



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 19 • Dezembro 2011

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA 20 Anos Depois: Perspectivas e Opções Actuais – uma visão pessoal –

José M. Schiappa

Hospital CUF Infante Santo, Clínica CUF Cascais

RESUMO

A colecistectomia laparoscópica foi introduzida em Portugal em 1991. Passados 20 anos, está implantada como técnica “gold standard” e a sua prática sofreu muitas alterações, por via da disseminação e por via do desenvolvimento técnico que, entretanto, aconteceu. Actualmente as opções e as formas de abordagem são não só diferentes como permitem várias escolhas. Essas possíveis orientações e suas justificações são abordadas neste texto.

ABSTRACT

Laparoscopic cholecystectomy was introduced in Portugal in 1991. 20 years after, it is considered the “gold standard” technique and its use has suffered many changes, either by its dissemination, or because of the technical developments which happened meanwhile. Nowadays, the options and ways of approaching the problem are not only different but also allow different choices. Those possible options and its reasoning are discussed in this paper.

A colecistectomia laparoscópica foi introduzida em Portugal em 1991, por vários grupos, pioneiros neste tipo de cirurgia. Desde cedo se expandiu, de forma rapidíssima, por muitos Hospitais em todo o país e, muito depressa, se tornou a técnica “gold standard” para a efectivação da colecistectomia por colecistite crónica.

No caso da colecistite aguda, a sua aplicação generalizada não ocorreu de forma tão rápida mas é também hoje, na grande maioria dos Hospitais, a técnica utilizada. Esta patologia é a razão principal pela qual a técnica não é ainda aplicada em todos os casos; a abordagem “clássica” é ainda utilizada no país em percentagem desconhecida, sobretudo em casos de colecistite aguda, mas também em situações banais de colecistite crónica litiásica.

Por outro lado começa actualmente a verificar-se um especial interesse em alternativas técnicas que têm vindo a ser divulgadas nos habituais “forums” científi-

cos – congressos, outras reuniões científicas, revistas de cirurgia, sites da Internet, sobretudo aqueles com vídeos apelativos – e por informação e pressão da Indústria.

Já em 1998, no Congresso da EAES que teve lugar em Trondheim, na Noruega, Michel Gagner apresentou uma técnica precursora do NOTES, com remoção da vesícula através de um abertura no estômago e, posteriormente, pela boca. Foi “trucidado” pela audiência, fazendo-me recordar o que Jacques Perissat me contara sobre as suas primeiras apresentações da Colecistectomia Laparoscópica.

A diferença entre estas duas situações está em que, enquanto a colecistectomia laparoscópica rapidamente mostrou que havia vantagens importantes sobre a colecistectomia por via aberta, demonstradas cientificamente, no que se refere a estas novas abordagens nada está demonstrado com base e suporte científico se bem que estudos nesse sentido já tenham começado a ser efectuados.



De resto, a rapidez com que se mostrou que havia diferenças significativas entre a colecistectomia por via laparoscópica e “clássica”, favorecendo a primeira, não permitiu que fossem feitos, como seria cientificamente correcto, estudos randomizados e prospectivos para o confirmar; a evidência apresentada pelos resultados das séries que foram publicadas logo a seguir à introdução generalizada da técnica, levou a que não fosse considerado ético levar a cabo tais estudos usando o argumento de que, eventualmente, sairiam prejudicados os doentes que, nesses estudos, caíssem no braço “clássico”.

Nos dias de hoje, considerando a comparação entre a abordagem laparoscópica, agora “clássica” e as novas possibilidades, não há, pelo contrário, razão científica para que se proceda de igual modo. Creio que será obrigatório aguardar pelos resultados desses ensaios englobando a técnica da Colecistectomia por Via Laparoscópica e fazendo a sua comparação com as técnicas emergentes (Acesso por porta ou incisão única e NOTES).

Durante estes 20 anos muitas inovações tecnológicas foram sendo introduzidas no armamentário da cirurgia laparoscópica e grande número destas ficaram adaptadas para uso rotineiro. Esta inclusão de novas tecnologias e equipamentos veio facilitar alguns dos passos da execução da Colecistectomia Laparoscópica. Muitos equipamentos, instrumentos e opções foram, por outro lado, esquecidos e abandonados, seja por falta de eficiência, seja pela introdução de custos não justificáveis.

Uma destas tecnologias, que tem grande impacto em relação à segurança dos doentes, é a que respeita às técnicas de controle de hemorragia e à racionalização do uso dos instrumentos de electrocirurgia.

Está demonstrado que grande número das lesões iatrogénicas – que continuam a ter lugar a taxa quase fixa – está relacionado, quanto a causa e a gravidade, com a utilização da electrocirurgia em condições inadequadas.

Ainda que continue a ser bastante usado, o gancho de electrocoagulação, por muitos aplicado como instrumento de dissecação para além de de hemostase,

deve ser considerado como um instrumento de utilização perigosa, necessitando de cuidados sempre redobrados quando usado. Pode-se considerar a sua substituição, em alguns casos, pelos modernos instrumentos de hemostase por radio-frequência e por ultra-sons que têm claras vantagens em eficácia e segurança durante a hemostase e podem ser usados para dissecação.

Mesmo estes dispositivos têm de ser usados com precaução; sem que seja de conhecimento geral – as referências comerciais dos instrumentos referem “sem emissão de altas temperaturas” – as temperaturas que são na verdade atingidas nas suas extremidades, se em uso continuado por alguns segundos, podem chegar aos 280°!! E a temperatura só baixa até aos 30° após cerca de 30 seg. sem funcionar (o que é longo tempo de espera durante um acto cirúrgico); além disso, há uma clara transmissão lateral desta temperatura pelo que é também necessária atenção em relação a este ponto quando da sua utilização.

A dissecação deve ser, fundamentalmente, feita pelos instrumentos a ela dedicados e, quer estes quer a tesoura, na fase de corte e libertação de estruturas, podem ser usados com a electrocirurgia, prevenindo o perigoso movimento de “salto” do gancho, enquanto ainda está ligado a corrente eléctrica. É um facto que a mudança de instrumentos a que o seguimento destes princípios leva atrasa a cirurgia e pode diminuir a concentração da equipa mas, a segurança do procedimento deve ser a preocupação principal. O uso judicioso da electrocirurgia é fundamental.

Todos os equipamentos e instrumentos sofreram profundas alterações, desde os tempos em que se iniciou a Colecistectomia Laparoscópica.

Os trocartes sofreram modificações no sentido de os tornar mais seguros e de limitar os possíveis danos causados; isto quer em relação aos reutilizáveis, quer em relação aos descartáveis. Surgiram os trocartes sem lâmina, os trocartes com bainha de dilatação e houve progresso quanto à funcionalidade dos trocartes de Hassan para a introdução pelo método aberto.

O mesmo se passou em relação a todos os instrumentos, com o aparecimento de maior ergonomia,



maior eficácia e tentativas de racionalizar utilização e custos. Nalguns casos com sucesso.

No entanto, o problema dos custos veio-se a tornar cada vez mais importante, e uma condicionante de peso em relação à actuação cirúrgica e em relação às opções de cada Instituição quanto às condições de trabalho que disponibilizam; a situação não é exclusiva das Instituições Públicas sendo extensível às Instituições Privadas.

Há alguns hábitos enraizados entre nós, como o uso de trocartes descartáveis e a utilização de grande número de dispositivos e instrumentos também descartáveis. Em muitos outros países, nomeadamente em França que é, provavelmente, o país europeu com maior disseminação e prática de cirurgia laparoscópica, para além do acesso peritoneal para início da insuflação ser feito quase sempre pelo método aberto, os trocartes usados são, em grande número, reutilizáveis.

Esta tendência cresce em muitos outros países, quer em relação aos trocartes quer em relação aos instrumentos e também os instrumentos “mistos” com parte reutilizável e parte descartável, apesar de muitos problemas, têm visto o seu uso aumentar.

Dentro dos nossos hábitos – cada vez mais pelo que vemos acontecer sob o ponto de vista de “economismo” – temos de considerar que, como utilizadores de meios técnicos dispendiosos, somos obrigados ao conhecimento dos custos e a ponderar muito bem a relação custo/eficácia.

O que se pretende é resolver a situação clínica do doente, com a maior eficiência, com a maior segurança e com a menor agressividade possível. Se isto se puder conseguir também com eficácia do ponto de vista económico (tempo de Bloco operatório, contenção de despesas em geral e uso diminuído de equipamentos e de consumíveis), melhor. É, hoje em dia, obrigação do cirurgião conhecer os custos do material que está a ser usado ou ter uma ideia dos mesmos, nem que seja de forma geral. A posição face aos constrangimentos e condicionantes económicas que são impostos não pode, contudo, ser acrítica nem hiper-crítica: é nosso dever conhecer as opções e, de entre

elas, utilizar equipamentos que garantam a qualidade e a segurança.

Com as novas perspectivas em relação à colecistectomia, a aceitação pelas várias partes envolvidas, cirurgiões, gastroenterologistas, internistas, clínicos gerais, doentes, hospitais e pagadores, tornou-se muito mais aberta. Isto foi causado, sobretudo, pelas vantagens demonstradas pela introdução da cirurgia laparoscópica; cirurgia mais rápida no seu todo (introdução do conceito de “fast-track”), menos agressiva para o doente e com menos tempo de internamento e mais rápido retorno à vida normal.

Teoricamente (se bem que nem sempre, na realidade), deverá trazer também vantagens económicas depois de bem balanceadas todas as vertentes da equação.

Tudo isto levou a mudança nos critérios de indicações cirúrgicas.

A colecistite aguda mantém as mesmas indicações mas a colecistite crónica viu uma liberalização de indicações, fruto das perspectivas e expectativas agora existentes para a colecistectomia.

A abordagem da litíase da Via Biliar Principal e as suas opções fazem parte de outro artigo publicado neste mesmo Caderno Especial.

De facto, a colecistite aguda, quase sempre litiásica (só até cerca de 18% dos casos são colecistites alitiásicas), pode também ser abordada, na enorme maioria das situações, por via laparoscópica; os casos de colecistite alitiásica, em geral em doentes em mau estado e de alto risco (4 a 20% dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos), necessita de ponderação quanto à via de abordagem e quanto à solução cirúrgica.

A litíase biliar assintomática continua a não ter indicação terapêutica, por si só. Contudo, os doentes diabéticos, com anemia de células falciformes, crianças e sob terapêutica com ocreótidos ou imunossuppressores necessitam, depois de identificada a litíase, de ser seguidos com atenção uma vez que nestes grupos as complicações se podem manifestar antes da sintomatologia de base.

Estas complicações, gangrena da vesícula, empiema, colangite ou perfuração com peritonite, podem levar



a quadros graves, mais ainda nestes doentes; nos casos em que já tenha havido vários episódios com inflamação há, frequentemente, desenvolvimento de aderências locais que irão limitar a contaminação, no caso de haver perfuração. No entanto, todas estas situações, em doentes deprimidos, podem levar a desenvolvimentos complexos.

É hoje bem mais bem aceite a proposta cirúrgica em situações de queixas moderadas do que há 20 anos. Os doentes com o diagnóstico estabelecido são, por vezes, os próprios a chegarem ao cirurgião fazendo a proposta para cirurgia; os diabéticos são mais receptivos à indicação, ainda que não haja indicação – como chegou a ser sugerido –, salvo em circunstâncias excepcionais, para colecistectomia “profilática”.

Mantém-se, nas situações de colecistite aguda, a recomendação da cirurgia precoce (dentro das primeiras 48 a 72 horas, como limite de segurança para os bons resultados). Nos doentes com morbidade grave coexistente, que os tornem em “não operáveis” pode ter de se considerar o tratamento conservador e planear uma colecistectomia para mais tarde.

As indicações e contra-indicações cirúrgicas são, também, claras:

Pode ser submetido a colecistectomia por via laparoscópica, todo o doente que possa tolerar, sem grandes problemas, uma anestesia geral. É necessário ter atenção especial aos doentes com doença cardio-respiratória grave, bem como a todos aqueles que foram submetidos previamente a cirurgia do andar superior do abdómen.

Não têm indicação, de momento, para colecistectomia por via laparoscópica, as situações de:

Peritonite generalizada

Cirrose com hipertensão portal

Pancreatite aguda grave

Colangite com shock séptico

Coagulopatia não corrigida (sobretudo em situações de urgência)

Fístula colecisto-entérica (esta situação começa a ser questionada por cirurgiões com grande experiência de cirurgia laparoscópica)

1.º e último trimestres da gravidez (não se conhe-

cem verdadeiramente os riscos da colecistectomia laparoscópica no 1º trimestre e os riscos de lesão uterina pelas dificuldades técnicas do 3º trimestre justificam a contra-indicação)

Nunca é demais, também, insistir nas razões que devem ser consideradas para efectuar a “conversão”:

Indefinição quanto à anatomia e à observação da “Critical View of Safety”

Vesícula gangrenosa e friável, difícil de manejar

Hemorragia difícil de controlar e longo tempo sem progressão na cirurgia.

A conversão não deve ser evitada nestas circunstâncias.

Com as variantes técnicas que são aplicadas actualmente, o conceito de “Conversão” sofreu algumas alterações. Nas cirurgias a serem efectuadas com número reduzido de portas ou mesmo com uma única porta de acesso, a conversão pode significar apenas a introdução de mais portas que permitam superar a dificuldade que se está a encontrar.

A técnica cirúrgica base ficou bem estabelecida pouco depois da introdução da colecistectomia laparoscópica com a existência de duas abordagens principais: a chamada técnica com o posicionamento “francês” e a com o posicionamento “americano”.

Estarão divididos entre nós, em percentagens que desconheço, os cirurgiões que praticam uma ou outra das abordagens. Não creio que haja diferenças significativas entre os dois posicionamentos, no caso da colecistectomia laparoscópica.

Em relação à colocação das portas de trabalho há também algumas diferenças que estão relacionadas, basicamente, com a escola de aprendizagem.

A utilização do umbigo (ou região umbilical) como porta principal é consensual; a criação do pneumoperitoneu já não é tanto. Muitos cirurgiões, entre nós, usam a técnica fechada – com a agulha de Veress e as manobras de segurança – para criar o pneumoperitoneu; a zona preferencial para fazer a introdução da agulha, correndo menos riscos, é na chamada “Zona de Palmer”, no hipocôndrio esquerdo, abaixo da grelha costal, usando esse mesmo ponto de entrada para, posteriormente, introduzir uma das portas de acesso.



Outros usam a região umbilical para fazer a introdução da agulha de Veress, ficando momentaneamente sem acesso abdominal no período que medeia entre a retirada da agulha e a colocação do trocarte, o que não acontece no caso da utilização do hipocôndrio esquerdo.

Há ainda os que executam a abordagem sistemática pelo método aberto, com o argumento da manutenção da segurança, este ponto não está demonstrado cabalmente.

A porta umbilical, em qualquer das opções, é a utilizada para colocação da óptica; ainda que se possa usar qualquer óptica, a de 30° oferece melhor visualização de todo o procedimento.

A colocação dos outros 3 trocartes (na opção “clássica” do acesso laparoscópico), é variável consoante os cirurgiões; pessoalmente, nessa opção, coloco os 2 trocartes de maior diâmetro a nível do umbigo e do ponto de inserção da agulha de Veress no hipocôndrio esquerdo e faço a escolha do posicionamento dos outros dois consoante as condições patológicas e anatómicas de cada doente, 1 no flanco direito e outro na região sub costal direita, à direita dos ligamentos suspensor e falciforme. As condicionantes são a dimensão do fígado, a existência ou não de aderências e, o que não é tão raro assim, a possibilidade de a vesícula estar em fase de agudização da sua colecistite.

A existência de ópticas de 5mm., de boa qualidade e de pinças de clips de 5 mm. veio a tornar possível efectuar toda a cirurgia com trocartes de diâmetro mais reduzido, ainda que o cirurgião se possa vir a deparar com dificuldades no final da cirurgia, quando da remoção da peça operatória. Em grande parte dos casos é recomendável fazer esta remoção da peça operatória colocando-a dentro de um saco de extracção os quais existem agora de vários tamanhos; deverão também garantir a necessária solidez, de modo a evitar a sua rotura durante a fase crítica de extracção.

O controle das estruturas principais, canal e artéria cística, faz-se com métodos variáveis de encerramento, antes do corte. O método mais comum é o da aplicação de clips.

Os clips também mais frequentemente usados são os de titânio e existem em várias dimensões: os aplicáveis pelas pinças de 10 mm de diâmetro, que podem ser “normais” ou longos e cuja utilização apropriada pode diminuir o número de fugas biliares pós operatórias, e os aplicáveis por pinças de 5 mm de diâmetro. Existem ainda outros tipos de clips, os reabsorvíveis ou os de aplicação individual. A racionalidade da execução do menor número de gestos possíveis, incluindo a mudança de instrumentos, deve ser considerada, em função da eficácia e da manutenção da concentração.

De entre os vários dispositivos de aplicação de clips, há que considerar, dentro da linha economicista já abordada, que (como tantos outros casos) muitas vezes o mais barato sai mais caro; em muitas situações, os clips ou caem da pinça antes da aplicação, levando a maiores consumos ou à perda de clips dentro da cavidade abdominal, ou ainda – mais grave – não garantem com segurança o fecho da estrutura canalar, que é a finalidade primeira da aplicação.

Outros cirurgiões usam os mesmos dispositivos ultra-sónicos que já estão a utilizar para a execução da técnica; é com eles que fazem também o encerramento das estruturas. Ainda que, teoricamente, a utilização destes instrumentos permita obter a “selagem” das estruturas, talvez a segurança da mesma não seja totalmente garantida. Também se poderão pôr em causa os critérios economicistas do uso destes dispositivos para este tipo de cirurgia.

Garantindo segurança e, seguramente mais económicos, são os fios de sutura que alguns utilizam em torno dos canais a encerrar, efectuando nós intra, ou mesmo extra, corpóreos.

Fundamentalmente, muito para além do controle de custos, é a segurança do gesto que tem de ser garantida.

A problemática ligada às lesões iatrogénicas das vias biliares é abordada noutra texto pelo que não a desenvolverei aqui. Creio que são legítimas as dúvidas que há – em toda a parte – quanto à real incidência do problema, uma vez que se crê que há lesões que não são relatadas.



Os cuidados a ter na dissecação da região do triângulo de Calot mantêm-se, tendo, no decorrer destes anos, alguns cirurgiões de renome e dedicados a esta cirurgia, dado ênfase à chamada “Critical view of safety”. Esta consiste, fundamentalmente, em efectuar a dissecação abaixo do infundíbulo da vesícula até se verificar que apenas duas estruturas canaliculares dela saem: o canal e a artéria císticos. Do mesmo modo, é recomendável clipar e cortar primeiro a artéria, para abrir o espaço e para reduzir o risco da sua rotura por tracção no caso de ser efectuada primeiro a clipagem e corte do canal cístico.

Outro dado de importância e bem demonstrado é o de que a observação do ecrã pode conduzir a erros de percepção; dever-se-á sempre obter a concordância de outros profissionais presentes na sala de operações para a interpretação da visualização da anatomia.

A colangiografia per operatória levou também a que muitos dispositivos fossem desenvolvidos, procurando torná-la “mais fácil”. Veio a verificar-se que a enorme maioria desses instrumentos são dispensáveis e que, caso se pretenda – ou se necessite – efectuar uma colangiografia, catéteres simples, de diâmetro apropriado, são suficientes e de uso prático para que se consiga um exame adequado. Não está demonstrado que a utilização da colangiografia como rotina diminua as lesões das vias biliares mas todos os cirurgiões que efectuam colecistectomias laparoscópicas devem estar treinados para efectuar o exame se este se verificar necessário.

Algumas complicações intra-operatórias podem acontecer, como em todas as técnicas, e a qualquer cirurgião.

As hemorragias podem aparecer logo desde o início da cirurgia por via de lesão de vaso da parede abdominal. A utilização de abordagem pelo método aberto ou os trocartes sem lâmina poderão minimizar um problema que não é muito marcante. Já as hemorragias no decurso da cirurgia obrigam à atenção redobrada e a cuidados de segurança quanto ao seu controle; a clipagem “cega” é extremamente perigosa, podendo levar a lesões em estruturas que não estão visualizadas e conduzir também à associação de lesões

das vias biliares às lesões vasculares (que acontecem em cerca de 30% dos casos sem que sejam, muitas vezes, detectadas). Não nos devemos esquecer que, na maioria dos casos, a compressão da área onde se detectou a hemorragia é suficiente para o seu controle; pelo menos o suficiente para permitir uma visão mais precisa do que está a acontecer.

No caso de ser necessário utilizar mais meios para obter uma boa visualização, em situações-limite, houve avanços técnicos que vieram claramente ajudar os cirurgiões; os novos insufladores, de alto débito conseguem manter espaço de trabalho e boa visão do campo operatório, mesmo com aspiração rápida de grandes volumes de CO₂. Onde se verifica, de modo geral, falha de equipamentos eficazes é no campo dos irrigadores/aspiradores. Há uma tendência, que é difícil de compreender, para perpetuar o uso dos aspiradores de diâmetro reduzido e, conseqüentemente, de débito moderado. Também no capítulo da irrigação, em parte pela mesma razão, há dificuldades de utilização apropriada. Só com sistemas de irrigação activos (bombas eléctricas) se conseguem os débitos contínuos e com intensidade correcta para permitir a lavagem eficaz e para a poder complementar com a hidro-dissecação eficaz; com os sacos de soro de maior ou menor volume, colocados a maior ou menor altura e com as braçadeiras de pressão ou a ajuda voluntária do profissional de enfermagem que tenta a todo o custo “espremer” o saco, não se consegue o efeito necessário.

Conforme mencionado, tem havido uma evolução no sentido de diminuir o número de portas utilizadas, com o argumento de minimizar ainda mais a agressão. Começou-se a verificar ser relativamente comum fazer colecistectomias laparoscópicas com 3 portas em vez de 4; o que não pode ser posto em causa são os critérios de segurança a seguir e, em consequência, terem os cirurgiões habituados a esta abordagem que a consideração para “conversão” para 4 portas deverá ter um critério de aceitação relativamente liberal.

As abordagens por “Porta única” ou por “Incisão única” também começaram a ter alguma popularidade. As suas vantagens não estão de modo algum



demonstradas, nem são muito consistentes (excepto a cosmética) enquanto, por outro lado, a maior dificuldade técnica de execução e o compromisso de segurança são notórios.

A abordagem por NOTES deve-se considerar ainda em fase experimental, com grande falta de estudos demonstrativos, do mesmo modo, das vantagens e da segurança. A abordagem NOTES mais explorada é a da colecistectomia trans-vaginal aguardando-se resultados consistentes e validados pelos grupos que a praticam; o que tem sido publicado não responde às questões que se querem respondidas. Mas mesmo muitas destas técnicas mencionadas são, na verdade, de abordagem híbrida, com a colocação de uma óptica de diâmetro reduzido a nível umbilical, para assegurar a orientação do fibroscópio intra-abdominal.

Menos falada e, quanto a mim, com futuro mais promissor, tem sido a utilização da Micro laparoscopia; esta técnica foi introduzida no fim dos anos 90 mas os muitos problemas que trouxe estavam relacionados com a extrema fragilidade dos instrumentos e ópticas, bem como pela qualidade deficiente da visualização obtida. Actualmente a qualidade das ópticas de 2 e 3 mm é excelente e a robustez dos instrumentos já é aceitável; a opção de combinar instrumentos laparoscópicos “clássicos”, de 5 e 10 mm, utilizados atra-

vés dos respectivos trocartes, com estas mini portas de acesso e respectivos instrumentos é extremamente interessante por permitir manipulações intrabdominais mais fáceis e seguras e triangulações correctas, ao mesmo tempo que a agressão da parede abdominal é minimizada. Os resultados quer em termos de dor, quer em termos cosméticos, são muito promissores.

Por último, ainda dentro do que foi acontecendo ao longo destes 20 anos, há que referir o desenvolvimento da informática e das suas soluções. Grande número de programas foram desenhados com o propósito específico de trabalhar dados e informação médica. Estes programas permitem que haja registos detalhados do que se faz, dos resultados e dos dados encontrados. As capacidades da informação baseada na imagem são enormes e não há razão para não se ter um registo vídeo de todos os procedimentos feitos ou, pelo menos, de imagens (vídeo ou fixas) de passos cruciais das cirurgias, como forma de atingir melhores níveis de qualidade, de proceder a auditorias e como meio de defesa de actuação, em casos de litígio; do mesmo modo o registo correcto e cuidado de todos os passos e de todas as actuações feitas, bem como de incidentes intra operatórios, permitem o caminho para o aumento continuado da Qualidade e melhoria dos métodos de educação e treino.

Contacto

jschiappa@net.vodafone.pt



GLÂNDULA TIRÓIDE

ANATOMIA, CLÍNICA E TÉCNICA CIRÚRGICA

22 e 23 de Maio de 2012

Hospitais da Universidade de Coimbra
Faculdade de Medicina de Coimbra

PRESIDENTE DO CURSO

Fernando José Oliveira

ORGANIZAÇÃO

António Bernardes

PARTICIPAÇÃO

Ana Velez; Antonino Barros; António Pinho; Armando Medeiros; Catarina Melo; Cristina Ribeiro; Dulce Diogo; Fernando Manata; Francisco Carrilho; João Almeida; Liliana Coutinho; Lina Carvalho; Luís Silveira; Maria João Martins; Miguel Melo; Mónica Martins; Paulo Coelho

DIA 22 de Maio

08:00 - INSTITUTO DE ANATOMIA NORMAL:

Anatomia cirúrgica. Vídeos.

Dissecção em peças de cadáver (com músculos pré-tiroideus, nervos laríngeos superior e recorrente, glândulas paratiroideias e estruturas vasculares).

15:00 - SERVIÇO DE CIRURGIA B DOS HUC:

Sessões teóricas: Cirurgia; Endocrinologia e Anatomia Patológica.

DIA 23 de Maio

08:00 - BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL:

Ajudas em intervenções cirúrgicas.

15:00 - AVALIAÇÃO FINAL

SERVIÇO DE CIRURGIA B e TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA

(Dir.: Prof. Doutor Fernando J. Oliveira)

INSTITUTO DE ANATOMIA NORMAL

(Dir.: Prof. Doutor António Miguéis)

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL - DELEGAÇÃO DE COIMBRA

(Dir.: Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira)

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA E BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

(Dir.: Dr. José M. Nunes)

Patrocínio: SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA e SOCIEDADE ANATÓMICA PORTUGUESA

Secretariado
Filipa Gonçalves / Paula Almeida
paulaalmeida@huc.min-saude.pt
Tel: 239 400 416

Colaboração
Horácio Marques
Joaquim Alexandre

Apoio e Inscrições

