformação anaplásica, e, na peça da segunda intervenção – recidiva de carcinoma anaplásico da tiroide.

CONCLUSÃO

Perante casos de bócio multinodular mergulhante, os autores recomendam a cirurgia de ressecção, pois é a única forma segura de excluir malignidade.

CONCLUSION

In the face of an intrathoracic goiter, the authors recommend performing a total resection, as it is the only safe way of excluding malignancy.

Received/Recebido: 12/12/2025 Accepted/Aceite: 05/03/2026 Published online/Publicado online: 16/03/2026 Published/Publicado: 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

