



Revista Portuguesa
de

í r u r g i a

Suplemento • Março 2017

XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

PROGRAMA

E

RESUMOS

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

PROGRAMA

e

RESUMOS

16 a 18 de Março de 2017

FIGUEIRA DA FOZ



Corpo Editorial Editor Chefe – Jorge Penedo (Centro Hospitalar de Lisboa Central), Editor Científico – *Carlos Costa Almeida* (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), Editores Associados – *António Gouveia* (Centro Hospitalar de S. João), *Beatriz Costa* (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), *Nuno Borges* (Centro Hospitalar de Lisboa Central), Editores Eméritos – *José Manuel Schiappa* (Hospital CUF Infante Santo) *Vitor Ribeiro* (Hospital Privado da Boa Nova, Matosinhos) • **Conselho Científico** *António Marques da Costa* (Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa), *A. Araújo Teixeira* (Instituto Piaget, Hospital de S. João, Porto), *Eduardo Barroso* (Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa), *F. Castro e Sousa* (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra), *Fernando José Oliveira* (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra), *Francisco Oliveira Martins* (Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa), *Gil Gonçalves* (Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira), *Henrique Bicha Castelo* (Hospital do SAMS, Lisboa), *João Gíria* (Hospital CUF, Infante Santo, Lisboa), *João Patrício* (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra), *Jorge Girão* (Hospital CUF Infante Santo, Lisboa), *Jorge Maciel* (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia), *Jorge Santos Bessa* (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa), *Júlio Leite* (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra), *José Guimarães dos Santos* (Instituto de Oncologia do Porto, Porto), *José Luís Ramos Dias* (Hospital CUF Descobertas, Lisboa), *José M. Mendes de Almeida* (Hospital CUF Descobertas, Lisboa), *Nuno Abecassis* (Instituto Português de Oncologia de Lisboa), *Pedro Moniz Pereira* (Hospital Garcia de Orta, Almada), *Rodrigo Costa e Silva* (Hospital CUF Cascais, Cascais) • **Edição e Propriedade** Sociedade Portuguesa de Cirurgia – Rua Xavier Cordeiro, 30 – 1000-296 Lisboa, Tels.: 218 479 225/6, Fax: 218 479 227, secretariado.revista@spcir.com • **Redacção e Publicidade** SPC Depósito Legal 255701/07

Índice

ÓRGÃOS SOCIAIS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA	3
PATROCINADORES DO CONGRESSO	4
MENSAGEM DO PRESIDENTE	5
MENSAGEM DO PRESIDENTE DE HONRA	7
PROGRAMA DO XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA	9
SESSÕES COMUNICAÇÃO ORAL.	28
SESSÕES VÍDEO	35
SESSÕES POSTER	39
REGULAMENTO DE APRESENTAÇÃO E SELEÇÃO DE COMUNICAÇÕES	55
NORMAS DE APRESENTAÇÃO E DE MODERAÇÃO DE SESSÕES CIENTÍFICAS	57
RESUMOS	61



SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

Órgãos Sociais

DIRECÇÃO

PRESIDENTE

Prof. Dr. Eduardo Barroso Garcia Silva

VICE-PRESIDENTES

Prof. Dr. José Guilherme Lopes Rodrigues Tralhão
Dr. José Eduardo Fernandes Costa Maia

SECRETÁRIO-GERAL

Dr. Gil Francisco Couto Gonçalves

SECRETÁRIOS-GERAIS ADJUNTOS

Dr. Jaime Daniel Pacheco Martinho Vilaça
Dr. Jorge de Almeida Pereira
Dr. Hugo Silva Carvalho Pinto Marques

TESOUREIRO

Dr. Vasco Alves de Moura Geraldès

TESOUREIRO ADJUNTO

Dr. João Manuel Rodrigues Coutinho

VOGAIS

Dr. Jorge Manuel Nunes dos Santos
Dra. Carla Augusta Freitas
Dr. Eduardo Jorge Gonçalves Oliveira
Dr. Vitor Manuel Ribeiro Faria
Dra. Isabel Maria Rodrigues do Nascimento
Dr. Jorge Manuel Caravana Santos Silva

CONSELHO FISCAL

PRESIDENTE

Dr. Nuno Gonçalo Ferreira Castela Abecasis

VOGAIS

Dra. Liliana Martins Coutinho Cabral Lopes
Dr. Fernando António O. Costa Ferreira

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

PRESIDENTE

Prof. Dr. Jorge Pires Maciel Barbosa

VICE-PRESIDENTE

Prof. Dr. Francisco D'Assis Pereira Oliveira Martins

SECRETÁRIOS

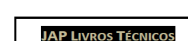
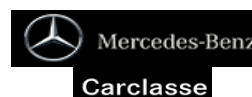
Dr. Fernando José Pacheco dos Santos Manata
Dra. Maria de Lurdes T. Esteves Gandra



SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA
XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

PATROCINADORES DO CONGRESSO

ETHICON
PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES



SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA



MENSAGEM DO PRESIDENTE

BEM-VINDO

A Sociedade Portuguesa de Cirurgia, vai realizar o seu XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA, no mesmo local do ano passado – Cento de Congressos do Hotel Euro Stars Oasis Plaza – Figueira da Foz de 16 a 18 de Março de 2017.

Temos como objectivo incentivar a troca de conhecimentos técnico-científicos entre pares e dessa forma melhorar a sua capacidade de desempenho profissional.

Vários temas foram preparados para debate, em diversas áreas da patologia com que nos deparamos no quotidiano e que nos suscitam dúvidas e preocupações. Aqui os trazemos a confronto de ideias, para que da experiência colectiva todos possamos beneficiar, muito em particular os doentes.

Haverá espaços que permitam um sã convivência e estreitamento de relacionamentos pessoais, bem como para apresentação de trabalhos – comunicações orais, vídeos e posters, onde quem assim o entender, poderá mostrar as suas vivências e experiência acumulada, que muito útil pode ser para os demais. Partilhar conhecimento é uma obrigação.

Pretendemos também, que esta reunião seja um fórum que extravase a ciência pura e que permita a discussão aberta de todo outro tipo de problemas, que afectam os profissionais de saúde e que há que não escamotear.

Para levarmos a cabo a tarefa de que nos incumbimos, convidamos e temos a honra de ter entre nós, uma plêiade de ilustres profissionais de várias áreas do conhecimento, quer nacionais quer estrangeiros, que de uma forma desinteressada e com sacrifícios pessoais e profissionais, acederam a colaborar connosco. Para todos a nossa profunda gratidão.

Convidamos todos a estarem presentes e a partilharem connosco o vosso conhecimento.

PROF. DR. EDUARDO BARROSO

Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia



SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA



MENSAGEM DO PRESIDENTE DE HONRA

A APOSENTAÇÃO O FUTURO E O TRABALHO

Carta aberta, dirigida aos meus colegas deste Congresso e não só...

Caros colegas entendo que perspetivar uma vida passa muito por identificar e antecipar eventuais percalços. Como é lógico o mesmo se aplica à aposentação.

Por isso queremos olhar de frente um daqueles incómodos incidentes que nos confronta sempre que, na idade da aposentação, surge a possibilidade do exercício de atividades na vertente pública do Estado. O que muito resulta de velhos preconceitos sobre a idade maior, práticas atávicas injustas e irracionais ou até leis impensáveis por absurdas. Atitudes e comportamentos hoje sem razão nem fundamentos que os justifiquem.

Factos como este obrigam-nos desde já a convocar duas condições que se nos afiguram de particular interesse e mais ponderáveis nesta matéria. A primeira foca a fundamental influência, hoje tão propagada, da persistente atividade psíquica na qualidade de vida das idades mais avançadas, a segunda assume a importância em preservar o capital de mérito dos seus atores profissionais, como a maior riqueza das instituições.

Porém, não devemos ignorar que a aposentação por regra, constitui o tempo do acabar, arrumando-se de vez toda uma experiência profissional quer ela seja de índole científica, clínica, apenas técnica ou de qualquer outra natureza idêntica. Assim, toda uma sabedoria tantas vezes longamente adquirida pode apenas sumir-se como se nem tivesse existido. Podem mesmo, e felizmente, restar tão só as mais gratas recordações afetivas, ou quando muito, resquícios simbólicos dum passado de trabalho, de experiência e estudo dedicados àquele mundo profissional.

Para cúmulo do que falo, e ora assumindo uma atitude bastante bizarra, até a própria legislação decretou, não há muito, penalizar pelo trabalho em instituições públicas, umas criaturas que só têm de estar afastadas ou quando muito quietas. O alvo de tal lei, imagine-se, era o cidadão enquanto profissional aposentado mesmo quando em atividade pro bono. Estranho e absurdo intento do legislador.

Bem a este propósito, quero contar uma pequena, mas atual e significativa história que me ocorre, não tanto como exemplo confirmativo do que tenho dito, mas antes como uma denúncia e um marcante modelo radicalmente contrário ao problema que me preocupa.



Acontece que, recentemente, há poucos meses apenas, fui convidado a assistir à cerimónia de investidura de professor Emérito dum grande amigo da minha juventude. Vim então a saber que, mesmo estando aposentado há muito, o meu amigo se ocupava, na sua antiga instituição, de várias atividades quer de consultor, com opinião respeitada, quer de orientador de estagiários ou doutros profissionais em trabalhos da sua especialidade. Durante a atual cerimónia, foi-lhe ainda confirmada a continuidade nas funções que vinha exercendo.

E aqui acaba toda esta exemplar e aliciante história.

Sem qualquer dúvida, presenciamos uma justa consagração que premiou a experiência, o saber e o trabalho realizados. Em suma, e de facto, tratou-se de eleger o mérito profissional como a mais certa prioridade e consequente acréscimo à qualidade da própria instituição.

Creio que será uma legitima e futura ambição, para os vindouros que nisso tenham interesse sendo aptos, o acesso a estas ou outras formas de aposentação ativa na própria profissão, mesmo no domínio público.

Porém, se mudar as leis é fácil, o pior são os tais e obscuros preconceitos etários, velhos hábitos retrógrados e procedimentos afins sempre tão acomodados. Mas não nos conformemos apenas com a eterna esperança no provir incerto.

Para já, podemos continuar a vida na aposentação nas suas mais diversas facetas nos seus enlevos e enfados, alegrias e angústias, mas se a questão for alguma atividade em Instituição estatal, então é só desistir ou buscar outras paragens.

Despeço-me agora, desejando a todos os maiores êxitos nos trabalhos e debates do Congresso.

Saudações calorosas e fraternas.

DR. MANUEL DIAZ GONÇALVES

Presidente de Honra

P.S.: por lapso, esqueci-me de dizer que o protagonista da história acima contada e meu amigo, ao tempo também festejava a passagem dos seus 80 anos de vida e, sobretudo, que a sede da referida cerimónia, não só era uma instituição do Estado e totalmente pública, como não pertencia ao domínio da Medicina. Para quem se interesse, a lei acima referida é a Lei 11-2014 de 6 de março, artigo 78. É tudo por agora...



SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA
XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

PROGRAMA DO CONGRESSO



QUINTA-FEIRA, 16 DE MARÇO DE 2017

CURSOS PRÉ-CONGRESSO

08h30 – 13h30	Sala 8	Sala 3	Sala 4	Hospital da Figueira da Foz	Sala 11	Sala 12	Sala 2	Sala 1			
	CIRURGIA MAMÁRIA Abordagem interdisciplinar do cancro da mama. <i>Current surgical best practices</i>	CIRURGIA VASCULAR Aspectos Práticos no Diagnóstico, Tratamento e Prevenção do Tromboembolismo	HEPATOBILIOPANCREÁTICO O transplante hepático na formação do interno	CIRURGIA ENDÓCRINA Introdução à ecografia de tiróide e paratiróide	C. INTENSIVOS, TRAUMA E CIR. URGÊNCIA Organização da resposta a catástrofe em Portugal. O terrorismo pode ser uma ameaça?	ESOFAGOGASTRODUODENAL Discussão de casos clínicos	PAREDE ABDOMINAL Reconstrução abdominal complexa	COLOPROCTOLOGIA Urgências em coloproctologia			
14h00 – 16h00	XXXVII CONGRESSO NACIONAL										
	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5	Sala 6	Sala 7	Sala 8	Sala 9	Sala 10	Sala 11
	CO 1	CO 2	CO 3	V 1	PO 1	PO 2	PO 3	PO 4	PO 5	PO 6	PO 7
16h00 – 16h30	INTERVALO										
16h30 – 18h30	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5	Sala 6					
	MESA REDONDA Competências não técnicas em cirurgia: liderança e harmonia	MESA REDONDA Avanços na cirurgia da tiróide		MESA REDONDA Intensivismo em cirurgia geral							
18h45	Sala 1										
	ASSEMBLEIA GERAL DA SPCIR										



QUINTA-FEIRA, 16 DE MARÇO DE 2017

CURSOS PRÉ-CONGRESSO

08h30 – 13:00

CIRURGIA MAMÁRIA – ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR DO CANCRO DA MAMA. CURRENT SURGICAL BEST PRACTICES

Moderadores

Teresa Santos, Eugénia Granjo, Maria Gabriela Valadas

Casos Clínicos

apresentado pelos Hospitais de ULS Alto Minho, CHEntre Douro e Vouga, IPO Coimbra, ULSLitoral Alentejano, CH Algarve

Discussão

Noémia Afonso, Luis Azevedo, Paulina Lopes, José Carlos Marques, Conceição Leal, Pedro Chinita, Luzia Travado, Natividade Ladeira

08h30 – 13:00

CIRURGIA VASCULAR – Aspectos Práticos no Diagnóstico, Tratamento e Prevenção do Tromboembolismo

Sessão de abertura

Eduardo Barroso, António Meneses, Aida Paulino, Pratas Balhau

Presidente

Carlos Costa Almeida

Moderadores

Aida Paulino, José Neves

Comentadores

Luis Reis, Ana Formiga

História do tromboembolismo

Luís Silveira

Fisiopatologia do Tromboembolismo

Pedro Vaz

Diagnóstico clínico do Tromboembolismo

Natália Santos

Diagnóstico imagiológico do Tromboembolismo

Tiago Bilhim

Tratamento: HBPM e Anticoagulantes orais

Pereira Alves

Moderadores

Gilberto Figueiredo, Daniel Cartucho

Comentadores

Luis Carvalho, Conceição Marques

Prevenção: HBPM e Anticoagulantes orais

Beatriz Mourato

Meias Elásticas

Pratas Balhau

Tromboembolismo e Doença Oncológica

Carlos E. Costa Almeida



08h30 – 13h00

HEPATOBILIOPANCREÁTICO – O TRANSPLANTE HEPÁTICO NA FORMAÇÃO DO INTERNO

Transplante de órgãos abdominais I

Moderadores

Américo Martins, Guilherme Tralhão

O racional da Transplantação de órgãos

Luis Graça

Indicações, seleção do recetor, e timing do transplante

Raquel Mega

Limites na doação dos órgãos- critérios expandidos e interdisciplinares

Helena Pessegueiro

Limites na doação dos órgãos – dador vivo

Emanuel Furtado

Limites na doação dos órgãos – dador em assistolia

Paulo Mergulhão

O papel da colheita multiorgânica na formação do interno de Cirurgia Geral

João Santos Coelho

Transplante de órgãos abdominais II

Moderadores

Eduardo Barroso, Jorge Daniel

Tips and tricks in the back table

Ana Marta Nobre

A hepatectomia do recetor

Paulo Soares

Técnica de implantação – Fígado

Dulce Diogo

Técnica de implantação – Renopancreático

Jorge Paulino

Complicações pós-operatórias – o papel do cirurgião Geral

Ricardo Martins

Manuseamento e seguimento do doente transplantado: princípios básicos de imunossupressão

Sofia Ferreira

Transplante hepático – novas indicações

Emanuel Vigia

08h30 – 13h00

Hospital da Figueira da Foz

CIRURGIA ENDÓCRINA – INTRODUÇÃO À ECOGRAFIA DE TIRÓIDE E PARATIRÓIDE

Introdução

Apresentação do curso

João Capela

Ecografia da tireóide e cadeias ganglionares: anatomia ecográfica

Pedro Sá Couto



Ecografia da tireóide: patologia ecográfica

Ana Oliveira

Ecografia da paratireóide: indicações e anatomia ecográfica

João Capela

Indicações para biopsia guiada por ecografia

Henrique Candeias

Noções básicas de biopsia guiada por ecografia

Virgínia Soares

Casos clínicos: fotos e vídeos

João Capela

Manuseamento do ecógrafo

Monitores

Ana Oliveira, Henrique Candeias, João Capela, Pedro Sá Couto, Virgínia Soares

Tireóide normal

Casos práticos: Patologia tireoideia, paratireoideia e adenomegalias

08h30 – 10h00

C. INTENSIVOS, TRAUMA E CIR. URGÊNCIA – ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA A CATÁSTROFE EM PORTUGAL. O TERRORISMO PODE SER UMA AMEAÇA?

Presidente

Pedro Ramos

Moderadores

Fernando Próspero, Nuno Carvalho, Beatriz Costa

Organização da resposta em Portugal – modelo existente Autoridade N. Proteção Civil

INEM – que papel

Ivo Cardoso

Proteção Civil em Portugal

PSP-SI

Norberto Rodrigues

RSB Lisboa

Pedro Patrício

Medical Response to major incidents – MRMI

Rómulo Ribeiro

Formação em catástrofe em Portugal – futuro

Carmo Caldeira

08h30 – 13h00

ESOFAGOGASTRODUODENAL – DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS

Introdução

Rui Casaca

Mesa 1

Moderadores

José Carlos Campos; António Bettencourt

S. Boerhave – cirurgia de resseção diferida

José Carlos Campos



Ressecção esofágicos pós perfuração tumoral

Rui Casaca; Rodrigo Oom

Mesa 2

Moderadores

Carlos Nogueira; José Barbosa

S. Boerhave – cirurgia de emergência com rafia

Carlos Nogueira

Deiscência de anastomose intratorácica

José Carlos Campos

08h30 – 13h00

PAREDE ABDOMINAL – RECONSTRUÇÃO ABDOMINAL COMPLEXA

Definições e otimização pré-operatória

Joana Correia

Como abordar o doente com perda de domicílio

Fernando Ferreira

Quando não operar

Emanuel Guerreiro

Obesidade Mórbida e Reconstrução Abdominal Complexa

Eva Barbosa

Escolha da Técnica cirúrgica

Joana Correia, Fernando Ferreira

Escolha da rede a usar

António Manso

Separação de componentes anterior (aberta e vídeo assistida)

Emanuel Guerreiro, Eva Barbosa

Separação de componentes posterior

Jorge Pereira

Outras técnicas de Reconstrução abdominal

Fernando Ferreira

Discussão de casos clínicos

08h30 – 13h00

COLOPROCTOLOGIA – URGÊNCIAS EM COLOPROCTOLOGIA

Urgências proctológicas

Doença hemorroidária complicada

Manuel Limbert

Fissura anal

Ana Povo

Abcesso perianal

Nuno Rama

Discussão

Diverticulite aguda



Abordagem diagnóstica e classificação*Mónica Sampaio***Tratamento conservador: qual, como e quando***Sandra Amado***Tratamento cirúrgico: qual, como e quando***Nuno Rama***Discussão****Hemorragia digestiva baixa****Dificuldades no diagnóstico***Cristina Silva***Tratamento conservador: quando não operar***Diogo Albergaria***Tratamento cirúrgico: qual e por que abordagem***Marisa Santos***Discussão****Oclusão intestinal baixa****Etiologia e estratégia diagnóstica***Sandra Amado***Papel da colonoscopia***Filipe Silva***Opções cirúrgicas***Rita Barroca***Discussão****14h00 – 16h00****XXXVII CONGRESSO NACIONAL****Sala 1****CO 1****Presidente:** *Pinto Sousa*; **Moderadores:** *António Oliveira, João Casteleiro Alves***Sala 2****CO 2****Presidente:** *Américo Martins*; **Moderadores:** *Vitor Faria, José Cardoso***Sala 3****CO 3****Presidente:** *Carlos Neves*; **Moderadores:** *Margarida Brito e Melo, Ana Cristina Duarte***Sala 4****V 1****Presidente:** *Fernando Jasmins*; **Moderadores:** *Jorge Paulino, José Barbosa***Sala 5****PO 1****Moderadores:** *Edite Filipe, Trovão Lima*

Sala 6
PO 2 Moderadores: <i>Fernando Manata, Paulo Simões</i>
Sala 7
PO 3 Moderadores: <i>Joaquim Falcão, Rui Almeida</i>
Sala 8
PO 4 Moderadores: <i>Pratas Balhau, António Ferreira</i>
Sala 9
PO 5 Moderadores: <i>Aida Paulino, Marta Guimarães</i>
Sala 10
PO 6 Moderadores: <i>José Neves, Maria Gorete Jorge</i>
Sala 11
PO 7 Moderadores: <i>Hamilton Baptista, Eduardo Oliveira</i>
16h00 – 16h30
INTERVALO
16h30 – 18h30
Sala 4
MESA REDONDA: INTENSIVISMO EM CIRURGIA GERAL
Presidente <i>F. Oliveira Martins</i>
Moderadores <i>Nuno Carvalho; Fernando Próspero</i>
Como monitorizar a sépsis <i>Pedro Póvoa</i>
Peritonite terciária: o estado da arte <i>Nuno Figueiredo</i>
Damage control na sépsis <i>F. Oliveira Martins</i>
Abdómen aberto: há algo de novo? <i>Joana Correia</i>
16h30 – 18h30
Sala 1
MESA REDONDA: COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS EM CIRURGIA: LIDERANÇA E HARMONIA
Presidente <i>Costa Maia</i>
Moderadores <i>Guilherme Tralhão, Hugo P. Marques, Eurico Castro Alves</i>



Introdução*Costa Maia***Olhar para o ar***Armindo Martins***Liderança e Harmonia***Joana Carneiro***Competências não técnicas e cirurgia de precisão***Eduardo Barroso***16h30 – 18h30****Sala 2****MESA REDONDA: AVANÇOS NA CIRURGIA DA TIRÓIDE****Presidente***Sobrinho Simões***Moderadores***João Capela; J. Rosa Santos***Contributo dos estudos genéticos e moleculares para a cirurgia da tiróide***Miguel Melo***Novas vias de abordagem***Jaime Vilaça***Técnica operatória: Novas tecnologias***Pedro Gomes***Técnica operatória: verde de indocianina***Pablo Moreno***Terapia-alvo no cancro da tiróide***Valeriano Leite***18h45****Sala 1****ASSEMBLEIA GERAL DA SPCIR**

SEXTA-FEIRA, 17 DE MARÇO DE 2017

	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5	Sala 6	Sala 7	Sala 8	Sala 9	Sala 10	Sala 11
08h30 – 10h00	CO 4	CO 5	CO 6	V 2	PO 8	PO 9	PO 10	PO 11	PO 12	PO 13	PO 14
10h00 – 10h30	INTERVALO										
	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5	Sala 6	Sala 7	Sala 8	Sala 9	Sala 10	Sala 11
10h30 – 11h30	PRÓS E CONTRAS ALPPS/ Hepatectomia em dois tempos	PRÓS E CONTRAS Tratamento médico/cirúrgico da apendicite aguda		SIMPÓSIO Nova abordagem terapêutica na síndrome do intestino curto			PRÓS E CONTRAS DRGE				
11h30 – 13h00	Sala 1 SESSÃO DE ABERTURA										
13h00 – 14h00	ALMOÇO										
	Sala 1										
14h00 – 14h30	CONFERÊNCIA Ressecção hepática anatômica para o carcinoma hepatocelular										
	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5	Sala 6	Sala 7	Sala 8	Sala 9	Sala 10	Sala 12
14h30 – 16h30	MESA REDONDA AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS O cirurgião tem que conviver com a "aceitação da incerteza"?	CO 7	CO 8	V 3	PO 15	PO 16	PO 17	PO 18	PO 19	PO 20	V 4
16h30 – 17h00	INTERVALO										
	Sala 1	Sala 2				Sala 4					
17h00 – 17h30						CONFERÊNCIA Centros de referência					
17h45 – 18h15	MESA REDONDA DE INTERNOS Investigação no internato	MESA REDONDA Avanços na cirurgia do recto				CONFERÊNCIA Exploração laparoscópica da via biliar principal					
18h30 – 19h00						CONFERÊNCIA Cirurgia de precisão: o conceito					
20h30	JANTAR OFICIAL DO CONGRESSO										



SEXTA-FEIRA, 17 DE MARÇO DE 2017

08h30 – 10h00

Sala 1

CO 4

Presidente: *Carlos Costa Almeida*; **Moderadores:** *Hermínia Martins, Carlos Casimiro*

Sala 2

CO 5

Presidente: *Taveira Gomes*; **Moderadores:** *Janeiro Neves, Carlos Santa Rita*

Sala 3

CO 6

Presidente: *Rui Maio*; **Moderadores:** *José Lima, Rosário Eusébio*

Sala 4

V 2

Presidente: *Mesquita Rodrigues*; **Moderadores:** *Carlos Alpoim, Horta Oliveira*

Sala 5

PO 8

Moderadores: *Gilberto Figueiredo, Pedro Koch*

Sala 6

PO 9

Moderadores: *Teresa Santos, Jorge Guimarães Santos*

Sala 7

PO 10

Moderadores: *Eugénia Granjo, Donzília Brito*

Sala 8

PO 11

Moderadores: *Gabriela Valadas, Alexandre Monteiro*

Sala 9

PO 12

Moderadores: *Rui Alves Garcia, John Preto*

Sala 10

PO 13

Moderadores: *José Mário Coutinho, Raquel Mega*

Sala 11

PO 14

Moderadores: *Eva Barbosa, António Ruivo*

10h00 – 10h30

INTERVALO

10h30 – 11h30

Sala 3

SIMPÓSIO: NOVA ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA SÍNDROME DO INTESTINO CURTO

10h30 – 11h30



Sala 2

PRÓS E CONTRAS: TRATAMENTO MÉDICO/CIRÚRGICO DA APENDICITE AGUDA

Presidente

Isabel Nascimento

Moderadores

Lucília Conceição, Ana Velez

Tratamento médico

Beatriz Costa

Tratamento cirúrgico

Joana Simões

10h30 – 11h30

Sala 1

PRÓS E CONTRAS: ALPPS/ HEPATECTOMIA EM DOIS TEMPOS

Presidente

F. Castro Sousa

Moderadores

Hugo P. Marques, Luis Graça

ALPPS

Pierre A. Clavien

Hepatectomia em dois tempos

J. N. Vauthey

10h30 – 11h30

Sala 4

PRÓS E CONTRAS: DRGE (Doença de Refluxo Gastro Esofágico)

Presidente

Jorge Maciel

Moderadores

João Sacadura, Paulo Souto

Tratamento médico

Miguel Mascarenhas Saraiva

Tratamento cirúrgico

Alberto Martinez Isla

11h30 – 13h00

Sala 1

SESSÃO DE ABERTURA

Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Eduardo Barroso

Conferência não médica – “Como se motiva uma equipa”

Tomaz Morais

Presidente de Honra

Diaz Gonçalves

Sua Excel^ª Ministro da Saúde

Adalberto Campos Fernandes



Bastonário da Ordem dos Médicos

Miguel Guimarães

Presidente do Colégio de Cirurgia Geral da OM

António Menezes da Silva

Convidados

Presidente da C.M. Figueira da Foz – João Ataíde

Presidente do C.A. do Hospital da Figueira da Foz – Pedro Beja Afonso

Diretor Clínico do Hospital da Figueira da Foz – José Grilo Gonçalves

Apresentação e atribuição de insígnias aos novos sócios honorários da SPCIR:

Masatoshi Makuuchi, J. Nicholas Vauthey, Pierre Alain Clavien, Joseph Amaral

13h00 – 14h00

ALMOÇO

14h00 – 14h30

Sala 1

CONFERÊNCIA: RESSEÇÃO HEPÁTICA ANATÓMICA PARA O CARCINOMA HEPATOCELULAR**Presidente**

Costa Maia

Conferencista

Masatoshi Makuuchi

14h30 – 16h30

Sala 1

MESA REDONDA – AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS**O CIRURGIÃO TEM QUE CONVIVER COM A “ACEITAÇÃO DA INCERTEZA”?****Presidente**

Francisco Castro Sousa

Comentadores

Paulo Costa, Júlio Leite

Da contigência e da incerteza numa praxis que não parece tolerar o erro

Olivier Ferron

Tomar decisões com base em dados imperfeitos e conhecimentos limitados

António Vaz Carneiro

A 2ª opinião durante o ato operatório- consequências práticas e éticas

Jorge Maciel

Conviver com a incerteza: decidir na urgência

Henrique Alexandrino

Modelos de comportamento disruptivo do cirurgião- inadaptação à incerteza

Costa Maia

Incerteza e burnout – a experiência dos internos

Miguel Frois

14h30 – 16h30

Sala 2

CO 7

Presidente: *Jorge Caravana*; **Moderadores:** *Paulo Mira, António Gouveia*



Sala 3
CO 8 Presidente: <i>Carlos Ferreira</i> ; Moderadores: <i>Ilda Barbosa, Mahomed Americano</i>
Sala 4
V 3 Presidente: <i>Rogério Matias</i> ; Moderadores: <i>Fernando Manso, Eduardo Oliveira</i>
Sala 12
V 4 Presidente: <i>Duarte Soares</i> ; Moderadores: <i>Fernando Próspero, Augusto Lourenço</i>
Sala 5
PO 15 Moderadores: <i>Gina Melo, Ana Azevedo</i>
Sala 6
PO 16 Moderadores: <i>Paula Tavares, Anabela Rocha</i>
Sala 7
PO 17 Moderadores: <i>Isabel Ferrão, António Gouveia</i>
Sala 8
PO 18 Moderadores: <i>Elsa Francisco, Humberto Cristino</i>
Sala 9
PO 19 Moderadores: <i>Alexandre Duarte, Carlos Miranda</i>
Sala 10
PO 20 Moderadores: <i>António Folgado, José Paulo Freire</i>
16h30 – 17h00
INTERVALO
17h00 – 19h00
Sala 1
MESA REDONDA DE INTERNOS – INVESTIGAÇÃO NO INTERNATO
Presidente <i>Eduardo Barroso, António Menezes</i>
Moderadores <i>Octávio Viveiros, Hugo Pinto Marques, Guilherme Tralhão</i>
Importância da metodologia científica e a “falsa” ciência <i>Helena Donato</i>
Investigação no Internato de Cirurgia Geral – Ponto de Situação Nacional <i>David Aparício</i>
Investigação Clínica – as dificuldades de um Hospital Distrital <i>Ricardo Rocha</i>



<p>Investigação Básica – Desafios e oportunidades <i>Ricardo Martins</i></p> <p>Investigação: a organização de um Serviço, de um Hospital, de um País <i>Ramon Gorter</i></p> <p>A visão de um expert <i>Pierre Alain Clavien</i></p>
17h00 – 17h30
Sala 4
CONFERÊNCIA: CENTROS DE REFERÊNCIA
<p>Presidente <i>Júlio Leite</i></p> <p>Conferencista <i>Jorge Penedo</i></p>
17h45 – 18h15
Sala 4
CONFERÊNCIA: EXPLORAÇÃO LAPAROSCÓPICA DA VIA BILIAR PRINCIPAL
<p>Presidente <i>Gil Gonçalves</i></p> <p>Conferencista <i>Martinez Isla</i></p>
18h30 – 19h00
Sala 4
CONFERÊNCIA: CIRURGIA DE PRECISÃO: O CONCEITO
<p>Presidente <i>F. José Oliveira</i></p> <p>Conferencista <i>Eduardo Barroso</i></p>
17h00 – 19h00
Sala 2
MESA REDONDA: AVANÇOS NA CIRURGIA DO RECTO
<p>Presidente <i>Pedro Correia da Silva</i></p> <p>Moderadores <i>Nuno Rama; Vasco Geraldès</i></p> <p>TME e terapêutica neoadjuvante. Onde estamos? <i>Bill Heald</i></p> <p>TaTME: estado da arte <i>Susana Ourô</i></p> <p>Wait and Watch O que fazer com as recorrências locais? <i>Nuno Figueiredo</i></p>
20h30
JANTAR OFICIAL DO CONGRESSO



SÁBADO, 18 DE MARÇO DE 2017

SÁBADO, 18 DE MARÇO DE 2017						
08h00 – 08h30	Sala 1	Sala 2		Sala 4		
08h30 – 09h00	MESA REDONDA Carcinoma gástrico	MESA REDONDA Excisão do mesocólon		MELHORES VÍDEOS		
09h00 – 09h30						
09h30 – 10h00						
10h00 – 10h30	INTERVALO			MELHORES E-PÓSTER		
10h30 – 10h45	Sala 1	Sala 2				
10h45 – 11h00	PROVA DE CARAS	MESA REDONDA O cirurgião geral de/na urgência		MELHORES COMUNICAÇÕES ORAIS		
11h00 – 11h45						
11h45 – 12h00						
12h00 – 12h30						
12h30 – 12h30						
12h30 – 13h00	Sala 1	Sala 2				
12h30 – 13h00	CONFERÊNCIA Inovação e o papel do cirurgião	CONFERÊNCIA Aspetos técnicos das hepatectomias major e poupadoras de parênquima: <i>tips and tricks</i>				
13h15	SESSÃO DE ENCERRAMENTO					



SÁBADO, 18 DE MARÇO DE 2017

08h00 – 10h00

Sala 1

MESA REDONDA: CARCINOMA GÁSTRICO

Presidente

Salvador Navarro; Jorge Santos

Moderadores

Ana Raimundo; Luisa Quaresma, José Barbosa

Terapêutica peri operatória

Lúcio Lara

Linfadenectomia

Paulo Costa

Cirurgia minimamente invasiva- que limites?

Ismael Diez del Val

Carcinoma junção EG, tipo II, como trato?

Peter Vorwald

08h00 – 10h00

Sala 2

MESA REDONDA: EXCISÃO DO MESOCÓLON

Presidente

João Pimentel

Moderadores

Manuel Limbert, Marisa Santos

Excisão total do mesocólon: conceito e resultados

Werner Hohenberger

Excisão total do mesocólon: abordagem minimamente invasiva

Carmen Balagué

Avaliação da qualidade de ressecção do cancro do cólon

António Alves

10h00 – 10h30

INTERVALO

10h30 – 12h30

Sala 2

MESA REDONDA: O CIRURGIÃO GERAL DE/NA URGÊNCIA

Presidente

Pedro Ramos

Moderadores

Carla Freitas; Alberto Midões

Competências do cirurgião Geral na urgência

Renato Bessa Melo

Vale a pena criar uma subespecialidade de cirurgia de urgência?

Jorge Pereira



<p>Que modelo de urgência para Portugal e que papel para a Cirurgia Geral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visão do Hospital – José Artur Paiva • Visão do diretor de Cirurgia Geral – João Coutinho
10h30 – 12h30
Sala 1
PROVA DE CARAS
<p>Presidente <i>H. Bicha Castelo</i></p> <p>Moderadores <i>F. Caseiro Alves, Pedro Amaro, Anabela Barros</i></p> <p>Caso clínico Norte <i>Marisa Aral</i></p> <p>Caso clínico Centro <i>Júlio Constantino</i></p> <p>Caso clínico Sul <i>Artur Canha Silva</i></p>
12h30 – 13h00
Sala 1
CONFERÊNCIA: INOVAÇÃO E O PAPEL DO CIRURGIÃO
<p>Presidente <i>João Gíria</i></p> <p>Conferencista <i>Joseph Amaral</i></p>
12h30 – 13h00
Sala 2
CONFERÊNCIA: ASPETOS TÉCNICOS DAS HEPATECTOMIAS MAJOR E POUPADORAS DE PARÊNQUIMA: TIPS AND TRICKS
<p>Presidente <i>Eduardo Barroso</i></p> <p>Conferencista <i>Jean N. Vauthey</i></p>
08h00 – 09h30
Sala 4
MELHORES VÍDEOS
<p>Presidente <i>Rodrigo Costa Silva</i></p> <p>Moderadores <i>Mário Nora, Vitor Valente</i></p>
09h30 – 10h45
Sala 4
MELHORES E-PÓSTER
<p>Presidente <i>J. Corte Real</i></p>



Moderadores <i>António Bernardes, Pimenta da Rocha</i>
10h45 – 12h30
Sala 4
MELHORES COMUNICAÇÕES ORAIS
Presidente <i>Carlos Nogueira</i> Moderadores <i>C. Costa Almeida, Nuno Abecasis</i>
13h15
Sala
SESSÃO DE ENCERRAMENTO



SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

SESSÕES COMUNICAÇÃO ORAL



QUINTA-FEIRA, 16 DE MARÇO

14:00

SESSÕES DE COMUNICAÇÃO ORAL

CO 1

Sala 1

Presidente: *Pinto Sousa*

Moderadores: *António Oliveira, João Casteleiro Alves*

C 448	1062559	Abdómen Aberto – casuística de um serviço de Cirurgia Geral	<i>Luciana Costa</i>
C 132	2708848	A Procalcitonina e a Proteína C Reactiva como Marcadores Precoces de Infecção Intra-Abdominal Pós-Operatória após Cirurgia por Cancro Colo-Rectal	<i>Elias Dominguez-Comensaña</i>
C 348	8676082	Estudo prospetivo – Colocação de Dispositivo de Acesso Venoso Central Totalmente Implantável (DAVCTI): Técnica percutânea vs Técnica ecoguiada	<i>Miguel Fróis Borges</i>
C 396	1894036	Actividade da sintetase do óxido nítrico: factor determinante no prognóstico do traumatizado crítico?	<i>Beatriz P. Costa</i>
C 211	1616252	Perfurações iatrogénicas após Colonoscopia – É viável tratamento conservador?	<i>Miguel Cunha</i>
C 338	3005801	Subtipos intrínsecos de cancro mama – o fator preditivo mais importante para a resposta patológica completa à quimioterapia neoadjuvante	<i>Fabiana Sousa</i>
C 486	8890403	Cancro da mama – resposta patológica ganglionar completa após quimioterapia neoadjuvante	<i>Fabiana Sousa</i>
C 473	2997274	Avaliação de recorrências de fistulas anais após cirurgia “Ligation of Intersphincteric Fistula Tract” (LIFT)	<i>Joana Isabel Almeida</i>
C 593	2224109	Melanoma: Biologia tumoral e recidiva	<i>Ana Mesquita</i>
C 7	6374516	Como reduzir laparotomias desnecessárias? – a importância da laparoscopia de estadiamento na neoplasia gástrica	<i>Filipa Eiró</i>
C 275	7342986	Tratamento Cirúrgico da Acalásia – Experiência de 20 Anos	<i>Marisa Tomé</i>
C 397	2378592	Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) na apendicite aguda	<i>Nuno Carvalho</i>

CO 2

Sala 2

Presidente: *Américo Martins*

Moderadores: *Vitor Faria, José Cardoso*

C 551	2137917	Impacto da laqueação da artéria esplénica após hepatectomia major na função, regeneração e viabilidade	<i>Jorge Carrapita</i>
C 116	2840840	Adaptações Metabólicas na Técnica ALPPS – Como a Regeneração Hepática depende da Capacidade Bioenergética Celular	<i>Henrique Alexandrino</i>
C 115	2715821	Impacto da Trombocitose no Prognóstico do Cancro Gástrico	<i>Mariana Santos</i>
C 41	1632729	Efeito do bypass gástrico no controlo de diabetes tipo 2	<i>Miguel Rocha Melo</i>
C 432	2029552	Drenagem Percutânea Ecoguiada Realizada por Cirurgias – Uma Realidade?	<i>Rita Peixoto</i>
C 548	2588991	Sistemas de previsão de pancreatite aguda na admissão de uma unidade de cuidados intensivos: BISAP, BISAP – P, APACHE II, SOFA	<i>David Aparício</i>



C 405	9130219	Rotura Diafragmática Traumática – Revisão dos Últimos 10 Anos num Hospital Central	<i>Cristina Fernandes</i>
C 255	8471891	Fatores de risco para recidiva no adenocarcinoma do Cólon	<i>Ricardo Rocha</i>
C 282	1734098	Biopsia de gânglio sentinela e esvaziamento axilar – o Passado e o Presente na nossa Unidade da Mama	<i>Marta Martins</i>
C 434	1375738	Mastectomia Total Poupadora de Pele e de Complexo Aréolo-Mamilar	<i>Cristina Fernandes</i>
C 503	2120122	Gangrena de Fournier: o contributo da Terapia de Pressão Negativa	<i>Luisa Calais Pereira</i>
C 587	2813195	Doença de Crohn – 10 anos de experiência num centro único	<i>Marta Fragoso</i>

CO 3

Sala 3

Presidente: *Carlos Neves*

Moderadores: *Margarida Brito e Melo, Ana Cristina Duarte*

C 264	1762023	Gastrectomia laparoscópica em cancro gástrico: experiência de uma unidade de um Hospital de referência	<i>Telma Fonseca</i>
C 530	2348214	A Vitamina A e o Stress Oxidativo em modelos animais de Pancreatite Aguda	<i>Pedro Silva Vaz</i>
C 413	1848473	Neoplasia de Comportamento Incerto da Mama – Estudo de uma Unidade de Senologia	<i>Xavier de Sousa</i>
C 368	1122665	A Radioterapia Intra-Operatória no Tratamento do Carcinoma do Reto	<i>Mariana Peyroteo</i>
C 470	2604201	Abordagem Watch and Wait no tratamento do adenocarcinoma do recto baixo	<i>Rodrigo Oom</i>
C 431	5676755	Adenocarcinoma Primário do Intestino Delgado	<i>Cristina Fernandes</i>
C 441	3027190	Fatores de risco para invasão das margens após cirurgia conservadora no tratamento do cancro de mama	<i>Joana Magalhães</i>
C 24	1554077	Mortalidade em cirurgia hepática – comparação de modelos de risco	<i>Isabel Garrido</i>
C 575	2814986	Anastomose intracorpórea versus extracorpórea na hemicolectomia direita laparoscópica: experiência de um serviço	<i>Inês Campos Gil</i>
C 547	2935619	O score BISAP na predição da gravidade e mortalidade da Pancreatite Aguda	<i>Filipe Borges</i>
C 506	1732788	Experiência de 10 anos em Cirurgia Revisional Bariátrica num Centro de Tratamento Cirúrgico da Obesidade – estudo retrospectivo	<i>Manuel Rosete</i>



SEXTA-FEIRA, 17 DE MARÇO**08:00****SESSÕES DE COMUNICAÇÃO ORAL****CO 4****Sala 1****Presidente:** *Carlos Costa Almeida***Moderadores:** *Herminia Martins, Carlos Casimiro*

C 8	2363579	Ressecção anterior do recto com abordagem transanal: experiência inicial em 12 casos	<i>Júlio Leite</i>
C 91	1280135	Técnica de Bascom Modificada no Tratamento da Doença Pilonidal Sacrococcígea	<i>Vítor Devezas</i>
C 47	2298789	Carcinoma micropapilar invasivo puro da mama: Revisão de uma série de casos num período de 10 anos.	<i>Diana Fernandes</i>
C 256	1882408	Cancro Gástrico: avaliação da resposta tumoral e ganglionar à quimioterapia neoadjuvante	<i>Telma Fonseca</i>
C 127	1775787	Punção de Nódulos Cervicais para Doseamento Bioquímico	<i>João Capela Costa</i>
C 415	2968908	Colite ulcerosa: Biológicos ou Bolsa ileal?	<i>Ana Oliveira</i>
C 237	2069286	Fatores preditivos do síndrome da artéria esplénica pós transplante hepático: experiência de um centro.	<i>L. Domingues</i>
C 474	1585852	Trauma torácico – análise retrospectiva de scores de gravidade	<i>Cátia Ferreira</i>
C 393	2703507	Cirurgia hepática laparoscópica – 10 anos de experiência.	<i>Joana Figueiredo</i>
C 76	1056608	Perda ponderal na cirurgia bariátrica revisional: comparação de resultados	<i>Diana Gonçalves</i>
C 245	1788789	Avaliação da Recidiva no LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract): Resultados de um Hospital Terciário	<i>Ezequiel Silva</i>

CO 5**Sala 2****Presidente:** *Taveira Gomes***Moderadores:** *Janeiro Neves, Carlos Santa Rita*

C 205	2418407	Carcinoma da mama microinvasor: está justificado o estadiamento ganglionar?	<i>Ana Teresa Bernardo</i>
C 112	1869251	Disfunção Bioenergética Hepática na Patogénese da Toxicidade da Quimioterapia num Modelo Animal de Hepatectomia Major com Clampagem do Pedículo	<i>Henrique Alexandrino</i>
C 590	2195970	Volume Tumoral Total como Critério de Selecção para Transplante Hepático em Doentes com Hepatocarcinoma Fora dos Critérios de Milão	<i>Mafalda Sobral</i>
C 421	2162943	Síndrome de Roubo por Fístula Arteriovenosa: a propósito de casos clínicos	<i>José Miguel Baião</i>
C 350	8620368	Carcinoma hepatocelular: estudo de biomarcadores no diagnóstico precoce e no prognóstico em doentes de risco	<i>Ricardo Martins Silva</i>
C 328	2605239	Factores de prognóstico no Carcinoma Hepatocelular em Transplantação Hepática: determinantes na alocação de órgãos?	<i>Ricardo Martins</i>
C 410	2298590	A importância da proteína C-reativa na cirurgia colo-rectal: experiência de um serviço	<i>Liliana Duarte</i>
C 351	1449708	Polipose Gastroduodenal na Polipose Adenomatosa Familiar	<i>Fabiana Sousa</i>



C 233	2189790	“Análise de padrões histopatológicos de metástases de carcinoma colorretal e correlação com características do tumor primário”	<i>Rui Caetano Oliveira</i>
C 583	8835121	O Papel da Hepaticocoledocostomia na Reparação das Lesões Iatrogénicas da Via Biliar	<i>Susana Rodrigues</i>
C 376	2717852	Variante Folicular de Carcinoma Papilar – Quando uma Doença Benigna?	<i>Sofia Fonseca</i>
C 385	1396478	Haverá diferença na qualidade da linfadenectomia realizada em cirurgia urgente em relação à eletiva, nos doentes com cancro do cólon?	<i>Duarte Vieiros</i>

CO 6

Sala 3

Presidente: *Rui Maio*

Moderadores: *José Lima, Rosário Eusébio*

C 88	2277156	Tratamento Cirúrgico do Carcinoma do Esófago – Experiência de um Centro Hospitalar	<i>Vítor Devezas</i>
C 110	5388088	Metástases Hepáticas de Carcinoma Gástrico: Qual o Papel da Ressecção? Revisão Clínica e Patológica da Experiência de um Serviço	<i>Maria José Temido</i>
C 287	2015943	Paradigma dos Carcinomas Mucinosos na Abordagem das Metástases Hepáticas – Experiência de 5 Anos de um Centro de Referência	<i>Nádia Rodrigues da Silva</i>
C 14	2542270	Tamanho do nódulo, sexo e idade – qual a importância nas LFSI da tiróide?	<i>Ricardo Rodrigues Marques</i>
C 532	7631048	Avaliação de Resultados e da Qualidade de Vida após Coloproctomia Total	<i>Filipa Taré</i>
C 59	1873664	Impacto funcional do tratamento cirúrgico da neoplasia do recto (convencional vs laparoscópico) na qualidade de vida.	<i>Marta Reia</i>
C 447	1071053	Diverticulite aguda do cólon esquerdo como factor de risco de Adenocarcinoma do cólon esquerdo: estudo populacional	<i>David Aparício</i>
C 520	2993501	Tratamento Conservador da Colecistite Aguda – Que Resultados?	<i>Margarida Silva Ferreira</i>
C 149	9223563	Tratamento de tumores desmoides na Polipose Adenomatosa Familiar: resultados em 17 doentes	<i>Wilson Malta</i>
C 252	2176761	Será seguro uma atitude “wait and see” após um episódio de diverticulite aguda complicada?	<i>Ezequiel Silva</i>
C 280	2420306	Cirurgia Oncoplástica da Mama: Experiência da nossa Unidade	<i>Diana Brito</i>



SEXTA-FEIRA, 17 DE MARÇO

14:30

SESSÕES DE COMUNICAÇÃO ORAL

CO 7

Sala 2

Presidente: Jorge Caravana

Moderadores: Paulo Mira, António Gouveia

C 75	1931788	Litíase vesicular e Cirurgia Bariátrica: tratar ou não tratar?	<i>Marina Morais</i>
C 190	2012219	O Impacto da Radioterapia Adjuvante em Doentes com Metástases Ganglionares de Melanoma Maligno com Critérios de Alto Risco Submetidos a Linfadenectomia.	<i>Joana Bárto</i>
C 84	2024064	Gastrectomia Total Profilática em Portadores de Mutação Germinativa do Gene CDH1	<i>Vitor Devezas</i>
C 398	3159357	Metástases cutâneas no cancro da mama – qual o papel da electroquimioterapia?	<i>Rodrigo Oom</i>
C 177	1875351	A biópsia de gânglio sentinela é necessária na totalização de mastectomia por carcinoma ductal in situ?	<i>Cátia Ribeiro</i>
C 117	4056919	Doentes submetidos a ressecção pancreática e transplante hepático: experiência de um centro	<i>Sofia Costa Corado</i>
C 564	3074196	Diferenças de sobrevida e gastos em saúde em 3 países europeus	<i>António Sampaio Soares</i>
C 306	3131975	Fatores preditivos de diverticulite aguda complicada – resultados dum estudo num Centro de Referência Terciária	<i>José P. Fernandes</i>
C 56	1833855	A Relação Neutrófilos / Linfócitos distingue a apendicite fleimonosa da necrosada	<i>Nuno Carvalho</i>
C 176	1503445	Factores preditivos de margem radial positiva na cirurgia do carcinoma do recto médio e baixo após tratamento neoadjuvante	<i>Pedro Martins</i>
C 422	6954735	10 anos de cirurgia da glândula supra-renal: experiência de um serviço de Cirurgia Geral	<i>Tiago Fonseca</i>

CO 8

Sala 3

Presidente: Carlos Ferreira

Moderadores: Ilda Barbosa, Mahomed Americano

C 429	1456307	Resultados globais da proctocolectomia reconstrutiva com bolsa ileoanal – experiência de 30 anos	<i>Ana Oliveira</i>
C 371	2400204	Fatores de Risco para Ostomia Permanente após Ressecção Anterior do Reto com Ostomia Derivativa	<i>Mariana Peyroteo</i>
C 123	3064882	O valor da ecografia no diagnóstico de malignidade dos nódulos tiroideus em cada Categoria da Classificação de Bethesda	<i>Catarina Melo</i>
C 454	8848736	Cirurgia conservadora no tratamento do cancro de mama: demasiados alargamentos?	<i>Joana Magalhães</i>
C 449	3624320	Embolização das Veias Supra-Hepáticas: Uma lição bem aprendida	<i>Mafalda Sobral</i>
C 322	1789319	Análise de Resultados no Tratamento do Adenocarcinoma do Pâncreas Marginalmente ressecável: Neoadjuvância Vs Cirurgia de principio	<i>Emanuel Vigia</i>
C 516	2762717	Contando com complicações: seis anos de tireoidectomias	<i>Nuno Machado</i>



C 102	2831396	Impacto da preparação mecânica do cólon na ocorrência de complicações pós-operatórias na cirurgia de ressecção do cólon esquerdo	<i>Telma Rodrigues Brito</i>
C 366	2754076	Precisão diagnóstica da RM na predição de doença residual invasora após quimioterapia neoadjuvante no cancro da mama	<i>Beatriz Caldeira</i>
C 525	2277625	Rectopexia Ventral laparoscópica no prolapso rectal completo: resultados de um serviço	<i>António Manso</i>



SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA
XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

SESSÕES VÍDEO



QUINTA-FEIRA, 16 DE MARÇO

14:00

SESSÕES VÍDEO

V1

Sala 4

Presidente: *Fernando Jasmins*

Moderadores: *Jorge Paulino, José Barbosa*

V 537	1414130	Adrenalectomia laparoscópica por via retroperitoneal	<i>Margarida Silva Ferreira</i>
V 390	1855895	Esplenopancreatectomia Distal por Via Laparoscópica	<i>Cristina Fernandes</i>
V 394	1924416	Hemicolectomia Direita com Rotação Intestinal Incompleta. Quando as Referências Anatómicas Falham.	<i>Carmen Maillou</i>
V 392	1960324	Conversão de Fundoplicatnra de Nissen em Bypass Gástrico em Y de Roux por via laparoscópica no tratamento da DRGE recorrente em paciente obeso	<i>Ana Marta Pereira</i>
V 403	2863140	Abordagem “de baixo para cima” para excisão completa do mesocolon	<i>Jaime Vilaça</i>
V 114	2939864	diverticulose com fistula colovesical: resolução laparoscópica	<i>Stelio Rua</i>
V 596	3041499	Exploração laparoscópica da via biliar por abordagem transfundibular e litotrícia com laser	<i>Alexandra Babo</i>
V 315	3713151	Colectomia Direita radical com linfadenomia D3 laparoscópica assistida por robot com anastomose intra-corporal	<i>Olga Oliveira</i>
V 381	5358477	Esofagectomia transpleural toracoscópica em decúbito ventral	<i>Pedro Soares Moreira</i>
V 361	8428227	Ressecção TME do recto por via laparoscópica transabdominal e transanal	<i>Diogo Carrola Gomes</i>



SEXTA-FEIRA, 17 DE MARÇO**08:00****SESSÕES VÍDEO****V 2****Sala 4****Presidente:** *Mesquita Rodrigues***Moderadores:** *Carlos Alpoim, Horta Oliveira*

V 9	1535614	Rectopexia ventral laparoscópica em doente do sexo masculino	<i>Júlio Soares Leite</i>
V 417	1708994	Paratiroidectomia endoscópica transaxilar	<i>Jaime Vilaça</i>
V 438	1763055	Abordagem anterior do tronco celíaco para pancreatectomia distal	<i>Jaime Vilaça</i>
V 333	2369854	Ressecção hepática ex-situ por Colangiocarcinoma intra-hepático – Hepatectomia esquerda alargada aos segmentos 1, 5, 8 e subsegmentectomia 6 com ressecção da Veia Cava Inferior retro-hepática e substituição por Prótese	<i>Ricardo Martins</i>
V 138	2546231	TaTME no tratamento do ADC do Recto com Fístula rectovaginal pós-TAMIS	<i>Sara Nogueira</i>
V 559	2571548	SADI-S: Opção Técnica no Tratamento da Super-Obesidade	<i>Leonor Matos</i>
V 209	2821420	GIST Gástrico Gigante – Ressecção Laparoscópica	<i>Jessica Neves</i>
V 11	3175496	Volumoso tumor quístico retro-rectal: abordagem abdominal laparoscópica e perineal	<i>Júlio Soares Leite</i>
V 160	7017033	Divertículo do esófago médio	<i>Emília Fraga</i>
V 317	7844460	Sigmoidectomia laparoscópica por doença diverticular com lesão ureteral intra-operatória	<i>Olga Oliveira</i>



SEXTA-FEIRA, 17 DE MARÇO

14:30

SESSÕES VÍDEO

V 3

Sala 4

Presidente: Rogério Matias

Moderadores: Fernando Manso, Eduardo Oliveira

V 424	1640337	Microlaparoscopia para colecistectomia – Cirurgia sem cicatriz	Jaime Vilaça
V 461	2014403	Operação de Frey na Pancreatite Crónica	Júlio Constantino
V 515	2325227	Abordagem laparoscópica de doença de Crohn ileocecal com fistula enterovesical	António Manso
V 355	2368612	Esofagectomia Ivor-Lewis mini-invasiva com toracoscopia em decúbito ventral	Diogo Carrola Gomes
V 224	2559764	Duodenopancreatectomia cefálica totalmente laparoscópica	Pedro Nuno Brandão
V 370	2788869	Sigmoidectomia laparoscópica passo a passo – a nossa técnica	Sónia Martins
V 519	2907338	Derivação Biliopancreática com Switch Duodenal no Tratamento da Super-Obesidade	Tiago Fonseca
V 226	6795894	Gastrectomia total radical por via laparoscópica com anastomose intracorpórea	Carlos Santos Costa
V 222	8339043	Gastrectomia subtotal laparoscópica Y de Roux por adenocarcinoma gástrico	Juliana Oliveira
V 466	9180358	Hemicolectomia esquerda: Excisão Completa de Mesocólon Via Laparoscópica	David Aparício

V 4

Sala 12

Presidente: Duarte Soares

Moderadores: Fernando Próspero, Augusto Lourenço

V 301	1211421	Abordagem laparoscópica de deiscência de anastomose colo-rectal	Olga Oliveira
V 214	1279557	Cisto hepático ciliado – A inovação na raridade	Cláudio Branco
V 490	1463284	Aneurisma gigante da artéria esplénica	Cláudio Branco
V 216	1762372	Estenose do antro gástrico pós gastrectomia marginal por Gist	Juliana Oliveira
V 458	2791201	Na corda bamba: Duas abordagens diferentes no tratamento de tumores do fígado com invasão da veia cava inferior	Mafalda Sobral
V 50	2820394	Anastomose esófago-jejunal mecânica intracorporal: stapler circular vs linear	Beatriz Mourato
V 10	2854418	Ressecção anterior do recto com abordagem transanal alta e baixa	Julio Soares Leite
V 552	3018730	Adrenalectomia Direita Laparoscópica	Leonor Matos
V 268	4558114	Técnica de Martius – uma alternativa na fístula reto-vaginal recidivante	Joana Simões
V 201	7288499	Leiomioma esofágico – Enucleação laparoscópica transhiatal	Cláudio Branco



SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA
XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

SESSÕES POSTERS



QUINTA-FEIRA, 16 DE MARÇO

14:00

SESSÕES POSTER

PO 1

Sala 5

Moderadores: *Edite Filipe, Trovão Lima*

P 17	2496469	Fistulojejunosomia em Y de Roux no tratamento de fístula pancreática persistente. Caso clínico.	<i>João Mendes Louro</i>
P 37	2641553	Enterolitíase primária do intestino delgado. A propósito de um caso clínico.	<i>Ana Isabel Costa</i>
P 89	1823834	Tumor de Küttner e Síndrome de Hiper-IgG4	<i>Vítor Devezas</i>
P 99	1122436	Sintomatologia e Qualidade de Vida após Tratamento Cirúrgico da Acalásia	<i>Isabel Marques</i>
P 43	2576541	Um incidentaloma raro	<i>Diana Gomes</i>
P 498	1638325	Fístula aorto-entérica – uma urgência cirúrgica	<i>Nuno Monteiro</i>
P 554	1002341	Influência da fluidoterapia na evolução clínica do doente com Pancreatite Aguda com critérios de gravidade – Resultados preliminares	<i>Catarina Afonso</i>
P 475	1309947	Trombose mesentérica – um caso de Damage Control Surgery	<i>Cláudia Marques</i>
P 529	1069545	Tireoidectomia de urgência – caso clínico	<i>Bernardo Maria</i>
P 588	2779264	Lobo em Pele de Cordeiro?	<i>Marta Fragoso</i>
P 387	2820925	Lesão cística gastrointestinal – achado incidental em adulto	<i>Pedro Soares-Moreira</i>
P 357	2985699	Cirurgia Mutiladora do Membro Inferior: Em que pé estamos?	<i>Sílvia Borges</i>
P 186	5220912	Encerramos Amanhã... – Laparostomia Após Cirurgia de Controlo de Danos	<i>Anaísa Guimarães Silva</i>
P 358	2966647	Tratamento conservador do trauma hepatoesplénico grave com lesão cerebral, torácica e pélvica associada	<i>Fabiana Sousa</i>
P 482	7739706	Apendagite epiplóica: uma causa rara de dor abdominal	<i>Mariana Claro</i>
P 594	1996870	Hepaticocoledocostomia – A propósito de um caso clínico	<i>Susana Rodrigues</i>
P 553	2665592	Tratamento cirúrgico do hiperparatireoidismo primário: Casuística de um Serviço	<i>Lúisa Frutuoso</i>

PO 2

Sala 6

Moderadores: *Fernando Manata, Paulo Simões*

P 96	2229733	Nódulo cervical – metastização de carcinoma do esófago	<i>Vítor Devezas</i>
P 148	5736942	Carcinoma Masc Parotídeo – Um Tumor Raro	<i>Mariana Leite</i>
P 239	1665363	Da Guiné a Beja...em 47 anos	<i>João Pimenta de Castro</i>
P 234	2132950	Isquémia arterial aguda dos membros inferiores, uma manifestação rara do síndrome antifosfolipídico (SAF). Caso Clínico.	<i>João Mendes Louro</i>
P 505	9033021	Corpo estranho no cólon sigmóide – a propósito de um caso clínico	<i>Nuno Monteiro</i>
P 23	1347374	Pé Diabético – conhecimento, multidisciplinaridade e persistência como chaves para o sucesso	<i>Ana Sofia Borges</i>
P 263	9475634	Implante torácico de carcinoma hepatocelular	<i>Catarina Morais</i>
P 485	6152144	Muito mais que Diverticulite	<i>Cláudia Marques</i>



P 3	9830248	Invaginação intestinal em adultos, devido a Sarcoma Mielóide	<i>Bruno Fernandes</i>
P 227	3098318	Tumores do Apêndice Ileocecal – uma raridade?	<i>Ana Rodrigues</i>
P 77	2036145	Esplenectomia laparoscópica: factores de risco para conversão	<i>Diana Gonçalves</i>
P 423	2604639	Marcadores tumorais no líquido intracístico: uma nova ferramenta no diagnóstico de lesões císticas hepáticas?	<i>Fernando Resende</i>
P 362	1422465	Intussuscepção – Um caso clínico.	<i>Sílvia Borges</i>
P 440	2640465	Síndrome de Lynch: Caso Clínico	<i>Pedro Valente</i>
P 382	2409049	Carcinoma epidermoide da laringe – a proposito de um caso clinico	<i>Rosa Saraiva</i>

PO 3

Sala 7

Moderadores: *Joaquim Falcão, Rui Almeida*

P 97	1095717	Carcinoma da Vesícula Biliar – uma apresentação atípica	<i>Vítor Devezas</i>
P 257	2515277	Avaliação da eficácia do R5 na preservação da actividade mitocondrial na transplantação hepática	<i>Rui Miguel Martins</i>
P 450	6465603	Hemorragia no Transplante Hepático – 24 anos de experiência	<i>João Aniceto</i>
P 150	1814903	Adenocarcinoma Ductal Pancreático em Estadio IV – Um Caso Raro de Evolução Inesperada	<i>Mariana Leite</i>
P 243	7175794	Uma doença rara...uma apresentação comum	<i>João Pimenta de Castro</i>
P 238	1331389	Apendicovesicostomia – Um Pequeno Segmento para uma Grande Solução	<i>Sílvia da Silva</i>
P 266	1005161	Pancreatite autoimune tipo 2 – uma raridade	<i>Catarina Morais</i>
P 62	5879076	Oclusão intestinal por impactação fecal em doente psiquiátrica	<i>Filipa Caldeira</i>
P 494	2994194	Abdómen Agudo Paliativo	<i>Cláudia Marques</i>
P 242	1082883	Primeira manifestação incomum do Carcinoma de células escamosas do pulmão	<i>Bruno Fernandes</i>
P 135	1449934	Hidatidose hepática: revisão clinico-epidemiológico de uma unidade hospitalar.	<i>Ana Vieira</i>
P 74	2022948	O flagelo do H. Pylori na população obesa	<i>Marina Morais</i>
P 412	5508182	Causa Rara de Hematoma Esplénico	<i>Ana Rodrigues</i>
P 535	2757257	Bócio Multinodular Compressivo – A propósito de um caso clínico	<i>M. Serra</i>
P 225	1723243	Adenocarcinoma Hepatóide da Junção Esofago Gástrica	<i>Luisa Quaresma</i>
P 36	6212217	Patologia do apêndice ileo-cecal – a propósito de 2 casos incomuns	<i>Tiago Louro</i>
P 372	8593040	Esofago de Barrett – adenocarcinoma em doente gastrectomizado	<i>João Nobre</i>
P 444	9168573	Pancreatite auto-imune tipo1 com serologia IgG4 negativa	<i>Rui Marinho</i>
P 124	2966873	Cirurgia de encerramento de ostomias intestinais	<i>Diana Parente</i>

PO 4

Sala 8

Moderadores: *Pratas Balhau, António Ferreira*

P 437	1157917	Hipercalcémia como manifestação inicial de linfoma esplénico de células B	<i>Carmen Mailló</i>
P 26	1970766	Condiloma Acuminado	<i>Rita Martins</i>
P 100	1561367	Neoplasia Mucínosa Papilar Intraductal do Pâncreas e o seu Potencial Maligno – Experiência de um Hospital Central	<i>Vítor Devezas</i>



P 49	5955564	Ruptura espontânea de abscesso hepático por <i>Raoultella planticola</i>	<i>Catarina Longras</i>
P 244	3258798	Quando um azar nunca vem só	<i>João Pimenta de Castro</i>
P 6	1803650	Mais baço que “barriga”!	<i>Filipa Eiró</i>
P 277	2326040	GIST multifocal	<i>Diana Brito</i>
P 464	2545024	As aparências iludem	<i>Mafalda Sobral</i>
P 284	1209979	Doença de Paget da Mama: Análise do tipo de tratamento ao longo de um período de 14 anos	<i>Sílvia da Silva</i>
P 25	5208298	Isquemia crítica do membro inferior: Nem todas as úlceras obrigam à amputação	<i>Bruno Duarte</i>
P 281	2733898	Trissectorectomias – revisão casuística	<i>Catarina Morais</i>
P 373	2685561	Angioedema intestinal associado ao IECA: Apresentação rara de abdómen agudo	<i>Rafaela Parreira</i>
P 171	1494429	Tratamento cirúrgico de patologia das glândulas salivares – experiência de um serviço de Cirurgia Geral de um hospital terciário	<i>Ana Fareleira</i>
P 354	2739658	Hidatidose Hepática – Uma raridade actual	<i>Nuno Rombo</i>
P 217	8475677	Factores de Prognóstico na Pancreatite Aguda – Comparação de Scores e Biomarcadores nas Primeiras 48H em Estudo Prospectivo Multicêntrico	<i>Mariana Leite</i>
P 568	1771256	O Recurso à Cirurgia na Colite Amebiana: a propósito de um caso clínico	<i>Sofia Frade</i>
P 577	2153901	Insulinoma da cauda do pâncreas, apresentação de caso clínico	<i>André Graça Magalhães</i>
P 68	4836245	Hemorroidopexia de Longo vs Hemorroidectomia de Milligan Morgan	<i>Tiago Louro</i>
P 294	3159054	GIST gástrico gigante – do diagnóstico ao tratamento	<i>Ana Marta Pereira</i>

PO 5

Sala 9

Moderadores: *Aida Paulino, Marta Guimarães*

P 206	2532198	Pé diabético: tratamento de urgência	<i>Bruno Duarte</i>
P 33	1428761	O desespero de quem espera por uma cirurgia	<i>Filipa de Campos Costa</i>
P 223	7885403	Degenerescência quística de nódulo tiroideu – a propósito de um caso clínico	<i>Catarina Longras</i>
P 166	2861171	Drepanotalassémia e abscesso esplénico: Caso clínico	<i>Diogo Sousa</i>
P 428	4287451	Lipoleiomioma da Parede Abdominal Anterior: a propósito de caso clínico	<i>José Miguel Baião</i>
P 39	4024604	Metastização tiroideia de adenocarcinoma do cólon – a propósito de um caso clínico	<i>Maria Inês Coelho</i>
P 383	1928938	Neoplasias raras do pâncreas	<i>Catarina Morais</i>
P 378	3059832	Distúrbio Bipolar associado ao Hiperparatiroidismo Primário: a propósito de um caso clínico	<i>Rafaela Parreira</i>
P 269	8622682	Linfangioma quístico retroperitoneal no adulto – a “zebra” dos quistos retroperitoneais	<i>Marta Alexandre Silva</i>
P 173	5244058	Carcinoma Anaplásico da Tiróide	<i>Ana Fareleira,</i>
P 572	5652083	Schwannoma intraganglionar cervical: Um caso raro	<i>Vanessa Santos</i>
P 491	1476587	Somos o que comemos? A influência da dieta no carcinoma colorretal – Estudo preliminar	<i>R. Roxo</i>
P 267	2171066	Iatrogenia na laparoscopia – a propósito de um caso clínico	<i>Mariana Leite</i>
P 471	1834579	Tumor síncrono da mama e do colon – relato de caso	<i>Tiago Louro</i>



P 71	2889159	O Fournier que mascara o CCR	<i>Sílvia Silva</i>
P 154	2946037	Acuidade Diagnóstica da Biópsia Aspirativa da Tiróide Na Abordagem do Nódulo da Tiróide – O que Trouxe de Novo a Classificação de Bethesda?	<i>Ana Torre</i>
P 468	1262565	Piletromboflebite, um achado no estadiamento de um adenocarcinoma gástrico	<i>Nuno Machado</i>
P 341	9599708	Fistula do ângulo de His pós SADI-S – do desafio à resolução	<i>Ana Marta Pereira</i>

PO 6
Sala 10

Moderadores: *José Neves, Maria Gorete Jorge*

P 307	2041219	Metastização óssea ou Hiperparatiroidismo – Caso Clínico	<i>Catarina Longras</i>
P 4	1922002	Respostas ao Inquérito de Satisfação do MUSEC – O que os alunos pensam de um curso sobre ecografia	<i>Jorge Pereira</i>
P 509	2669082	Volvo Gástrico Primário – diagnóstico e tratamento	<i>Marta Costa</i>
P 427	3135894	FEOCROMOCITOMA – a propósito de um caso clínico	<i>Tiago Fonseca</i>
P 386	2633175	Tumores neuro-endócrinos do pâncreas – revisão casuística	<i>Catarina Morais</i>
P 311	3572964	Experiência de 15 anos em simpaticectomia toracoscópica para o tratamento da hiperhidrose	<i>Manuel Rosete</i>
P 452	2661972	Hiperaldosteronismo Primário por Síndrome de Conn... a propósito de um caso clínico	<i>Ana Cristina Carvalho</i>
P 476	7007139	Obstrução intestinal do delgado por aderências – A propósito de um caso clínico	<i>José Moreira de Azevedo</i>
P 352	2891761	Traumatismo abdominal por formão	<i>Mariana Leite</i>
P 563	1733812	Adenoma Serreado do Apêndice – Uma Causa Rara de Apendicite Aguda	<i>Alexandra Soares</i>
P 581	2048218	Leucocitose e PCR: em qual devemos confiar na Apendicite Aguda?	<i>Sofia Frade</i>
P 555	5939282	Tratamento da fístula reto-vaginal: casuística de um serviço	<i>Joana Simões</i>
P 400	1616781	Ganglioneuroma Retroperitoneal Paravertebral – A Propósito de um Caso Clínico	<i>Ana Torre</i>
P 289	2285950	Neoplasia maligna incidental da glândula tiroideia – Características de uma população operada num intervalo de 5 anos	<i>Nádia Rodrigues Silva</i>
P 291	2048964	Caso clínico de oclusão intestinal	<i>Débora Correia</i>
P 144	2605454	Manifestação Rara de Carcinoma Epidermoide do Esófago	<i>José Pedro Pinto</i>
P 477	2589698	Dois casos de oclusão intestinal por invaginação jejuno-jejunal após reconstruções em Y-de-Roux	<i>Nuno Machado</i>

PO 7
Sala 11

Moderadores: *Hamilton Baptista, Eduardo Oliveira*

P 85	2074272	Abordagem de um Traumatismo Torácico por Arma de Fogo. Uma Situação de Emergência Rara num Hospital Distrital.	<i>João Carvas</i>
P 42	2299200	Mucocelo do apêndice cecal – a propósito de um caso	<i>Marta Ferreira</i>
P 558	2469201	Resseção laparoscópica do fígado – uma experiência crescente	<i>Catarina Morais</i>
P 118	8733771	Insulinoma Pancreático – Enucleação Laparoscópica	<i>Mariana Santos</i>
P 261	1289950	Neoplasia intra-epitelial pancreática (PanIN 1A e 1B) em pâncreas ectópico gástrico: relato de caso clínico	<i>Telma Fonseca</i>



P 293	8953485	Causa rara de obstrução de colostomia	<i>Manuela Romano</i>
P 92	9901465	Biloma Pós Colectomia... Primeira Apresentação de Neoplasia do Duodeno	<i>Aires Martins</i>
P 30	2345718	Síndrome de Meigs – Caso Clínico	<i>Andreia Ferreira</i>
P 270	2279075	A propósito de um caso clínico – Ileus Biliar	<i>Diogo Nogueira Pinto</i>
P 565	2945506	Divertículos do Cólon Sigmóide em Hérnia Deslizante – Quando o Raro e o Frequente se Encontram	<i>Alexandra Soares</i>
P 336	1384021	Hérnias Incisionais mediana e lombar: Relato de Caso	<i>Ricardo Vaz Pereira</i>
P 15	2161815	Colangites de repetição por quistos hidáticos hepáticos: a propósito de um caso clínico	<i>Fernando Azevedo</i>
P 560	2425741	Volvo do delgado: e se for uma apendicite?	<i>Joana Simões</i>
P 296	1768740	Um caso raro de dor na fossa ilíaca direita	<i>Débora Correia</i>
P 295	8741851	Alternativas técnicas à trombose portal, a propósito de 2 casos clínicos	<i>Nádia Rodrigues Silva</i>
P 496	5841810	Cirurgia da tireoide: Prevalência de malignidade em doentes operados por patologia benigna ou indeterminada	<i>Nuno Machado</i>



SEXTA-FEIRA, 17 DE MARÇO

08:00

SESSÕES PÓSTER

Sala 5

PO 8

Moderadores: *Gilberto Figueiredo, Pedro Koch*

P 248	2662584	Tumor síncrono do cólon e estômago – relato de um caso	<i>Cristina Costa</i>
P 250	1703645	Gangrena de Fournier – Um Caso Clínico	<i>Xavier de Sousa</i>
P 46	1228970	Politraumatizado: o que fazer?	<i>Sara Catarino</i>
P 274	1725077	Impacto da metformina, estatinas e ácido acetilsalicílico na história natural de doentes com metástases hepáticas de carcinoma colorrectal	<i>Ana Marinho</i>
P 87	2536666	O Bom, o Mau e o Vilão. Perfuração Intestinal por Espinha de Peixe: Três Casos Clínicos com Três Abordagens Distintas.	<i>João Carvas</i>
P 119	5283872	Tumores do estroma gastro-intestinal: casuística e fatores influenciadores do curso da doença	<i>Catarina Melo</i>
P 44	3719848	Hérnia de Morgagni gigante – a propósito de um caso	<i>Marta Ferreira</i>
P 65	6649656	Perfuração do colón por migração de cateter de derivação ventrículo-peritoneal: caso clínico	<i>Fernando Azevedo</i>
P 31	1448382	Invaginação Intestinal secundária a Divertículo de Meckel	<i>Andreia Ferreira</i>
P 299	2269993	Adenoma tubuloviloso em Apendicite Aguda	<i>Manuela Romano</i>
P 271	1710339	A propósito de um caso clínico – Adenoma da paratiroide	<i>Diogo Nogueira Pinto</i>
P 2	1559756	Gist Perfurado do Delgado – Um Caso de Abdómen Agudo	<i>Joana Magalhães</i>
P 337	3115443	Abdómen Agudo – GIST gástrico com rutura pós-traumática: Relato de Caso	<i>Ricardo Vaz Pereira</i>
P 369	7094863	Mastite lúpica – Um caso clínico	<i>Tobias Teles</i>
P 131	9170474	Bacteriemia a <i>Streptococcus gallolyticus/bovis</i> – do laboratório ao bloco operatório	<i>Mariana Sousa</i>
P 297	1370577	Hemorragia Espontânea em Hiperplasia Nodular Focal	<i>Nádia Rodrigues Silva</i>
P 320	1280972	Um desafio no diagnóstico de oclusão intestinal	<i>Débora Correia</i>
P 523	2848376	Totalizações por patologia maligna da tireoide: que resultados?	<i>Nuno Machado</i>

PO 9

Sala 6

Moderadores: *Teresa Santos, Jorge Guimarães Santos*

P 260	3015978	Neoplasia Maligna da Mama – a realidade de uma Unidade Local de Saúde do Alentejo	<i>Cristina Costa</i>
P 236	2391572	Perfuração de delgado – um caso sem causa	<i>Nuno Pratas</i>
P 90	2245496	Quisto Gigante Abdominal. Quando a Barriga não para de Crescer.	<i>João Carvas</i>
P 122	2709027	Divertículo de Meckel: Casuística, apresentação clínica e conduta terapêutica	<i>Catarina Melo</i>
P 45	1264138	Rutura traumática do diafragma – a propósito de um caso	<i>Marta Ferreira</i>



P 126	6732101	Volumoso cisto mesentérico	<i>Manuel Alexandre Viana Ferreira</i>
P 67	1583739	Estenose benigna da via biliar principal: a propósito de um caso clínico	<i>Fernando Azevedo</i>
P 133	4736857	Divertículo Gigante do Cólon Sigmóide	<i>Mariana Sousa</i>
P 78	6929232	Hiperparatiroidismo primário: Uma manifestação rara	<i>Estela Ferreira</i>
P 521	2807861	Perfuração de delgado- Complicação rara da migração de prótese biliar	<i>Ana Catarina Pinho</i>
P 232	1317048	Cordoma Sacrococcígeo – Uma Abordagem Multidisciplinar	<i>Andreia Ferreira</i>
P 439	2232059	Linfoma do mediastino com extensão abdominal	<i>Alberto Figueira</i>
P 48	1542211	Gangrena de Fournier – A aplicabilidade de várias modalidades terapêuticas	<i>Sara Catarino</i>
P 21	2321112	Perfuração intestinal por corpo estranho: Caso clínico	<i>Daniel Santos</i>
P 342	2402623	Hematoma Encapsulado Crónico: Relato de Caso	<i>Ricardo Vaz Pereira</i>
P 159	2678445	GIST gigante do mesentério mimetiza tumor ginecológico	<i>Joana Magalhães</i>
P 425	2689152	Linfoma intestinal – caso clínico	<i>Tobias Teles</i>
P 111	7297790	Mesenterite Esclerosante, uma causa rara de oclusão intestinal	<i>Sofia Corado</i>
P 302	1251261	No Actual Estado da Arte Terá Lugar o Debulking?	<i>Nádia Rodrigues Silva</i>

PO 10

Sala 7

Moderadores: *Eugénia Granjo, Donzília Brito*

P 161	2360316	Lesão Cística Complexa da Parede Torácica Diagnostica Tuberculose Pulmonar	<i>Joana Magalhães</i>
P 262	2759634	Hérnia de Amyand – um caso clínico de hernioplastia electiva	<i>Nuno Pratas</i>
P 93	1273736	Isolamentos Microbiológicos nas Colecistites Agudas na Ulsne. Um Estudo Retrospetivo	<i>João Carvas</i>
P 139	1210666	Uma causa rara de obstrução do intestino delgado	<i>Ana Margarida Cinza</i>
P 107	2220375	Tumor multicêntrico da via biliar – a propósito de um caso clínico	<i>Catarina Muller</i>
P 58	1414859	Hérnia inguinal complicada – quando o “problema” está para além da hérnia	<i>Marta Ferreira</i>
P 51	2364987	Rotura de Aneurisma da Aorta Abdominal – qual o papel do cirurgião geral?	<i>Sara Catarino</i>
P 136	3176972	Invaginação gatroduodenal	<i>Mariana Sousa</i>
P 70	3092392	Abordagem cirúrgica dos quistos hidáticos hepáticos: casuística de 5 anos	<i>Fernando Azevedo</i>
P 384	2300019	Hérnia inguinocrural encarcerada – análise retrospectiva da necessidade de resseção intestinal	<i>Nádia Tenreiro</i>
P 313	6347819	Doença de Castleman – Casos Clínicos raros	<i>Vanessa Pereira Praxedes</i>
P 442	2769636	Politrauma taurino – Abordagem multi-disciplinar	<i>Alberto Figueira</i>
P 465	1098771	Apendicite aguda como primeira manifestação de tumor do apêndice	<i>Sofia Maria Pina</i>
P 29	1446697	Pneumoperitoneu progressivo no tratamento de hérnia de grandes dimensões	<i>Daniel Santos</i>
P 80	6548565	Extinção da meshdina pós-hernioplastia inguinal	<i>Eunice Vieira e Monteiro</i>
P 240	1370227	Adenocarcionoma mucinoso do cólon manifestando-se por secundarização. Caso Clínico.	<i>André Barcelos</i>



P 345	1785035	Linfangioma Cístico Retroperitoneal: Relato de Caso	<i>Ricardo Vaz Pereira</i>
P 344	2081899	Tratamento do Colangiocarcinoma intra-hepático, experiência de um Centro de Referência	<i>Beatriz Caldeira</i>
P 312	2084991	Linfoma primário da Mama – diferentes formas de apresentação	<i>José Presa Fernandes</i>

PO 11

Sala 8

Moderadores: *Gabriela Valadas, Alexandre Monteiro*

P 204	9989111	Manometria anorretal e ecografia endoanal – experiência de 77 casos	<i>Cátia Cunha</i>
P 170	7654919	Quando a rotina complica!	<i>Florentina Menezes</i>
P 141	8023436	Um caso de reconstrução da parede abdominal – hernioplastia com separação de componentes	<i>Ana Margarida Cinza</i>
P 483	2018112	Fasceíte necrotizante: a propósito de um caso clínico	<i>Sara Catarino</i>
P 247	1596431	PPH + “Blind” H.A.L – Resultados	<i>Aldo Jarimba</i>
P 512	3155239	Hemoperitoneu como primeira manifestação de GIST gástrico	<i>Sofia Maria Pina</i>
P 283	4860820	Aplicabilidade de prótese aorto bi-ílica de poliéster como substituto de veia cava em cirurgia hepática	<i>Ricardo Martins</i>
P 108	1017044	Hérnia inguinal laparoscópica. Série de um SCGA.	<i>Eunice Vieira e Monteiro</i>
P 137	1783121	Struma ovarii, um diagnóstico inesperado	<i>Daniel Santos</i>
P 528	2785772	A causa rara da sub-oclusão de Intestino Delgado – a propósito de um Caso Clínico	<i>André Barcelos</i>
P 258	1593304	Drenagem biliar por via percutânea na obstrução biliar por patologia maligna	<i>Vânia Fernandes</i>
P 402	1659662	Diverticulite de Meckel – A Propósito de um Caso Clínico	<i>Maria Liberal</i>
P 218	2870498	Síndrome de Bouveret? Quando a impactação da litíase é no estômago, apresentação caso clínico	<i>João Melo</i>
P 349	2122060	Lesões hepáticas benignas, um desafio para o cirurgião: indicações e resultados	<i>Beatriz Caldeira</i>
P 542	2515537	Pancreatite aguda por Ascaris lumbricoides – uma entidade rara – a propósito de um caso clínico	<i>Leonor Matos</i>
P 544	1360897	Um caso raro de tuberculose	<i>José Presa Fernandes</i>
P 142	2264155	Doença de Paget perianal	<i>Mariana Sousa</i>

PO 12

Sala 9

Moderadores: *Rui Alves Garcia, John Preto*

P 314	2040765	Análise de fatores preditivos de sobrevida numa série de 67 cirurgias pancreáticas – Estudo de coorte	<i>Cátia Cunha</i>
P 172	1759723	Quando o corpo paga!	<i>Florentina Menezes</i>
P 63	1009532	Traumatismo Cervical Fechado	<i>Ana Logrado</i>
P 286	2033420	Ad Extremum Diverticulitis	<i>Narcisa Guimarães</i>
P 550	6939297	Hepatocarcinoma gigante – um diagnóstico inesperado	<i>Sara Catarino</i>
P 395	1228292	Schwannoma Intra-Abdominal Extra-Gastrointestinal	<i>Cristina Fernandes</i>
P 147	3158496	Causa Rara de Esplenomegália	<i>Mariana Sousa</i>



P 404	2058474	Polimastia – A Propósito de um Caso Clínico	<i>Maria Liberal</i>
P 220	3357077	Quando a espinha de peixe é causa de oclusão intestinal	<i>João Melo</i>
P 540	3589485	Função renal perioperatória no doente diabético	<i>António Sampaio Soares</i>
P 567	2687145	Leiomiossarcoma do Mesentério	<i>Vanessa Bettencourt</i>
P 446	3079737	Monsters, Inc: Tumores Sólidos Pseudopapilares do Pâncreas	<i>Beatriz Caldeira</i>
P 388	2897095	Tumores secretores de catecolaminas: revisão a propósito de um caso clínico	<i>Sónia Martins</i>
P 181	3007550	Pseudomixoma Peritoneal Secundário a Adenocarcinoma Mucinoso do Cólon Transverso	<i>Rita Martelo</i>
P 576	2374832	Perfurações Esofágicas – A casuística do Serviço	<i>Leonor Matos</i>

PO 13

Sala 10

Moderadores: *José Mário Coutinho, Raquel Mega*

P 318	3105167	Análise de fatores preditivos de sobrevida – impacto da idade – na cirurgia de neoplasias malignas do pâncreas e confluyente biliopancreático – Estudo coorte	<i>Cátia Cunha</i>
P 364	2506833	Pancreatectomia Corpo-Caudal Laparoscópica com Preservação Esplénica	<i>Sara Lourenço</i>
P 484	1864106	Adenocarcinoma do jejuno – Caso Clínico	<i>Maria João Jervis</i>
P 174	1001763	Necrose gástrica aguda	<i>Florentina Menezes</i>
P 158	1135315	Invaginação intestinal – um desafio diagnóstico	<i>Vanessa Capella</i>
P 64	2087850	Quisto Branquial no Adulto	<i>Ana Logrado</i>
P 288	2677641	Ileus Biliar: um caso invulgar	<i>Narcisa Guimarães</i>
P 208	1680051	Uma indicação operatória para tiroidectomia	<i>Mikhail Costa</i>
P 401	9853044	Cirurgia de Ressecção Hepática – Casuística 2011-2015	<i>Cristina Fernandes</i>
P 192	4180451	Tumor neuroendócrino primário do fígado: um diagnóstico raro	<i>Liliana Duarte</i>
P 504	7034968	Hérnia traumática diafragmática: uma apresentação tardia	<i>Joana Isabel Almeida</i>
P 180	2075911	Carcinomatose Peritoneal de Origem Tiroideia	<i>Maria Olim Sousa</i>
P 569	1947710	Lesão Traumática Ano-Rectal	<i>Vanessa Bettencourt</i>
P 407	1268049	Trauma típico do Ribatejo	<i>Sónia Martins</i>
P 182	1422115	Sub-oclusão por Tumor de Células Germinativas do Testículo	<i>Rita Martelo</i>
P 546	5398617	Abcesso retroperitoneal por perfuração de úlcera duodenal – abordagem individualizada	<i>António Sampaio Soares</i>

PO 14

Sala 11

Moderadores: *Eva Barbosa, António Ruivo*

P 389	1683030	Ascite pancreática: Caso Clínico	<i>Sara Lourenço</i>
P 194	4102395	Síndrome da Artéria Mesentérica Superior como causa de oclusão intestinal alta	<i>Ana Franky Carvalho</i>
P 511	8187802	Caso Clínico – Nódulo dominante em bócio multinodular: nem sempre o que parece é	<i>Miguel Fróis Borges</i>



P 66	1971572	Colocação de Cateter de Derivação Ventrículo-Peritoneal Assistida por Laparoscopia	<i>Ana Logrado</i>
P 290	2941367	Gangrena de Fournier: a propósito de um caso clínico	<i>Narcisa Guimarães</i>
P 584	1285210	Derivações Biliodigestivas por Patologia Benigna – Casuística de um Serviço de Cirurgia Geral	<i>Hugo M. Ribeiro</i>
P 455	3110617	Desinserção completa do recto após traumatismo pélvico fechado	<i>Maria João Koch</i>
P 340	1383233	Leiomiossarcomas intestinais: uma causa rara de hemorragia digestiva, a propósito de um caso clínico	<i>Marina Duarte</i>
P 195	1515355	Colangiocarcinoma? Nem sempre...	<i>Liliana Duarte</i>
P 522	2409925	Bócio esquecido? A propósito de um caso clínico.	<i>Cátia Ferreira</i>
P 374	2845520	Racionalização na abordagem das fístulas dos sleeves gástricos	<i>Carolina Catanho</i>
P 324	2761918	Embolização da artéria esplénica após trauma esplénico – quando o baço escapa ao bisturi	<i>Ana Sofia Morais</i>
P 571	1215231	Hérnia Interna	<i>Vanessa Bettencourt</i>
P 367	2123001	Tratamento Cirúrgico das Fracturas do Baço Traumáticas – Experiência do Serviço De Cirurgia Do Hospital De Santarém	<i>Joana Miranda</i>
P 335	5880719	Evisceração Traumática	<i>Rita Lages</i>
P 534	2894133	Colocação de acessos venosos totalmente implantáveis por disseção da veia cefálica – experiência de um serviço	<i>Cláudia Santos</i>



SEXTA-FEIRA, 17 DE MARÇO

14:30

SESSÕES PÓSTER

PO 15

Sala 5

Moderadores: *Gina Melo, Ana Azevedo*

P 433	1711781	Rotura Espontânea do Baço Pós-Pancreatite Aguda (PA): Relato de dois casos	<i>Sara Lourenço</i>
P 377	1277768	Mixolipoma Rectal – Uma Apresentação Atípica	<i>Maria João Lima</i>
P 169	6079577	Tratamento Endoscópico na Pancreatite Crónica	<i>Ana Logrado</i>
P 467	2159521	Hernia de Grynfeltt – caso clínico	<i>Vera Pedro</i>
P 462	7513871	Colecistite Aguda: Quando Um Caso Complica	<i>Rita Gonçalves Pereira</i>
P 585	2443499	Cirurgia Pancreática Poupadora de Parênquima – A Propósito de um Caso Clínico	<i>Hugo M. Ribeiro</i>
P 35	2318269	Oclusão intestinal por migração de prótese peri-colostómica – Caso clínico.	<i>Mário Pereira</i>
P 426	2926784	Gangrena periférica simétrica – a propósito de um caso	<i>Miguel Nico Albano</i>
P 197	2716970	Proctite rádica: a propósito de um caso clínico	<i>Liliana Duarte</i>
P 175	3370609	Experiência da Nossa Unidade Funcional de Cirurgia Esófago-Gástro-Duodenal em Neoplasia Gástrica	<i>Catarina do Corgo Nora</i>
P 279	2008340	A propósito de um caso clínico – Oclusão Intestinal do delgado	<i>Pedro Henriques</i>
P 487	1790818	Paraganglioma retroperitoneal: uma causa rara de hipertensão arterial	<i>Patrícia Silva</i>
P 330	9574082	Melanoma Primário do Esófago – diagnóstico inusitado numa disfagia de longa data	<i>Ana Sofia Morais</i>
P 478	1147382	Aeroportia: marcador de gravidade na isquémia mesentérica	<i>David Aparício</i>
P 379	8402821	Caso Clínico – Hematoma Frontal do Couro Cabeludo Pós Traumático: Hemangiopericitoma Maligno	<i>Joana Miranda</i>
P 406	2845284	Tumor mucinoso apendicular – uma entidade pouco conhecida	<i>Rita Lages</i>
P 292	2342743	Terá ainda a cirurgia um papel importante no tratamento das complicações por colonoscopia?-A experiência de um hospital	<i>Magda Alves</i>

PO 16

Sala 6

Moderadores: *Paula Tavares, Anabela Rocha*

P 308	2421019	Endometriose ganglionar-até onde se conhecem os limites?	<i>Magda Alves</i>
P 54	7879384	Polipose Cólica Primomutação?	<i>Marisa Peralta Ferreira</i>
P 193	5787648	Adenocarcinoma do pâncreas: “Peritoneu na manga”	<i>Catarina Aguiar</i>
P 265	3100236	Hemorragia Digestiva como Primeira Manifestação de Hiperparatiroidismo Primário	<i>Sofia Fonseca</i>
P 499	9638379	Oclusão intestinal por carcinomatose peritoneal secundária a carcinoma da mama	<i>Vera Pedro</i>
P 517	6706158	Mixofibrosarcoma, uma lesão recidivante – Caso clínico	<i>David Salvador</i>



P 570	1002625	Oclusão Intestinal por Aderências Peritoneais: para quando o tratamento cirúrgico?	<i>Ana Melo</i>
P 162	1126773	Tumor Intra-Abdominal Desmoplásico de Pequenas Células Metastizado – Entidade Clínica Rara	<i>Mariana Costa</i>
P 253	2654074	Pseudotumor por fístula íleo-cólica	<i>Paulo Rocha Menezes</i>
P 199	1705309	Rotura Traumática da Aorta Torácica: a propósito de um caso clínico	<i>Liliana Duarte</i>
P 210	3150163	Estenose completa pós Hemorroidopexia de Longo – Causa Rara de Obstrução Intestinal	<i>Miguel Cunha</i>
P 524	1073384	Metástase óssea ilíaca única como forma de apresentação de carcinoma papilar da tiroide.	<i>Joana Gaspar</i>
P 480	1002204	GIST do delgado na suspeita de neoplasia ovárica	<i>Inês Sales</i>
P 495	2748109	Hernia inguinal encarcerada – uma caixinha de surpresas	<i>Rita Lages</i>
P 326	1136646	Ileus Biliar – A propósito de um caso clínico	<i>André Batista</i>
P 599	2640054	Casuística da Pancreatite Aguda Grave	<i>Sara Lourenço</i>
P 38	1401162	Fístula duodeno-cava	<i>Inês Alegre</i>

PO 17

Sala 7

Moderadores: *Isabel Ferrão, António Gouveia*

P 16	1923260	A eficácia da laparoscopia no tratamento cirúrgico da úlcera péptica perfurada	<i>Jessica Neves</i>
P 189	2844298	Electroquimioterapia, um potencial tratamento local para o Carcinoma Pavimentocelular em doentes com Epidermólise Bulhosa	<i>Joana Bárto</i>
P 196	3151594	Mudança de paradigma: Cirurgia Minimamente Invasiva na Ressecção Pancreática.	<i>Catarina Aguiar</i>
P 436	1811049	Colédocotomia ideal sobre prótese na colangite aguda supurativa	<i>Débora Aveiro</i>
P 53	7005439	Quando Garengot encontra o ileon	<i>Carina Gomes</i>
P 273	1659612	Resposta Patológica Completa de Adenocarcinoma Gástrico – A Propósito de um Caso Clínico	<i>Sofia Fonseca</i>
P 57	2012182	Volvo do sigmoide – a propósito de um caso clínico	<i>Marta Reia</i>
P 228	1067369	Impacto da Idade nas Características Clinicopatológicas e Prognóstico dos Doentes com Carcinoma Gástrico	<i>Lilite Barbosa</i>
P 168	2362516	Neoplasia do Reto – Avaliação Retrospectiva de Resposta a Quimioradioterapia Neoadjuvante (QRT)	<i>Mariana Costa</i>
P 22	1132110	Carcinoma Ductal Invasor da Mama: Tratamento Neoadjuvante e Cirurgia Conservadora Sem Esvaziamento Ganglionar Axilar	<i>Charlène Viana</i>
P 254	2453022	Hérnia Diafragmática Traumática, 25 Anos Depois	<i>Paulo Rocha Menezes</i>
P 13	5408417	Perfuração iatrogénica do esófago – abordagem conservadora	<i>Ricardo Rodrigues Marques</i>
P 493	1074000	Sarcoma pélvico no diagnóstico diferencial de massa anexial	<i>Inês Sales</i>
P 456	2486033	Um caso de pancreatite aguda complicada	<i>Ana Freire-Gomes</i>
P 83	1294427	Fibromatose do tipo desmoide do mesentério: a propósito de um caso clínico	<i>Inês Alegre</i>
P 489	2610727	Volumosa metastase axilar de carcinoma da pele não melanoma	<i>Magda Alves</i>



PO 18**Sala 8****Moderadores:** *Elsa Francisco, Humberto Cristino*

P 79	2465994	Lingangioma Quístico: Uma causa rara de oclusão intestinal	<i>Daniel Martins Jordão</i>
P 191	1059191	Ball Valve Syndrome	<i>Joana Bárto</i>
P 27	2106386	Um caso raro de neoplasia do colon – A propósito de um caso clínico	<i>Nuno Mendonça</i>
P 246	3376010	Divertículo epifrénico após Cardiomiectomia de Heller e Funduplicatura de Dor	<i>Rodrigo Athayde Nemésio</i>
P 198	3101018	Adenocarcinomas Neuroendócrinos Gástricos: Casuística de uma Unidade Funcional	<i>Catarina Aguiar</i>
P 329	1754820	Lipossarcoma retroperitoneal volumoso – Caso Clínico	<i>Maria Sousa</i>
P 230	1486379	Invaginação Intestinal: da Raridade à Realidade	<i>Lilite Barbosa</i>
P 298	2866771	Trauma Esplénico – Casuística Cirúrgica de um Centro de Trauma	<i>Clara Sampaio</i>
P 445	9882704	Cirurgia Hepática – Caso de Indicação Rara	<i>Charlène Viana</i>
P 347	1671528	Carcinoma medular da tiróide – Experiência de um serviço	<i>Fabiana Sousa</i>
P 518	6143935	Íleus biliar – importância da suspeição clínica	<i>Pedro Botelho</i>
P 300	1890274	Procedimento de Hartmann – uma má cirurgia ou maus doentes?	<i>Ana Alagoa João</i>
P 500	3268848	Dois casos de abordagem cirúrgica de úlceras de pressão	<i>Ana Freire-Gomes</i>
P 597	1697777	Avaliação retrospectiva de metástases hepáticas de CCR em comparação com 323 centros internacionais (LiverMetSurvey)	<i>Mariana Costa</i>
P 514	2717372	Diagnóstico raro de dor abdominal aguda – Doença de Ormond	<i>Miguel Almeida</i>

PO 19**Sala 9****Moderadores:** *Alexandre Duarte, Carlos Miranda*

P 34	2761237	GIST do jejuno – a propósito de um caso de anemia sintomática	<i>Marta Martins</i>
P 272	8356815	A Úlcera de Perna Ainda Nos Surpreende!	<i>Joana Romano</i>
P 331	3098265	Apendicectomia – Análise comparativa da experiência de um Serviço	<i>Rodrigo Athayde Nemésio</i>
P 81	2390478	Abcesso imitando sarcoma retroperitoneal: Uma complicação rara de colecistectomia laparoscópica	<i>Daniel Martins Jordão</i>
P 451	6909446	Duplicação intestinal – Caso raro de abdómen agudo	<i>Charlène Viana</i>
P 153	1881181	Linfoma não-Hodgkin extra-nodal do íleo e do cólon sigmóide	<i>Lisandra Martins</i>
P 241	1698617	Lipoma da mama... Nem tudo o que parece é!	<i>Isabela Gil</i>
P 101	1637924	Experiência de um Hospital Central no Tratamento Cirúrgico da Doença Pilonidal Crónica Sacrococcígea	<i>Mariana Canelas Pais</i>
P 183	2887308	Litíase biliar, uma apresentação rara	<i>Catarina Moura</i>
P 156	2331439	Intussuscepção no adulto por Tumor de Vanek – Um caso clínico	<i>Ana Cruz</i>
P 492	2703067	Abordagem cirúrgica de quisto da fenda branquial em doente com carcinoma da tiróide – caso clínico	<i>Bernardo Maria</i>
P 391	1605012	Hiperbilirrubinémia na Apendicite Aguda – Previsão de complicação?	<i>Clara Sampaio</i>
P 582	1347691	De Hérnia a Sarcoma	<i>Miguel Morgado</i>
P 128	2278483	Hérnia diafragmática traumática de apresentação tardia	<i>Sílvia Silva</i>



P 353	2377692	Tratamento da Colecistite Aguda	<i>Fabiana Sousa</i>
P 549	1550662	Perfuração de víscera oca- apresentação rara de Tuberculose Abdominal	<i>Pedro Botelho</i>
P 321	2425628	Metástase de Adenocarcinoma Colo-Rectal na Cauda do Pâncreas	<i>Ana Alagoa João</i>
P 580	2500830	Adenomiomatose vesicular – A propósito de dois casos clínicos	<i>Susana Rodrigues</i>

PO 20
Sala 10

Moderadores: *António Folgado, José Paulo Freire*

P 420	1580947	Colocação ecoguiada de cateteres venosos centrais – Experiência de um Centro Oncológico	<i>Rodrigo Oom</i>
P 94	2644025	Glândulas salivares major: Análise da experiência de 5 anos no tratamento cirúrgico	<i>Marta Martins</i>
P 40	2202764	Megaestômago por estenose péptica	<i>Mónica Laureano</i>
P 95	3018437	Massa ovárica bilateral: quando os antecedentes contam	<i>Isabel Marques</i>
P 538	2685892	Obstrução duodenal secundária a metástase de adenocarcinoma do pulmão. Caso clínico.	<i>Nidia Moreira</i>
P 82	4651316	Sarcoma pleomórfico indiferenciado do tipo inflamatório. A propósito de um caso clínico	<i>Daniel Martins Jordão</i>
P 469	3036454	Herniação de vesícula biliar por hérnia incisional – relato de colecistite aguda atípica	<i>Cláudia Marques</i>
P 497	7110254	Endometriose do canal de Nuck em hérnia inguinal – caso clínico	<i>Bernardo Maria</i>
P 365	5117547	Condrolipoma da mama: uma entidade rara	<i>João Guardado Correia</i>
P 185	5766675	Tratamento Cirúrgico de Perfuração Esofágica Iatrogénica	<i>Anaísa Guimarães Silva</i>
P 472	2832706	Tratamento cirúrgico da litíase da via biliar – análise dos resultados e da morbimortalidade.	<i>Pedro Saraiva</i>
P 184	2956882	GIST: quando a dúvida diagnóstica persiste	<i>Mariana Claro</i>
P 356	3002747	Hepatocarcinoma em doente com hemocromatose sem cirrose – a propósito de um caso clínico	<i>Fabiana Sousa</i>
P 586	2075118	Paraganglioma Corpo Carotídeo	<i>Susana Rodrigues</i>
P 457	3748518	Síndrome de Mirizzi no Serviço de Urgência	<i>Ana Alagoa João</i>
P 539	1505564	Síndrome do Osso faminto: A propósito de um caso clínico	<i>Luísa Frutuoso</i>



XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

REGULAMENTO DE APRESENTAÇÃO E SELEÇÃO DE COMUNICAÇÕES

1. Ao congresso nacional podem ser submetidas comunicações de 3 tipos: comunicação livre, vídeo e poster. O primeiro autor do trabalho deve estar inscrito no congresso.
2. Todas elas devem ser submetidas sob a forma de resumos e exclusivamente por via informática através do site www.spcir.com/congresso. A data limite de submissão dos resumos é 20 de novembro de 2016, às 08.00 horas.
3. Os trabalhos submetidos poderão ser editados até dia 15 de Dezembro de 2016. No momento da submissão, é enviado um email com os dados submetidos, ID de resumo, senha, e link para proceder à edição do respetivo trabalho.
4. Todos os resumos devem referir: título, autores, instituição(ões) e serviço(s), autor correspondente e respetivo contacto (e-mail), tipo de apresentação (comunicação oral, vídeo ou e-poster), área científica a que se refere (cada um dos capítulos da spc e outros). Segue-se o texto do resumo que deve obrigatoriamente explicitar o objetivo ou introdução, material e métodos, resultados e discussão/conclusão. Neste resumo não deve ser incluída qualquer referência que permita a identificação do hospital de origem do trabalho. O texto do resumo terá um limite de 1500 caracteres.
5. Os resumos que não cumpram estes requisitos serão recusados.
6. Os resumos referentes a comunicação oral serão distribuídos ao júri nomeado pelos respetivos capítulos da área científica a que se candidatam e pela Direção da spc nas áreas não abrangidas por aqueles, por via eletrónica.
7. As respetivas avaliação e classificação, serão reenviadas pela mesma via à direção até à data limite de 22 de dezembro de 2016.
8. Os autores das comunicações melhor classificadas nas respetivas áreas serão informados da aceitação condicional do trabalho para apresentação até à data de 9/1/2017. Para a aceitação final do trabalho, o autor deverá enviar resumo alargado do trabalho (formato A4, até três páginas, até ao dia 4/2/2017 através do site da SPC. Os trabalhos que cumpram todos estes requisitos serão apresentados como comunicação oral com 7 minutos de apresentação e 3 minutos de discussão nas sessões para tal destinadas. As comunicações preteridas serão apresentadas sob a forma de e-poster.
9. As comunicações livres apresentadas nas sessões das respetivas áreas científicas serão classificadas pela mesa da sessão, que elegerá a melhor de cada sessão.
10. O conjunto das melhores comunicações livres apresentadas ao congresso nas diferentes áreas científicas serão apresentadas em conjunto na sessão final do congresso sendo premiadas as três primeiras classificadas (ex aqueo).



11. Todos os vídeos submetidos para apresentação ao congresso devem ser enviados até ao dia 9 de dezembro de 2016.
12. O envio dos vídeos poderá ser feito das seguintes formas:
 - por correio registado: para Refresh Bubbles (Rua Damião de Gois, 176 1º andar Escritório 1.5 – 4050-222 Porto - Telefone - +351 223 263 373), em suporte DVD (formato MP4 recomendado);
 - via WeTransfer: www.wetransfer.com para o email spcir@rbb.com;
 - Caso opte pelo envio por WeTransfer, ser-lhe-á enviado posteriormente um email de confirmação da receção do vídeo.
 - Para o envio de vídeos que estejam em formato DVD, será necessário comprimir os ficheiros em formato ZIP ou outro equivalente;
 - Informação adicional para o envio dos vídeos por WeTransfer: WeTransfer – How it works
13. Nos vídeos submetidos para apreciação, não deve ser incluída qualquer referência que permita a identificação do hospital de origem do trabalho.
14. Os vídeos serão visualizados por um júri que selecionará aqueles que serão apresentados nas sessões de vídeo do congresso. Cada vídeo terá 8 minutos para apresentação e 4 minutos de discussão.
15. Os autores correspondentes serão informados da decisão do júri de aceitação ou recusa da apresentação dos seus trabalhos e sob que forma, até ao dia 04 de fevereiro de 2017.
16. A mesa das respetivas sessões elegerá dois vídeos por sessão que serão apresentados na sessão em conjunto na sessão final dos melhores vídeos, sendo premiados os três primeiros classificados (ex aequo).
17. As comunicações poster submetidas ao congresso serão apresentadas em formato eletrónico. As comunicações orais não admitidas para apresentação neste formato (após avaliação do júri de seleção) serão apresentadas sob a forma de e-poster. O e-poster deve ser enviado através da página web da SPC, até ao dia 06 de fevereiro de 2017. Após esta data não serão aceites os trabalhos nem é permitida qualquer alteração ao conteúdo do mesmo. Organizar-se-ão sessões com os e-posters, agrupados por temas e discutido por um júri de peritos na área que selecionará um poster como o melhor da sessão. Esses e-posters serão colocados numa pasta informática dos melhores posters que ficará disponível nos monitores de apresentação. Um júri selecionará os 10 melhores e-posters que serão discutidos e apresentados na sessão dos melhores e-posters, sendo premiados os três melhores trabalhos (ex aequo).
18. Todas as avaliações dos resumos, vídeos, apresentação de comunicações livres, vídeos e e-posters serão feitas de acordo com critérios pré definidos e constantes das grelhas de classificação que se anexam a este regulamento.

A DIRECÇÃO DA SPC



XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

NORMAS DE APRESENTAÇÃO E DE MODERAÇÃO DE SESSÕES CIENTÍFICAS

A Direção da Sociedade Portuguesa de Cirurgia agradece a sua disponibilidade para colaborar no XXXVII Congresso Nacional, que se realizará de **16 a 18 de março de 2017**, na Figueira da Foz.

Solicita-se a leitura das recomendações relativas ao modo de funcionamento das sessões científicas:

1. INTRODUÇÃO

A observação rigorosa dos horários é indispensável ao sucesso do Congresso. Os palestrantes e moderadores devem cumprir este imperativo.

Os preletores e membros das mesas foram convidados pelo seu mérito pessoal, pelo que não devem agradecer à Direção da SPC a sua presença/convite já que estes consomem o tempo destinado à apresentação e discussão da sua comunicação.

O sistema de audiovisuais do congresso apoiará o controlo do tempo das intervenções, ao surgir o sinal vermelho, o preletor será interpelado pelo moderador para finalizar de imediato.

2. MODERADORES/ PRESIDENTES

A generalidade das sessões tem 3 moderadores, à exceção das conferências. Estes devem acordar previamente quem terá a responsabilidade de abrir a sessão e quem efetuará o seu encerramento. Aos presidentes das mesas e das conferências compete introduzir os preletores.

Compete aos moderadores dar pontualmente início à sessão, enquadrar o tema da mesma, apresentar os preletores, vigiar o cumprimento do tempo de cada apresentação, promover a discussão e proceder ao encerramento dentro do horário.

3. SESSÕES

Conforme o tipo de sessão, o tempo destinado à apresentação e à discussão deve ser gerido da seguinte forma:

Conferência

- Duração da sessão: 30 minutos;
- Sem discussão no final.



Mesa Redonda

- Duração da sessão: 120 ou 150 minutos;
- Cada intervenção tem a duração de 20 minutos;
- Discussão obrigatória de 30 minutos (mínimo) no final ou a acordar pela mesa.

Prova de Caras

- Duração da sessão: 120 minutos (40 minutos para cada caso).

Mini Mesa Redonda

- Duração da sessão: 60 minutos;
- Cada intervenção tem a duração de 20 minutos;
- Discussão obrigatória de 20 minutos (mínimo) no final ou a acordar pela mesa.

Mesa Redonda – problemas clínicos

- Duração da sessão: 150 minutos;
- Cada intervenção tem a duração de 10 minutos;
- Discussão de 3 minutos no fim de cada apresentação.

Comunicação Oral

- Duração da sessão: 120 minutos;
- A cada trabalho estão reservados 7 minutos para apresentação, seguidos de 3 minutos para discussão.

e-Posters

- O e-Poster será apresentado em formato digital. Todos os Posters aceites para apresentação estarão disponíveis para observação durante todo o Congresso.
- Os posters serão agrupados em pastas informáticas por tema; o horário da sessão de apresentação será afixado, devendo o autor do Poster estar presente no momento em que se procede à sua avaliação pela Mesa da Sessão.
- A duração de cada sessão de poster é de 120 minutos.

Vídeo

- Duração da sessão: 120 minutos;
- A cada trabalho estão reservados 8 minutos para apresentação e 4 para discussão.

3. ENTREGA DE COMUNICAÇÕES E E-POSTERS

Todas as apresentações devem ser antecipadamente entregues de acordo com as seguintes regras:

Sessões de e-poster

- O envio de e-poster terá de ser feito obrigatoriamente por via eletrónica através do site da SPC (conforme especificações técnicas);



- Dada a necessidade de preparação dos posters para os ecrãs tácteis em que serão visionados, não serão aceites quaisquer ficheiros por outra via nem após a data indicada acima, nem mesmo no local do Congresso.

Sessões de Vídeo

- Todos os vídeos submetidos para apresentação ao Congresso devem ser enviados por correio para Refresh Bubbles (Rua Damião de Gois, 176 1º andar Escritório 1.5 - 4050-222 Porto - Telefone - +351 223 263 373), em suporte DVD (forma MP4 recomendada) ou via WeTransfer: www.wetransfer.com **para o email spcir@rbb.pt até 9 de dezembro de 2016**

4. NOTAS FINAIS

Os objetivos do XXXVII Congresso Nacional de Cirurgia só serão atingidos se, além da qualidade dos conteúdos científicos, se aliarem normas de organização que facilitem e tornem eficazes as sessões.

Apelamos a todos os participantes para a observância das normas acima expostas.

As salas estão equipadas com controlador de tempo. Contamos especialmente com os Moderadores e Presidentes das sessões para a gestão rigorosa do tempo.

Com os melhores cumprimentos,

A DIRECÇÃO DA SPC



XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

16 A 18 DE MARÇO DE 2017

RESUMO DE COMUNICAÇÃO

SALA 1 2017-03-16 14:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 448)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: **Abdómen Aberto – casuística de um serviço de Cirurgia Geral**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A abordagem ao doente com necessidade de laparostomia é um desafio. A manutenção de um “abdómen aberto” tem indicações próprias e faz parte das opções terapêuticas em doentes específicos. O objetivo deste trabalho é caracterizar os doentes, as indicações, tipos de patologia, métodos de encerramento temporário do abdómen (ETA) e a morbilidade e mortalidade associados à abordagem do “abdómen aberto”. **Material e Métodos:** Revisão dos processos clínicos de doentes submetidos a laparostomia, com alta entre 1 de Janeiro de 2010 e 21 de Junho de 2016. **Resultados:** Da revisão casuística realizada, houve um total de 53 doentes laparostomizados no período estudado, 35 homens e 18 mulheres, com idades entre os 21 e os 86 anos. A patologia que mais motivou a laparostomia foi a sépsis, com 51% dos casos, seguida da pancreatite aguda (PA) em 34%, alterações vasculares do intestino em 9% e trauma em apenas 6% dos doentes. Em 38% dos doentes houve diagnóstico de síndrome do compartimento abdominal, estando mais frequentemente associado à PA. O método de ETA mais utilizado foi o saco de Bogotá em 83% dos casos e o penso de pressão negativa em 15%. A mortalidade global foi de 47%. **Discussão:** A abordagem ao “abdómen aberto” permanece um desafio, com uma elevada taxa de mortalidade associada. Sendo uma patologia com abordagem urgente/emergente, é necessário conhecer as opções para ETA e utilizá-las adequadamente. A integração entre a cirurgia e as unidades de cuidados intensivos é fundamental para a melhoria possível neste tipo de patologia.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: Luciana Costa, Gil Gonçalves, Mário Nora

CONTACTO: Luciana Cidade Costa

EMAIL: lcidadecosta@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 132)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: **A Procalcitonina e a Proteína C Reactiva como Marcadores Precoces de Infecção Intra-Abdominal Pós-Operatória após Cirurgia por Cancro Colo-Rectal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Procalcitonina (PCT) e a Proteína C reactiva (PCR), são biomarcadores bastante específicos de infecção. O objectivo deste estudo é avaliar a associação entre níveis séricos de PCT e PCR nos 3 primeiros dias pós-operatórios e a sua relação com a posterior aparição de infecção intra-abdominal. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo observacional de 120 doentes operados com neoplasia colo-rectal. A PCT e PCR serica foram analisados y registados antes da cirurgia e diariamente até o 3º dia do pós-operatório. A PCR foi obtida pelo método de imunoturbidometria – Beckman Coulter Au 5420 (IZASA). A PCT foi registada por um método enzimático, o VIDAS® BRAHMS. **Resultados:** Foram incluídos 120 doentes (72 com cancro do cólon e 48 com cancro do recto). A incidencia de infecção intra-abdominal pós-operatória foi de 6.5%. Os níveis sanguíneos de PCR às 72h e os de PCT as 24, 48 e 72h e o ratio entre os níveis sanguíneos de PCR às 72h e de PCR às 48h (PCR D3/PCR D2) associaram-se de forma estatisticamente significativa com a aparição de infecção pós-operatória intra-abdominal. Níveis sanguíneos PCR às 72h p:0,006 (8.14 ng/ml vs 18.03 ng/ml). PCT 24h após a cirurgia (p:0.012; 0.35vs 1.439 e 72h após a cirurgia (0.006;0.22vs 0.85) PCR 72h/PCR48h p:0.01 (0.754vs 1.07) **Discussão:** Os níveis sanguíneos de PCT e PCR estão significativamente associados com a aparição de infecção abdominal intra-operatória. O seu valor após a cirurgia pôde ajudar na predição de infecções intra-abdominais

HOSPITAL: Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

SERVIÇO: Cirurgia Geral. Unidade HBP

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Elias Dominguez-Comesaña(1) Sergio Estevez-Fernandez(2) Sergio Tojo-Ramallo(3) Raquel Sanchez-Santos(4)

CONTACTO: Elias Dominguez-Comesaña

EMAIL: eliasdomcom@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 348)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: Estudo prospectivo – Colocação de Dispositivo de Acesso Venoso Central Totalmente Implantável (DAVCTI): Técnica percutânea vs Técnica ecoguiada

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Existe forte evidência que a venopunção guiada por ecografia em tempo real (ecoguiada) está associada a um benefício substancial em relação à técnica percutânea, sendo por isso fortemente recomendada (grau de evidência A) para todas as colocações de acessos venosos centrais(1), (2). O objectivo deste estudo foi comparar os nossos resultados na colocação de DAVCTI por via percutânea e ecoguiada. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo dos DAVCTI colocados por via percutânea e ecoguiados colocados na unidade de cirurgia de ambulatório da nossa instituição, de Dezembro de 2015 a Outubro de 2016. **Resultados:** Foram colocados 81 DAVCTI. Destes, 4 foram excluídos por registos incompletos. Foram colocados 40 DAVCTI percutâneos e 37 ecoguiados em que foram avaliadas as seguintes variáveis (respetivamente): idade média (62+11 anos vs 62+12), índice de massa corporal médio (25+4 kg/m² vs 24+4), antiagregação (5% vs 10,8%), anticoagulação (0% vs 13,5%), falência de colocação (2,5% vs 5,4%), localização final (veia subclávia (VSC)– 95%, veia jugular interna (VJI) – 5% vs VSC – 5,7%, veia axillar – 28,5%, VJI – 65,7%), lateralidade (direita – 87%, esquerda – 13% vs direita – 89%, esquerda – 11%), necessidade de outra abordagem (7,5% vs 5,4%), média de punções (1,8 vs 1,5), punções arteriais (7,5% vs 8,1%), pneumotórax (0 vs 0), reposicionamento do catéter (5% vs 5,4%) e internamento (0% vs 0%). **Discussão:** Neste estudo, não foi demonstrada superioridade de qualquer uma das técnicas, sendo ambas seguras para a colocação de DAVCTI.

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta

CAPÍTULO: Cirurgia Vasculár

AUTORES: Fróis Borges M, Góis C, Costa M, Eiró F, Ferreira M, Borges F, Simões J, Botelho P, Carlos S, Corte Real J

CONTACTO: Miguel Fróis Borges

EMAIL: mfróisborges@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 396)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: Actividade da sintetase do óxido nítrico: factor determinante no prognóstico do traumatizado crítico?

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O óxido nítrico (NO) é um mediador envolvido na modulação da perfusão tecidual, resposta inflamatória e imunitária, neurotransmissão e citotoxicidade e com potencial impacto na resposta fisiopatológica ao trauma grave. Objectivo: Determinação da actividade da sintetase do NO (NOS) e da arginase em traumatizados críticos e sua correlação com os índices de gravidade e o prognóstico. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo de 23 traumatizados críticos. Avaliação da actividade da NOS e da arginase, através do cálculo dos quocientes citrulinémia/argininémia e ornitinémia/argininémia, respectivamente, no momento da admissão, ao primeiro e ao terceiro dias. Determinação das aminoacidémias por

cromatografia de troca iónica. **Resultados:** A mortalidade hospitalar associou-se a maior citrulinémia/argininémia (n.s.) e ornitinémia/argininémia (p=0,052) e menor ornitinémia/citrulinémia (n.s.) na admissão. A citrulinémia/argininémia correlacionou-se com a lactacidémia, indicador de falência circulatória (r=55%; p=0,008). A citrulinémia/argininémia $\geq 0,73$ constituiu um factor preditivo de mortalidade hospitalar [n=7 (30,4%); 71,4 vs 6,3%, p=0,003; odds ratio=11,4; acuidade=87%; sensibilidade=83,3%; especificidade=88,2%; VPP=71,4%; VPN=93,8%] e menor sobrevida actuarial (76,1 \pm 33,7 vs 277,2 \pm 33,2 dias, p=0,018). **Discussão:** O aumento da actividade da sintetase do óxido nítrico, avaliada pelo quociente citrulinémia/argininémia, revelou-se um relevante factor preditivo de mortalidade no trauma grave.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia A, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; (2) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; (3) Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; (4) Departamento de Bioquímica Genética, Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: Beatriz P. Costa (1,2), Paulo Martins (2,3), Carla Veríssimo (2,4), Marta Simões (2,4), Marisa Tomé (1), Manuela Grazina (2,4), Jorge Pimentel (2,3), Francisco Castro-Sousa (1,2)

CONTACTO: Beatriz Pinto da Costa

EMAIL: beatrizpcosta@huc.min-saude.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 211)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: Perfurações iatrogénicas após Colonoscopia – É viável tratamento conservador?

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colonoscopia é um instrumento essencial no diagnóstico e tratamento de patologia do cólon. A perfuração cólica é uma das complicações mais graves na colonoscopia diagnóstica e terapêutica, ocorrendo em cerca de 0,2 a 0,4% (exames diagnósticos) e 0,3 a 3% (exames terapêuticos). A abordagem cirúrgica impõe-se em casos seleccionados em que o encerramento endoscópico não é eficaz ou exequível. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, doentes com perfuração iatrogénica por colonoscopia nos últimos 3 anos e sua abordagem. **Resultados:** A amostra é constituída por 7 doentes, a sua maioria do sexo masculino, media de idades de 68 anos. Em 2 casos foi realizado o seu encerramento endoscópico, tendo-se optado por tratamento conservador, com sucesso. Nos restantes 5 casos foi necessária abordagem laparoscópica, com encerramento da perfuração por essa mesma via e drenagem da cavidade abdominal. A média de internamento deste grupo de doentes foi de 4,3 dias. Não há menção de complicações durante o pós operatório. **Discussão:** O pensamento médico-cirúrgico centra-se cada vez mais no privilégio de abordagens minimamente invasivas em detrimento de métodos mais invasivos, tendo em vista a resolução da patologia/complicação sendo o doente o seu maior beneficiário. O tratamento minimamente invasivo/conservador, realizado por profissionais experientes, mostrou-se eficaz na resolução das respectivas



perfurações, sendo do ponto de vista dos autores, uma opção válida na abordagem destas complicações

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Algarve, EPE
SERVIÇO: Cirurgia II (1); Gastroenterologia (2)
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: M. Cunha(1); J. Roseira(2); J. Melo(1); D. Veiga(1); V. Hugo(1); A. Sousa(1); H. Sousa (2); J. Rachadell (1); E. Amorim(1); M. Americano(1)
CONTACTO: Miguel Fernandes Da Conceição Cunha Miguel F. Cunha
EMAIL: miguelcunha86@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 338)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: **Subtipos intrínsecos de cancro mama – o fator preditivo mais importante para a resposta patológica completa à quimioterapia neoadjuvante**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A resposta patológica completa (pCR) à quimioterapia neoadjuvante (QTNA) no cancro da mama é um fator de bom prognóstico em alguns subgrupos de doentes. As indicações para QTNA têm evoluído e, atualmente, os subtipos intrínsecos assumiram um papel preponderante. O objetivo do trabalho foi determinar se os subtipos intrínsecos se relacionam com a resposta patológica à QTNA. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo (2007-2016), com inclusão de 141 doentes consecutivos com cancro de mama operável (T1-3,N0-1,M0) submetidos a QTNA (4AC+4T; tratamento dirigido se Her2+). A pCR foi definida como ypT0/isypN0. As variáveis estudadas foram: idade, tipo histológico, tamanho do tumor, metastização axilar, invasão linfo-vascular e subtipo intrínseco (St Gallen 2011). Regressão logística para análise uni e multivariada usando o programa Stata; significância para p<0,05. **Resultados:** pCR em 44 doentes (31,2%). Apenas se verificou uma relação estatisticamente significativa, nas análises uni e multivariada, de acordo com o subtipo intrínseco. Registada pCR em 72,2% Her2 ; 40% luminal B Her 2 positivo; 34,2% triplo negativo; 23,1% luminal B Her 2 negativo e 4,2% luminal A. **Discussão:** Apesar da amostra reduzida, este trabalho corrobora que os subtipos intrínsecos são o fator mais importante para prever a resposta à QTNA, sendo determinantes para decidir a indicação para este tratamento, nomeadamente, nos casos com expressão de Her2 ou triplo negativos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral – Centro Hospitalar de São João; (2) Serviço de Anatomia Patológica – Centro Hospitalar de São João; (3) London School of Hygiene and Tropical Medicine
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Fabiana Sousa (1), André Magalhães (1), Helena Carreira (3), Beatriz Caldeira (1), Jorge Pinheiro (2), Cristina Fernandes (1), Vítor Devezas (1), Henrique Mora (1), Susy Costa (1), Fernando Osório (1), Isabel Amendoeira (2), José Luís Fougo (1), José Costa Maia (1)
CONTACTO: Fabiana Sousa
EMAIL: fabiana.s.sousa52@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 486)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: **Cancro da mama – resposta patológica ganglionar completa após quimioterapia neoadjuvante**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Mais de 30% dos doentes com cancro da mama e metástases ganglionares axilares apresentam resposta ganglionar completa após a realização de quimioterapia neoadjuvante (QT NA). **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo para avaliação da resposta patológica ganglionar após realização de QT NA em doentes com cancro de mama potencialmente operável (estádios 0, 1A, 1B, 2A, 2B e T3N1) com axila clinicamente positiva. **Resultados:** Dos 135 doentes com cancro de mama operável, 64 doentes apresentavam axila clinicamente positiva antes da realização de QT NA. Todas as doentes eram do sexo feminino, com mediana de idades de 49 anos. Foi realizado esvaziamento axilar nos 64 doentes, tendo-se verificado resposta patológica ganglionar completa em 37,5% dos casos. Nenhum destes doentes apresentou recidiva ganglionar e a taxa de mortalidade foi de 4,1%. Nos doentes sem resposta patológica ganglionar completa a taxa de mortalidade de 20%. **Discussão:** A presença de metástases ganglionares axilares constitui um importante factor de prognóstico nos doentes com cancro da mama. Em 37,5% dos doentes a resposta à quimioterapia foi completa, podendo-se inferir que a biopsia de gânglio sentinela poderá ser útil nestes doentes com vista a diminuir o número de esvaziamentos axilares e consequente morbilidade.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral – Centro Hospitalar de São João; (2) London School of Hygiene and Tropical Medicine; (3) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; (4) Serviço de Anatomia Patológica – Centro Hospitalar de São João
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Fabiana Sousa (1), André Magalhães (1), Helena Carreira (2), Luís Pinto (3), Beatriz Caldeira (1), Cristina Fernandes (1), Vítor Devezas (1), Jorge Pinheiro (4), Henrique Mora (1), Susy Costa (1), Fernando Osório (1), Isabel Amendoeira (4), José Luís Fougo (1), José Costa Maia (1)
CONTACTO: Fabiana Sousa
EMAIL: fabiana.s.sousa52@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 473)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: **Avaliação de recorrências de fistulas anais após cirurgia “Ligation of Intersphincteric Fistula Tract” (LIFT)**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A técnica de laqueação do trajeto fistuloso no espaço interesfínctericiano (LIFT), tem-se mostrado um tratamento promissor no tratamento das fistulas transfinctéricas, estando associada a baixa incidência de alterações de continência e recidivas. O objetivo é avaliar os resultados da técnica LIFT e padrão de recorrência após cirurgia. **Material e Métodos:** Consulta de base de dados prospetiva relativa aos doentes submetidos a cirurgia LIFT, entre Janeiro de 2010 e Outubro de 2016. Foram intervencionados 67 doentes, com follow-up entre 1 e 59 meses **Resultados:** A amostra foi de 67 doentes,



64,2% homens e 35,8% mulheres, com idade média de 48,2 anos (19-82). Identificaram-se 14 doentes (20,9%) com recorrência de fistula anal, após LIFT. O padrão de recorrência foi fistula interesfincteriana em 6 doentes, 7 com fistula transesfincteriana e 1 com fistula rectovaginal. Os doentes com recidiva interesfincteriana foram submetidos a fistulotomia, encontrando-se sem recidiva. Nos doentes com recidiva transesfincteriana, a taxa de sucesso de novo LIFT foi de 33,3%. A recidiva rectovaginal foi submetida a fistulotomia com reconstrução imediata do esfíncter. Nenhum dos doentes apresentou alteração da continência

Discussão: A cirurgia LIFT apresenta uma taxa de recorrência de 20,9%. A realização de novo LIFT nas recidivas transesfincterianas tem uma taxa de sucesso de 33,3%. Não foram encontradas alterações de continência após a cirurgia. Esta é uma abordagem de eleição no tratamento das fístulas transesfincterianas.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
SERVIÇO: Unidade de Cirurgia Colorrectal – Serviço de Cirurgia Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Joana Isabel Almeida, Carlos Costa Pereira, Joaquim Costa Pereira, Cristina Martinez Insua, Susana Costa, Inês Romero, João Pinto-de-Sousa
CONTACTO: Joana Isabel da Silva Almeida
EMAIL: joana.isalmeida89@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 593)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: **Melanoma: Biologia tumoral e recidiva**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Análise de factores preditores de recidiva em doentes com melanoma submetidos biopsia de gânglio sentinela (BGS) e esvaziamento ganglionar no ano de 2010 **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 146 casos **Resultados:** Idade média 59 anos (14-92). Submetidos a BGS 107 doentes, 26 dos quais apresentaram metastização do GS. Foram realizados 27 esvaziamentos ganglionares: 12 inguinais e 15 axilares. Em 17 dos 24 casos com GS positivo submetidos a esvaziamento não se constatou doença residual nos restantes gânglios. A recidiva ganglionar regional ocorreu em 2 casos com GS negativo (FN:7,7%). A recidiva sistémica ocorreu em 16 doentes com GS negativo, a maioria destes com Breslow/mitótico elevados. Destes a recidiva sistémica sem evidência de doença ganglionar regional ocorreu em 56% dos casos. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa na Sobrevida global (SG) e Sobrevida Livre de doença (SLD) nos doentes com GS positivo/negativo e com/sem doença residual na peça de esvaziamento. Observada correlação com significância estatística entre o número de mitoses /presença de ulceração/invasão linfovascular /valor de Breslow /biopsia de gânglio sentinela positivo e a ocorrência de recidiva. **Discussão:** Estes dados demonstram que existe um sub-grupo de doentes sem doença ganglionar que apresentam um risco elevado de recidiva, sendo importante definir as características biológicas associadas a um maior risco de metastização à distância

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
SERVIÇO: Oncologia Cirúrgica
CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Ana Mesquita, Rui Reis, Francisco Senra, Mariana Peyroteo, Pedro C Martins, Cátia Ribeiro, Matilde Ribeiro, Abreu de Sousa

CONTACTO: Ana Mesquita
EMAIL: anamesquita1985@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 7)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: **Como reduzir laparotomias desnecessárias? – a importância da laparoscopia de estadiamento na neoplasia gástrica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Uma significativa percentagem de doentes com neoplasia gástrica apresenta metastização à distância no momento do diagnóstico. A carcinomatose peritoneal é a forma de apresentação metastática mais comum (61-80%) e sendo o seu diagnóstico imagiológico por vezes impossível, resulta num número elevado de laparotomias desnecessárias. O correto estadiamento é essencial para o tratamento adequado. A laparoscopia de estadiamento (LE) é um método eficaz e minimamente invasivo para a detecção de metástases peritoneais ocultas. O objetivo deste estudo foi determinar quais as alterações terapêuticas motivadas pelo resultado da LE. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo observacional onde foram consultados os processos clínicos dos doentes com adenocarcinoma gástrico, propostos para cirurgia com intenção curativa, entre março de 2013 e outubro de 2016. Foram excluídos os doentes sem diagnóstico histológico de adenocarcinoma, em estadio IV e submetidos a ressecção endoscópica. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 100 doentes. Destes, 86 foram submetidos a gastrectomia com intenção curativa após confirmação de ausência de doença metastática. Dez doentes tinham metastização peritoneal e quatro metastização hepática. Dos doentes com doença metastática, 11 estavam em estadio III e 3 em estadio II. **Discussão:** A LE torna o estadiamento mais eficaz e permite adequar o tratamento à extensão da doença, diminuindo o número de laparotomias exploradoras e sua potencial morbilidade. Na nossa amostra, evitou-se a laparotomia em 14 doentes.

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Eiró, F.; Botelho, P.; Oliveira, G.; Onofre, S.; Luz, C.; Santos, J. C.; Corte Real, J.
CONTACTO: Filipa Clara Eiró
EMAIL: filipa_eiro@yahoo.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 275)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: **Tratamento Cirúrgico da Acalásia – Experiência de 20 Anos**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Acalásia é um distúrbio incomum da motilidade esofágica, que condiciona importante diminuição da qualidade de vida. Várias opções terapêuticas estão disponíveis, sendo controverso qual a ideal. Pretende-se analisar, retrospectivamente, casos de doentes com Acalásia submetidos a terapêutica cirúrgica entre 1994 e 2016. **Material e Métodos:** Foram submetidos



a Cardiomiectomia de Heller-Pinotti por via laparoscópica 102 doentes (43 homens, 59 mulheres), com idade média 41,44±15,44 (14;78) anos. O score Eckardt médio pré-operatório era 8,3±1,95 (4-12); 21,6% tinha queixas respiratórias. Tinham sido submetidos a terapêuticas prévias 40% dos doentes (dilatação endoscópica 20%; injeção de toxina botulínica 12%; ambos 9%). A classificação de acordo com o tipo manométrico foi possível em 78 doentes: I (n=6), II (n=64), III (n=8). **Resultados:** A taxa de conversão foi 0%. O tempo de internamento pós-operatório médio foi 2,71±2,1 (1;9) dias. Não ocorreu mortalidade peri-operatória. A morbidade major foi 1% (Dindo-Clavien IIIa). O tempo de catamenese médio foi 66,61±59,66 (0,73;229,63) meses. O score Eckardt médio pós-operatório foi 1,53±1,96 (0-11). 92% dos doentes foram classificados como Visick I-II à data da última avaliação clínica. A taxa de sucesso cumulativo da intervenção cirúrgica foi 97% ao 1 e 3 anos, 91% aos 5 anos. Os doentes com Acalásia do tipo manométrico II tenderam a uma melhor resposta terapêutica. **Discussão:** A Cardiomiectomia de Heller-Pinotti é um tratamento seguro e eficaz a longo prazo, mesmo após falência de terapêuticas prévias.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
 SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A, Hospitais da Universidade de Coimbra (CHUC) e Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC
 CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
 AUTORES: Marisa Tomé, António Milheiro, Rodrigo Nemésio, Fernando Azevedo, Manuel Rosete, J. Guilherme Tralhão, Mónica Martins, Alexandre Monteiro, Gorete Jorge, Francisco Castro e Sousa
 CONTACTO: Marisa Isabel Trindade Tome Marques Alves
 EMAIL: marisa.tome.alves@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 397)

SESSÃO: CO 1

TÍTULO: **Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) na apendicite aguda**
 RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O RDW, red blood cells distribution width é um índice que avalia a variabilidade de tamanho dos glóbulos vermelhos (GV). Aumenta em situações de inflamação, infeção ou isquémia. **Objetivo** Avaliar o RDW: a) Como factor preditivo de apendicite aguda (AA) b) Capacidade discriminar a apendicite fleimonosa da gangrenada **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo observacional de 157 doentes operados com diagnóstico de AA. Ocorreram 105 AA fleimonosa, 37 AA gangrenada e em 15 casos (10,5 %), o apêndice não tinha alterações. Estatística com teste T de Student, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Chi-Square. **Resultados:** RDW maior em doentes sem apendicite, 13,3 (13,1-14,1) que com AA 13,0 (12,6-13,6), com significado estatístico. Não houve diferença entre a AA fleimonosa e AA gangrenada. **Discussão:** O RDW aumenta na inflamação, infeção. A IL-6, IL-1, Factor Necrose Tumoral afetam a sobrevivência dos GV na circulação, promovem a deformabilidade, suprimem a maturação dos GV, resultando em aumento do RDW. O RDW foi menor na ausência de AA, de acordo com outros estudos publicados, contra o expectável, que seria aumento de RDW no processo inflamatório/séptico, que é a AA. Conclusão 1 – A diferença de RDW em doentes com e sem AA é tão baixa que não tem discriminação

diagnóstica 2 – O RDW não distingue apêndice sem alterações da apendicite fleimonosa, ou necrosada

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE
 SERVIÇO: 1 – Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal; 2 – Unidade Curricular Cirurgia I, Faculdade de Medicina de Lisboa. Prof. Dr. Paulo Costa
 3 – Service de Urgence, Hôpital Fribourgeois, Suisse
 CAPÍTULO: Colo-Proctologia
 AUTORES: Nuno Carvalho^{1,2}, Gisela Marcelino³, Joana Simões¹, Joana Leal¹, Carla Antunes⁴, Filipe Borges¹, Margarida Ferreira^{1,2}, Miguel Borges^{1,2}, J. Corte-Real^{1,2}
 CONTACTO: nuno manuel duarte de carvalho
 EMAIL: nunomdc@sapo.pt

SALA 2 2017-03-16 14:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 551)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Impacto da laqueação da artéria esplénica após hepatectomia major na função, regeneração e viabilidade**
 RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Tem sido descrito que a modulação da pressão venosa portal (MVP) previne o síndrome "small-for-size" e a falência hepática após hepatectomia major (HM). **Objetivo:** investigar o impacto da MVP através da laqueação da artéria esplénica (LAE) após HM no modelo murino (MM). **Material e Métodos:** 48 ratos wistar (machos, 2 meses) foram sujeitos a hepatectomia 85% (Hx) com ou sem laqueação da artéria esplénica associada (Hx+LAE). No pós-operatório, em ambos os grupos, foram avaliadas às 24, 48, 72 e 120h: função hepática, regeneração hepatocelular (RH) e viabilidade. Para comparação Hx/Hx+LAE efetuados testes Mann-Whitney/T-st ind e Kruskal-Wallis para alterações ao longo do tempo (p<0,05; Correção Bonferroni nas comparações múltiplas) **Resultados:** LAE incrementa a viabilidade hepatocitária às 24h, induz relativo decréscimo do stress oxidativo nas primeiras 48h, promove capacidade antioxidante a partir das 24h, acarreta um ligeiro défice temporário da função excretória nas primeiras 72 horas e aumenta o índice mitótico entre as 48 e 72 h. **Discussão:** A HM associada à LAE, no MM, permite a MVP, promovendo um aumento da viabilidade e RH, sem comprometer a função, ao induzir um stress oxidativo menos expressivo nas primeiras 48h.
 HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II
 SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (1), ICBAS, Universidade do Porto (2), Unidade de Biofísica, FMUC (3), CNC.IBILI, FMUC (4), CIMAGO, Universidade de Coimbra (5), Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (6), LOH, Clínica universitária de Hematologia e Unidade de Biologia molecular aplicada, FMUC (7), Departamento de Medicina Nuclear da Universidade de Coimbra (8), Departamento de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (9), ESTESC, Instituto Politécnico da Universidade de Coimbra (10), INESCC, Universidade de Coimbra, Portugal (11), Serviço de Cirurgia A do Centro Hospitalar e Universitário



de Coimbra. Clínica Universitária de Cirurgia III, FMUC (12), Unidade de Cirurgia hepato-biliar e pancreática do Hospital de Beaujon, Clichy (13), Universidade Fernando Pessoa (14)

CAPÍTULO: Investigação básica

AUTORES: Jorge Carrapita(1,2), Ana Margarida Abrantes (3,4,5), Sofia Campelos (6), Ana Cristina Gonçalves (4,5,7), Dulce Cardoso (8), Ana Bela Sarmento-Ribeiro (4,5,7,9), Clara Rocha (10,11), Jorge Nunes Santos (2), Maria Filomena Botelho (3,4,5), José Guilherme Tralhão (3,4,5,12), Olivier Farges (13), Jorge Maciel Barbosa (1,14)

CONTACTO: Jorge Carrapita

EMAIL: jcarrapita@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 116)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Adaptações Metabólicas na Técnica ALPPS – Como a Regeneração Hepática depende da Capacidade Bioenergética Celular**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A técnica ALPPS surge como um avanço considerável, permitindo realizar ressecções alargadas apesar da dimensão reduzida do fígado remanescente (FLR). Um dos factores determinantes do sucesso é o incremento volumétrico cinético (KGR) entre o primeiro (T1) e o segundo tempo (T2). A capacidade energética mitocondrial (CEM) parece assumir vital importância na resposta do parênquima hepático à ressecção hepática. Muitas das adaptações metabólicas que ocorrem no FLR no Humano continuam desconhecidas. **Material e Métodos:** Cinco doentes submetidos a técnica ALPPS por metástases de cancro colo-rectal (três do sexo masculino; idade 61 ± 7.1 anos). Incremento volumétrico do FLR de $31.5 \pm 23.6\%$; e KGR de $2.8\%/dia$. Estudo de biópsias no FLR para estudos de CEM e expressão genética (STAT3, PC1 α , ALR, COX). **Resultados:** Não ocorreu morbilidade major ou mortalidade. A CEM em T1 correlacionou-se de forma muito forte com o KGR ($r=-0.945;p=0.015$) e com a taxa de crescimento do FLR ($r=0.989;p=0.001$). A resposta volumétrica entre T1 e T2 foi acompanhada de um aumento da expressão de genes associados à regeneração hepática (STAT3, ALR) e à CEM (PGC1, COX) ($p<0.05$). **Discussão:** A capacidade energética mitocondrial assume-se com um factor de enorme importância na regeneração hepática. Novos marcadores de bioenergética poderão revelar-se úteis na avaliação da reserva de função hepática pré-hepatectomia. Terapêuticas baseadas no condicionamento energético celular poderão reduzir a morbilidade e mortalidade da ressecção hepática.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A dos Hospitais da Universidade de Coimbra – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (1), Clínica Universitária de Cirurgia III – Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra (2), Departamento de Ciências da Vida – Faculdade de Ciências e Tecnologia – Universidade de Coimbra (3), Centro de Neurociências e Biologia Celular – Universidade de Coimbra (4), Serviço de Imagem Médica – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (5)

CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática

AUTORES: Henrique Alexandrino (1,2), João Soeiro Teodoro (3,4), Henrique Donato (5), Ricardo Martins (1,2), Marco Serôdio (1,2), Mónica Martins (1,2), Anabela Rolo (3,4), José

Guilherme Tralhão (1,2), Carlos Palmeira (3,4), Francisco Castro e Sousa (1,2)

CONTACTO: Henrique Alexandrino

EMAIL: halexandrino123@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 115)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Impacto da Trombocitose no Prognóstico do Cancro Gástrico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A presença de trombocitose pré-tratamento tem sido relatada em diversos tipos de cancros, estando relacionada com pior prognóstico. No entanto, a sua prevalência e o seu impacto na sobrevida dos doentes com cancro gástrico ainda está mal definida. **Objectivos:** Avaliar a prevalência e a importância da trombocitose pré-tratamento como factor de prognóstico nos doentes com cancro gástrico. **Material e Métodos:** Retrospectivamente, foram incluídos 227 doentes com adenocarcinoma gástrico que foram submetidos a gastrectomia com intuito curativo, de Janeiro 2009 a Dezembro 2014. Foi considerada trombocitose quando a contagem de plaquetas $>400 \times 10^3 /\mu L$. A análise estatística foi realizada através do SPSS 24. Foi realizada a análise uni e multivariada. A sobrevida foi estimada recorrendo a curvas de Kaplan-Meier. **Resultados:** Verificou-se a presença de trombocitose em 20,3% dos doentes. A análise univariada mostrou que o estadio, o grau de diferenciação, a presença de permeação venosa e linfática e a presença de trombocitose tiveram impacto na sobrevida ($p<0,001$). A análise multivariada revelou que a presença de trombocitose pré-tratamento é um factor independente de prognóstico ($p=0,023$). **Discussão:** Neste estudo, verificou-se que a presença de trombocitose pré-tratamento tem um impacto negativo na sobrevida, podendo ser usado como factor independente de prognóstico. Já existem estudos, in vivo e in vitro, com agentes anti-plaquetários como agentes anti-tumorais no tratamento de diversos tipos de cancros, incluindo o cancro gástrico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral CHVNG/E

CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica

AUTORES: Santos M.; Barbosa L.; Tavares A.; Viveiros F.; Maciel J.

CONTACTO: Mariana Santos

EMAIL: marianamsantos@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 41)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Efeito do bypass gástrico no controlo de diabetes tipo 2**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia bariátrica é um método actualmente aceite para tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Com o presente trabalho, pretende-se analisar os resultados do bypass gástrico no controlo/resolução da DM2. **Material e Métodos:** Foram submetidos a cirurgia bariátrica 286 doentes entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012 na nossa instituição, dos quais 268 foram bypass gástrico. Dos 268 doentes que foram submetidos a bypass gástrico, 61 tinham DM2. O grupo é constituído



por 46 mulheres (75.4%) e 15 homens (24.6%), com idade mediana de 53 anos [19-70] e IMC médio de 45.09±4.88. Foram analisados retrospectivamente a duração da diabetes, a medicação prévia à cirurgia e a evolução do peso e da doença ao longo de 3 anos de pós-operatório. **Resultados:** Dos 61 com DM2: 3 mantiveram a terapia prévia à cirurgia; 2 reduziram a medicação e em 55 houve remissão (90.2%). Perda de seguimento de 1 doente. Do grupo em que houve resolução de DM2 a duração média da doença prévia à cirurgia foi de 8.18±6.3 anos; o IMC inicial médio era 45.09±5.08, com uma percentagem de perda de peso em excesso de 75.51% aos 3 anos. O tempo de resolução médio da doença foi de 8.56±11.97 meses. Do grupo em que não houve resolução de DM2 a duração média da doença foi de 8.6±1.52 anos; o IMC inicial médio era 45.17±1.86 com uma percentagem de perda de peso em excesso de 65.95%. **Discussão:** A cirurgia bariátrica, nomeadamente o bypass gástrico, é um método eficaz de controlo/ resolução da DM2, pelo que deve ser considerado em doentes com IMC≥35 e comorbilidades

HOSPITAL: Hospital Espírito Santo, EPE – Évora
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Rocha Melo M, Silva S, Amaro M, Pereira M, Patricio J, Laranjeira A, Carvalho M, Caravana J
CONTACTO: Miguel Rocha Melo
EMAIL: miguelrochamel@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 432)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Drenagem Percutânea Ecoguiada Realizada por Cirurgiões – Uma Realidade?**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A ecografia abdominal é uma ferramenta extremamente valiosa quando utilizada pelo cirurgião no diagnóstico e tratamento do doente urgente. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência nas drenagens percutâneas ecoguiadas (DPE) realizadas por cirurgiões em doentes com patologia aguda. **Material e Métodos:** Foi realizada uma revisão retrospectiva destes procedimentos entre janeiro/2015 e junho/2016, com colheita de dados através da consulta do processo clínico. **Resultados:** No total, 42 doentes foram submetidos a DPE, 25/17 (60/40%) do sexo masculino e feminino respetivamente e com uma média de idade de 66 anos (24-89). 36 doentes (88%) foram admitidos pelo serviço de urgência: 10 foram submetidos a colecistostomia por colecistite, 10 drenagens de abscessos no pós-operatório de cirurgias urgentes e 16 drenagens de abscessos intra-abdominais predominantemente por apendicite aguda, diverticulite e doença inflamatória intestinal. 6 doentes (12%) foram admitidos eletivamente, em 5 com necessidade de drenagem de abscessos da loca cirúrgica e 1 drenagem de seroma infetado após correção de eventração. Em 3 doentes (7%) houve necessidade de cirurgia a curto prazo por controlo não eficaz do foco e em 2 (5%) foi necessário repetir a DPE. **Discussão:** A DPE é um procedimento que pode ser executado por cirurgiões, de forma segura e com bons resultados. Possibilita o controlo de foco de forma mais precoce, minimamente invasiva, curando ou criando condições para que o tratamento cirúrgico definitivo seja realizado com maior segurança.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral (1)
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Rita Peixoto (1), Catarina Quintela (1), Pedro Valente (1), Maria João Lima (1), António Rodrigues da Silva (1), António Taveira Gomes (1)
CONTACTO: Rita Peixoto
EMAIL: ritasapeixoto@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 548)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Sistemas de previsão de pancreatite aguda na admissão de uma unidade de cuidados intensivos: BISAP, BISAP – P, APACHE II, SOFA**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A escala BISAP é específica na previsão de risco para pancreatite aguda (PA), estando validada para as primeiras 24 horas intra-hospitalares. Quanto maior a gravidade do quadro clínico, mais específica será a sua previsão. Actualmente não existem estudos do seu poder preditivo na admissão de uma unidade de cuidados intensivos (UCI) Objectivos: avaliar o poder preditivo de morte e necessidade de suporte de órgão do BISAP e BISAPP (PCR > 15mg/dl) na admissão na UCI. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo Critérios de inclusão: doentes admitidos na UCI com diagnóstico de PA entre 2012-2015 Comparados os seguintes grupos: BISAP/ BISAP-P ≥ 3 e < 3, SOFA ≥ 11 e < 7 Outcomes: necessidade de suporte de órgão (aminas (AM), ventilação invasiva (VI) e terapia de substituição renal); mortalidade (intra-unidade e intra-hospitalar) Utilizado correlação de Spearman, o teste de X² e exacto de Fisher. **Resultados:** N=49 (53% sexo masculino; média=69 anos (30-93)). Etiologia: 55% litíase. Classificação de Atlanta Modificada: 64% grave. 99%, 75% complicação sistémica, local precoce e tardia respetivamente. 33% mortalidade intrahospitalar As 4 escalas correlacionam-se estatisticamente (p < 0.05). BISAPP e BISAP associam-se a necessidade de VI (X² 6.13, p 0.033; 5.49, p < 0.028). SOFA apresenta poder preditivo para necessidade de: suporte invasivo (X² 7.17, p < 0.007), VI (X² 7.17, p < 0.007), AM (X² 11.77, p < 0.001), morte (X² 11.77, p < 0.001). **Discussão:** O SOFA apresenta-se com o melhor poder preditivo das 4 escalas O BISAP e BISAPP apresenta poder preditivo para necessidade de VI
HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
SERVIÇO: Cirurgia B(1), Unidade de Cuidados Intensivos Hospital Vila Franca de Xira, (3) Unidade Cuidados Intensivos
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: David Aparício(1), António Gomes(1), Aurélia Martinho(2), Carlos Leichsenring(1), Alfredo Leite,(3) Vítor Nunes(1), Paulo Freitas(3)
CONTACTO: David Aparício
EMAIL: david.joao.aparicio@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 405)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Rotura Diafragmática Traumática – Revisão dos Últimos 10 Anos num Hospital Central**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A rotura diafragmática por trauma é uma entidade clínica pouco frequente que constitui um



desafio diagnóstico. **Material e Métodos:** Foi analisada a casuística do nosso centro dos últimos 10 anos. **Resultados:** Foram operados 27 doentes com o diagnóstico de rotura diafragmática entre 2005 e 2015. A cirurgia foi urgente em 18 doentes, 13 com rotura aguda e 5 com encarceramento de conteúdo abdominal através de defeito diafragmático não diagnosticado previamente, mas com antecedentes de trauma. Foi realizada cirurgia eletiva em 9 casos. Os doentes operados por rotura aguda eram maioritariamente do género masculino, com idade média de 46 anos, a maioria por trauma fechado (3 casos de trauma penetrante), apenas 1 doente não apresentava lesões associadas. Os exames auxiliares de diagnóstico utilizados foram radiografia e TC torácicas. Relativamente à opção pela via de abordagem, 1 doente foi operado por laparoscopia, 2 por toracotomia e 10 por laparotomia. No período pós-operatório a maioria foi admitida em unidade de cuidados intensivos/intermédios. Verificaram-se complicações em 9 doentes, 4 classificadas como Grau IV e V (Clavien-Dindo). Nesta série registou-se 1 caso de mortalidade, intra-operatória por choque hemorrágico. **Discussão:** O diagnóstico de rotura diafragmática por trauma requer alto índice de suspeição e pode manifestar-se tardiamente por complicações graves. Está associado a elevada morbi-mortalidade, nomeadamente, pelos traumas associados.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Cristina Fernandes, Fabiana Sousa, Ana B. Caldeira, Victor Devesa, Renato Bessa Melo, José Costa Maia
CONTACTO: Cristina Jesus Costa Fernandes
EMAIL: cris87ster@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 255)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Fatores de risco para recidiva no adenocarcinoma do Cólon**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O adenocarcinoma do cólon é a terceira neoplasia mais frequente em Portugal, sendo a recidiva após cirurgia curativa a principal causa de morte nestes doentes. Pretendemos determinar fatores de risco para recidiva em doentes submetidos a cirurgia de intenção curativa. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo, coorte de doentes operados entre 2006 e 2010. Excluídos doentes com apresentação inicial metastática e com follow-up inferior a 5 anos. Analisadas variáveis demográficas, de apresentação inicial, histológicas, cirúrgicas, terapêutica adjuvante, sobrevida global e livre de doença. Realizada análise estatística uni e multivariada. **Resultados:** Operados 441 doentes: média de idades de 70 anos (DP 11,7), sexo masculino (56,2%), a maioria era pT3 (62%), seguido de pT4 (19,7%). Doença ganglionar metastática presente em 42,6% dos doentes e 33,6% realizaram terapêutica adjuvante. A taxa de recidiva global foi de 25,4% e a sobrevida global aos 5 anos foi de 56,1%. Na análise univariada os fatores preditivos de recidiva foram o estágio T e N, a invasão linfocelular e perineural e o comprimento das margens de ressecção intestinal (p<0,05). Na análise multivariada, o comprimento da margem de ressecção intestinal (OR 1,2) e a positividade ganglionar (OR 2,8) mantiveram-se como

fatores de risco para recidiva (p<0,05). **Discussão:** O nosso estudo corrobora a importância da cirurgia oncológica, traduzida por maior margem de ressecção e maior extensão da linfadenectomia, na diminuição da recidiva do adenocarcinoma do cólon.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
SERVIÇO: Cirurgia B
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Ricardo Rocha, Rui Marinho, Marta Fragoso, David Aparício, António Soares, Ana João, Carla Carneiro, Vasco Geraldes, Vitor Nunes
CONTACTO: Ricardo Rocha
EMAIL: ricardorochafmup@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 282)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Biopsia de gânglio sentinela e esvaziamento axilar – O Passado e o Presente na nossa Unidade da Mama**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A biópsia do gânglio sentinela (GS) substituiu o esvaziamento axilar (EA) como método standard na avaliação do status ganglionar axilar em doentes com cancro de mama sem envolvimento axilar clínico. **Material e Métodos:** O trabalho pretende avaliar as doentes com cancro de mama e PGS positiva entre Janeiro 2012 e Dezembro de 2015 e o nosso protocolo de abordagem da axila com início em 2016. **Resultados:** As doentes têm uma média de idade de 58 anos. Quanto ao resultado da PGS, cerca de 45% tinham PGS positivo, sendo que a média de gânglios sentinela excisados foi cerca de 1.9 gânglios (1 e 5 gânglios sentinela). Em 4.5% o GS apresentou micrometastase. Foram submetidas a mastectomia 75% das doentes e 25% a tumorectomia. Cerca de 44 doentes foram submetidas a EA e o número mediano de gânglios linfáticos excisados foi 13.7 (3 e 25 gânglios removidos) Das doentes submetidas a EA, 40.9% não apresenta metastização ganglionar, 27.7% apresenta um gânglio linfático axilar adicional metastizado, 4.5% apresenta micrometástases, 4.5% tem 2 gânglios metastizados, 22.7% tem mais de 3 gânglios metastizados. 741 caracteres **Discussão:** Cerca de 40.9% das doentes com EA não apresentava metastização ganglionar. Baseados nos resultados dos estudos ACOSOG Z0011 e IBCSG 23- 01 que mostraram que doentes com doença ganglionar limitada tratadas com cirurgia mamária conservadora, RT e QT adjuvante podem ser poupadas de EA sem compromisso do controlo locoregional nem da sobrevivência global, iniciamos em 2016 um novo protocolo de abordagem da axila
HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Marta Martins, Catarina Longras, Maria João Araújo, Angela Machado, Rita Lourenço, Catarina Nora, André Magalhães, Diana Brito, Cristina Carvalho, Hugo Mesquita, José Monteiro, João Lima Reis, José Pinto Correia
CONTACTO: Marta Cristina Da Cruz Martins
EMAIL: martadcmartins@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 434)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Mastectomia Total Poupadora de Pele e de Complexo Aréolo-Mamilar**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia mamária para tratamento do cancro era classicamente uma cirurgia mutilante. No entanto, os conceitos de cirurgia conservadora da mama e de reconstrução mamária estão associados a uma crescente importância da vertente estética da cirurgia mamária. A mastectomia total poupadora de pele (MTPP) e também a preservação do complexo aréolo-mamilar (CAM), actualmente consideradas seguras em termos oncológicos, melhoram o resultado estético e diminuem a morbilidade psicológica e social da cirurgia mamária. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo da experiência do nosso Centro no período compreendido entre Dezembro de 2010 e Dezembro de 2012 neste tipo de cirurgias. **Resultados:** Das 54 doentes submetidas a mastectomia com reconstrução mamária imediata (RMI), 31 realizaram MTPP e CAM e 23 realizaram MTPP. A idade média foi de 49 anos. Em 23 doentes a cirurgia foi realizada para terapêutica e em 8 doentes para redução de risco de cancro. As dimensões dos tumores variaram entre 10 e 60mm nas doentes com carcinoma in situ e entre 10 e 46mm nas doentes com carcinoma invasor. Foi realizado exame extemporâneo do tecido retroareolar em 9 doentes que apresentavam distância do tumor ao CAM igual ou inferior a 2cm. As técnicas de RMI utilizadas foram variadas. Verificadas complicações operatórias em cerca de 1/3 das doentes. Nesta série não se verificou mortalidade. Sem recidivas. **Discussão:** A MTPP e CAM é uma técnica segura em termos oncológicos, em casos devidamente seleccionados.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Mamária

AUTORES: Cristina Fernandes, Fabiana Sousa, Ana B. Caldeira, Henrique Mora, André Magalhães, Susy Costa, Fernando Osório, José Luis Fougo, José Costa Maia

CONTACTO: Cristina Jesus Costa Fernandes

EMAIL: cris87ster@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 503)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Gangrena de Fournier: o contributo da Terapia de Pressão Negativa**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Gangrena de Fournier é uma fascíte necrotizante polimicrobiana rapidamente progressiva do períneo e/ou área genital, resultando em necrose do tecido celular subcutâneo e pele. O tratamento exige desbridamento cirúrgico agressivo e instituição de antibioterapia de largo espectro. A terapia hiperbárica e Terapia de Pressão Negativa (TPN) são descritas como adjuvantes no controlo desta patologia. O objetivo deste estudo é analisar a demografia, apresentação clínica e resultados do tratamento comparando a abordagem convencional e TPN. **Material e Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo dos casos de Gangrena de Fournier diagnosticados entre 2005 e 2016 na nossa instituição, sendo que foi aplicada TPN em todos os casos consecutivos desde 2013. Análise estatística com teste exato de Fisher e teste Mann Whit-

ney. **Resultados:** A amostra é constituída na totalidade por elementos do género masculino, com mediana de idade de 72 anos (30-93). Verificamos etiologia anorectal em 90% dos casos. Os agentes mais frequentes foram E. coli e Streptococcus sp. O tempo de internamento foi de 33 dias ($\pm 23,3$) na terapia convencional (TC), e 44,5 dias ($\pm 14,4$) na TPN. A duração de antibioterapia foi inferior no grupo de TPN e nenhum destes doentes necessitou de plastia. Realizaram-se enterostomias em 20% casos no grupo de TC e em 50% no grupo de TPN. **Discussão:** A nossa experiência mostra que a TPN é efetiva no tratamento e controlo da G. Fournier, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas entre as duas abordagens terapêuticas

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral da ULSAM

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Luisa Calais Pereira, D. Pinto; A. Gonçalves; A. Martins, R. Escalreira, M. Cardoso; E. Vasconcelos, A. Midões

CONTACTO: Luisa Calais

EMAIL: luisacalais@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 587)

SESSÃO: CO 2

TÍTULO: **Doença de Crohn – 10 anos de experiência num centro único**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Doença de Crohn (DC) é uma patologia inflamatória crónica debilitante, cuja incidência tem vindo a aumentar. Ao longo da vida, entre 50 a 80% dos doentes irão necessitar de cirurgia. **Material e Métodos:** Análise observacional descritiva retrospectiva de doentes adultos com DC operados entre 01/2006 a 10/2016 num centro único. Excluíram-se doentes submetidos a cirurgia perianal exclusiva. Analisaram-se variáveis demográficas, tipo de Crohn de acordo com Montreal, tempo de evolução, tipo de cirurgia, terapêutica médica, histologia, morbilidade e mortalidade cirúrgica. **Resultados:** 99 doentes, com idade média de 41 anos [18-78]; 52% do sexo masculino. O tempo de evolução médio da DC até a cirurgia foi 4,96 anos, e a cirurgia mais frequentemente realizada foi a ressecção ileo-cecal (66%). 28 dos doentes operados não tinham diagnóstico prévio de DC, tendo a maioria destas cirurgias sido realizada de forma urgente. A taxa de morbilidade foi de 21% e a de mortalidade 4%. Em 3 dos 99 doentes com DC, foi diagnosticado adenocarcinoma do ileon. **Discussão:** A incidência da doença de Crohn está a aumentar, e consequentemente, também o seu impacto no quotidiano do cirurgião. Apesar de se tratar de uma doença benigna, a taxa de morbilidade e mortalidade associadas à cirurgia não é desprezável. Espera-se que com um diagnóstico precoce, avanços na terapêutica farmacológica, uma abordagem multidisciplinar e ênfase na otimização pré-operatória, seja possível melhorar os resultados cirúrgicos e a qualidade de vida destes doentes.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

SERVIÇO: Cirurgia B

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Fragoso M., Rocha R., Marinho R., Aparicio D., Joao A., Soares A., Sobrinho C., Afonso E., Leichsenring C., Carneiro C., Geraldes V., Nunes V.

CONTACTO: Marta Ramos Fragoso

EMAIL: martafrag@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 264)

SESSÃO: CO 3

TÍTULO: **Gastrectomia laparoscópica em cancro gástrico: experiência de uma unidade de um Hospital de referência**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Atualmente, a gastrectomia laparoscópica (GL) tem sido cada vez mais uma opção crescente para o tratamento cirúrgico do cancro gástrico, quer em estádios precoces, quer avançados. Apresentamos a casuística referente à GL realizada numa unidade especializada. **Material e Métodos:** Foi feita uma análise prospetiva observacional dos doentes submetidos a GL entre Março de 2011 e Outubro de 2016. **Resultados:** Foram realizadas 207 intervenções, 65,7% foram gastrectomias subtotais, 27% totais, 1,4% totalizações e 5,7% gastrojejunostomias laparoscópicas. A mediana de idades dos doentes operados foi de 67 anos (min=14, max=94). O tempo cirúrgico médio foi de 210 minutos para a gastrectomia subtotal, 238 para a total e 231 para a totalização. 80,2% das cirurgias tiveram intenção curativa. 97% dos doentes apresentaram margens R0. Em 141 doentes fez-se uma linfadenectomia D2, sendo ressecados uma mediana 28 gânglios. Registamos uma taxa de mortalidade global peri-operatória de 3,9%, sendo 10,3% nos casos em que a cirurgia foi paliativa. A taxa de morbilidade pós-operatória foi de 21%, sendo a complicação mais frequente a hemorragia (4,6%), e a fistula e pneumonia nosocomial (3,6%). Nos doentes cuja cirurgia teve intenção curativa constatou-se um tempo de sobrevivência médio de 56,7 meses. **Discussão:** Os resultados verificados permitem-nos considerar que, na nossa experiência, a GL no contexto de cancro gástrico é uma abordagem segura, com resultados comparáveis aos descritos na literatura.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: (1) Interna de Formação Específica de Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal; (2) Unidade de Patologia Esofago-Gastro-Duodenal, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal; (3) Diretor de Serviço, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João

CAPÍTULO: Cirurgia Esofago-Gástrica

AUTORES: Telma Fonseca (1), Silvestre Carneiro (2), António Gouveia (2), Jonh Preto (2), Eduardo Lima Costa (2), Vítor Devesa (2), António Ferrão (2), Manuela Baptista (2), António Pereira (2), Hugo Sousa (2), José Barbosa (2), José Costa Maia (3)

CONTACTO: Telma Fonseca

EMAIL: tnvfonseca@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 530)

SESSÃO: CO 3

TÍTULO: **A Vitamina A e o Stress Oxidativo em modelos animais de Pancreatite Aguda**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O stress oxidativo (SO) ocorre na patogénese da Pancreatite Aguda (PA), mantendo-se

por esclarecer qual o seu envolvimento no processo fisiopatológico. A terapia antioxidante (TA), descrita com sucesso em modelos animais, não mostrou resultados encorajadores quando aplicada no homem. **Objetivo:** avaliar o SO pelo comportamento da vitamina A (vitA) e ácido úrico em diferentes modelos de PA. **Material e Métodos:** 42 ratos Wistar divididos em 3 modelos de PA: ceruleína (8) e controlos (4), oclusão duodenal em ansa fechada (12) e oclusão do ducto pancreático (12) e controlos (4). Sacrifício dos animais (10h e 24h). Colhidas amostras de soro, plasma e tecido pancreático (fixação 4% formaldeído, parafina, coloração H&E). Avaliadas: amilase (AM), lipase (LIP), procalcitonina (PCT), vitA, ácido úrico e estudo histológico. Análise estatística com SPSS 20.0. Significado estatístico com $p < 0.05$. **Resultados:** Verificou-se PA (comparação com controlo) em todos os modelos, pela avaliação da AM, LIP e histopatologia para PA. A PCT correlacionou-se com o grau de gravidade de PA ($p = 0.007$). Verificou-se uma diminuição da vitA em todos os modelos de PA ($p < 0.001$) e de ácido úrico no modelo pela ceruleína ($p = 0.003$). A diminuição da vitA correlacionou-se com a gravidade da PA ($p < 0.001$). **Discussão:** O estudo do mecanismo envolvendo a vitA e a fisiopatologia da PA, poderá ajudar na compreensão do envolvimento do SO nesta patologia e permitir o desenvolvimento de novas terapias dirigidas eficazes, nomeadamente a TA.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

SERVIÇO: 1- Serviço de Cirurgia, ULS de Castelo Branco; 2- Faculdade de Ciências da Saúde, UBI; 3- Laboratório de Neuroquímica, CNC-CHUC; 4- FMUC-UC; 5- IBILI; 6- CIMAGO; 7- Serviço de Anatomia Patológica, CHUC; 8- CICS-UBI; 9- Serviço de Cirurgia A, CHUC; 10- Clínica Universitária de Cirurgia III, FMUC; 11- Instituto de Biofísica, FMUC

CAPÍTULO: Investigação básica

AUTORES: P Silva Vaz (1,2), I Baldeiras (3,4), AM Abrantes (4,5,6), R Oliveira (7), A Gouveia (1,2), M Castelo-Branco (2,8), MF Botelho (4,5,6), JG Tralhão (6,9,10,11)

CONTACTO: Pedro Silva Vaz

EMAIL: pedro.silvavaz@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 413)

SESSÃO: CO 3

TÍTULO: **Neoplasia de Comportamento Incerto da Mama – Estudo de Uma Unidade de Senologia**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As lesões da mama englobam um grupo heterogéneo de entidades com apresentação, morfologia e comportamento clínico variáveis. Tipicamente são classificadas em benignas ou malignas tendo, na sua maioria, um comportamento previsível. Contudo, há lesões com clínica, imagiologia e /ou características histológicas que não permitem esclarecer a sua natureza, tendo um comportamento incerto quanto ao seu potencial maligno. Pretende-se relacionar o diagnóstico pré-operatório de neoplasia de comportamento incerto da mama (NCIM) à microbiópsia e o seu resultado histológico após biópsia excisional. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes submetidos a excisão de lesão da mama com diagnóstico pré-operatório de NCIM (ICD9 2383), entre janeiro de 2007 e outubro de 2016 numa Unidade de Senologia. **Resultados:** Analisados



92 casos com diagnóstico de NCIM, 91 do sexo feminino, idade média de 59±14 anos. Todos foram submetidos a excisão de lesão da mama em cirurgia de ambulatório com a seguinte histologia: 64% benigno, 3% potencial maligno e 33% maligno. Dos que apresentaram resultado maligno, 69% foram submetidos a nova intervenção cirúrgica para controlo local da doença. **Discussão:** Neste estudo, 33% das lesões da mama não completamente caracterizados com recurso a imagem e biópsia tiveram o diagnóstico de neoplasia maligna, e destes 69% foram re-intervencionados. Sendo assim, as NCIM deverão ser tratadas com a mesma prioridade da neoplasia maligna confirmada e utilizando sempre que possível a técnica cirúrgica mais adequada.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Setúbal(1); Unidade de Senologia, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Setúbal(2); Unidade de Senologia, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de Setúbal(3)

CAPÍTULO: Cirurgia Mamária

AUTORES: Xavier de Sousa(1), Pedro Ferreira(2), Luís Branco(2), Jorge Simões(3), Manuel Vítor Rigueira(2), Luís Cortez(1)

CONTACTO: Xavier Ponte de Sousa

EMAIL: xavierpdesousa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 368)

SESSÃO: CO 3

TÍTULO: **A Radioterapia Intra-Operatória no Tratamento do Carcinoma do Reto**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A abordagem multidisciplinar revolucionou o tratamento do carcinoma retal (CR). No entanto, a recidiva local continua a ser um problema, podendo a radioterapia intra-operatória (RIO) ter um papel importante no controlo local. O objetivo foi avaliar a associação da RIO no tratamento do CR loco-regionalmente avançado. **Material e Métodos:** Foram revistos os doentes propostos para cirurgia com RIO por CR entre Janeiro de 2010 e Junho de 2016. **Resultados:** Dos 160 doentes propostos, 144 realizaram RIO. A mediana de idade foi 62 anos, com 70,8% de doentes do sexo masculino. Correspondiam a tumor primário 74,3% dos casos e 25% a recidiva pélvica. A maioria dos casos correspondia ao estadio T3/4N+M0, tendo 91% dos doentes realizado tratamento neoadjuvante. A amputação abdomino-perineal foi efetuada em 40,9% dos casos. A exenteração pélvica (total ou posterior) foi realizada em 20,8% dos casos. A dose de RIO variou entre 10-17,5Gy, conforme o resíduo e foi aplicada sobretudo à região pré-sagrada. A mediana de dias de internamento foi 12, com 20,9% de complicações major (CTCAE 3-5). A sobrevivência mediana global e livre de doença foi 51,5 e 32,1 meses, respetivamente, com uma mediana de follow-up de 22,6 meses. Foi conseguida cirurgia R0 em 68,8% dos casos, com uma diferença estatisticamente significativa na mediana de sobrevida e recidiva nestes doentes (p<0,0001). **Discussão:** A RIO constitui uma técnica exequível com uma taxa de complicações aceitável. O fator de prognóstico mais importante foi a doença tumoral residual.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

SERVIÇO: Serviço de Oncologia Cirúrgica (1), Serviço de Radio-oncologia (2)

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Mariana Peyroteo(1), Pedro C. Martins(1), Alexandre Sousa(1), Ana Ferreira(1), Cátia Ribeiro(1), Ana Mesquita(1), José Pedro Silva(1), Carlos Dias(1), Dora Cunha(2), Olga Pinto(2), Lúcio Lara Santos(1), Abreu de Sousa(1)

CONTACTO: Mariana Peyroteo

EMAIL: mariana.peyroteo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 470)

SESSÃO: CO 3

TÍTULO: **Abordagem Watch and Wait no tratamento do adenocarcinoma do recto baixo**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A quimiorradioterapia (QRT) e a cirurgia com excisão total do mesorecto fazem parte do tratamento do adenocarcinoma do recto baixo localmente avançado, contudo, esta abordagem pode estar associada a morbilidade significativa. Nos doentes com resposta clínica completa (RCC) após QRT, a abordagem Watch and Wait (WW) tem sido defendida por diferentes entidades internacionais. Esta abordagem foi incluída no protocolo do nosso Grupo Multidisciplinar em 2014. O objectivo deste trabalho é avaliar os resultados dos doentes submetidos a abordagem de WW na nossa Instituição. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de uma base de dados prospectiva de doentes incluídos no protocolo de WW de Junho de 2014 a Junho de 2016. Todos os doentes com adenocarcinoma do recto baixo com RCC após QRT foram submetidos a vigilância clínica, endoscópica e imagiológica protocolada. **Resultados:** Durante o período do estudo, 41 doentes com adenocarcinoma do recto baixo foram avaliados pelo Grupo Multidisciplinar de Cólon e Recto e propostos para QRT com intuito curativo. 17% dos doentes tiveram RCC e foram incluídos no protocolo de WW. A mediana do tempo de seguimento foi 8 (p255-p7517) meses, sem evidência de recrescimento local. **Discussão:** Doentes com RCC após terapêutica neoadjuvante para o adenocarcinoma do recto baixo podem evitar a morbilidade associada à cirurgia do recto. Os doentes submetidos à abordagem de WW devem ser vigiados por um Grupo Multidisciplinar dedicado para avaliar sistematicamente os resultados deste protocolo.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE

SERVIÇO: Grupo Multidisciplinar de Cólon e Recto do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Rodrigo Oom, Rita Barroca, Luís d'Orey Manoel, Manuel Limbert, Nuno Abecasis, João Cortez Pinto, Inês Marques, João Pereira da Silva, António Dias Pereira, Ricardo Fonseca, Paula Chaves, José Venâncio, Isália Miguel, Teresa Marques, João Freire, Catarina Travancinha, Gonçalo Fernandez, Paula Pereira, Luísa Mirones, Teresa Ferreira, Isadora Rosa

CONTACTO: Rodrigo Oom

EMAIL: rodrigo.oom@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 431)

SESSÃO: CO 3

TÍTULO: Adenocarcinoma Primário do Intestino Delgado
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores malignos do intestino delgado são raros e constituem um desafio diagnóstico. A sua incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos, provavelmente decorrente do crescente desenvolvimento das técnicas endoscópicas. O adenocarcinoma é o tipo histológico mais frequente e tem uma incidência estimada de 2,2-5,7/100000 habitantes nos países ocidentais. A apresentação clínica é inespecífica, podendo mesmo ser assintomático até estadios avançados da doença. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo da experiência do nosso Centro entre 2005 e 2015. **Resultados:** Foram operados 23 doentes por adenocarcinoma primário do intestino delgado, 13 homens e 10 mulheres, com idade mediana de 62 anos. Destes, 5 apresentavam patologia predisponente, como Síndrome de Lynch, Polipose Adenomatosa Familiar ou Doença de Crohn. A cirurgia foi urgente em 8 doentes, por oclusão, perfuração ou hemorragia. Aquando do diagnóstico, 10 doentes encontravam-se em estadios III ou IV. Obtiveram-se ressecções R0 em 21 doentes e linfadenectomias adequadas (>8-10 gânglios) em 16. Em 8 casos foi decidida terapêutica adjuvante em reunião multidisciplinar. A sobrevida média dos doentes desta série é de 55 meses. **Discussão:** É necessário elevado grau de suspeição clínica para o diagnóstico destes tumores que apresentam mau prognóstico. A estratégia de tratamento deve ser equacionada em ambiente multidisciplinar, em Centros de Referência.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Cristina Fernandes, André Pinho, Fabiana Sousa, Ana B. Caldeira, Renato Bessa Melo, Pedro Correia da Silva, José Costa Maia
CONTACTO: Cristina Jesus Costa Fernandes
EMAIL: cris87ster@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 441)

SESSÃO: CO 3

TÍTULO: Fatores de risco para invasão das margens após cirurgia conservadora no tratamento do cancro de mama
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Vários fatores de risco estão associados à positividade das margens após tumorectomia, o que poderia permitir ao cirurgião prever os pacientes em risco. A maioria desses fatores está relacionada com a biologia do tumor e com as características do paciente, e estes não podem ser modificados. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes submetidas a CC da mama em 2014 e 2015 na nossa instituição. Foram comparadas características demográficas, clínicas e histológicas entre os doentes sem invasão da margem e com invasão da margem. Foi utilizada estatística não paramétrica com análise univariada (qui-quadrado, teste exacto de Fisher e Mann-whitney) e multivariada (regressão logística). **Resultados:** 100 doentes submetidas a CC, 24 com margem positiva no exame histológico definitivo. A média de idades neste subgrupo foi de 58,2A. Na aná-

lise univariada, a apresentação clínica sob a forma de microcalcificações, a histologia e a presença de componente intraductal associaram-se a margens positivas. Na análise multivariada, as microcalcificações e componente intraductal foram factores de risco independentes para margem positiva (OR = 8,39; p<0,005 e OR = 4,75; p<0,001 respectivamente). **Discussão:** Lesões não palpáveis sob a forma de microcalcificações e a presença de componente de carcinoma ductal in situ parecem estar associadas a maior probabilidade para positividade da margem e consequente re-excisão.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Joana Magalhães, Luísa Frutuoso, Teresa Santos, Florinda Cardoso, Joseph Silva, Alexandre Alves, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Joana da Silva Magalhães
EMAIL: juana_magalhaes@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 24)

SESSÃO: CO 3

TÍTULO: Mortalidade em cirurgia hepática – comparação de modelos de risco
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Existem vários modelos de risco propostos para prever a mortalidade após hepatectomia, no entanto, não existe consenso em relação a qual utilizar na prática clínica. Avaliámos os dois mais usados, critério 50-50 e pico de bilirrubina > 7 mg/dL, assim como o novo score proposto por Hyder, quanto à sua capacidade em prever mortalidade aos 90 dias após cirurgia hepática. **Material e Métodos:** Doentes submetidos a hepatectomia (excluídas biopsias e lesões císticas) entre 2011 e 2015 foram incluídos numa base de dados prospetiva. Analisámos variáveis clínico-patológicas, intraoperatórias, pós-operatórias e dados laboratoriais, comparando os três modelos de risco. **Resultados:** Metade dos 386 doentes identificados era homem, com idade média de 60 anos e 62,4% ASA II. Metástases hepáticas de CRC foi a indicação operatória mais comum (41,5%), seguida de lesões benignas (25,4%), metástases NCRC (11,4%) e HCC (10,9%). Em 44,6% dos doentes o parênquima restante apresentava esteatose. A morbilidade foi 39,1% (Clavien ≥ III – 15,5%) e a taxa de mortalidade 1,8%. A sensibilidade do modelo de risco pico bilirrubina > 7 mg/dl foi 16,7% e a especificidade 99,4%. Nenhum doente cumpriu o critério 50-50. O score de Hyder teve um bom desempenho (área sob a curva de 0,995) e quando utilizado um cut-off de ≥ 11, a sensibilidade foi de 100% e a especificidade 98,4%. **Discussão:** Esta série, confirma que o modelo proposto por Hyder apresenta uma melhor capacidade em prever mortalidade aos 90 dias quando comparado com os outros modelos existentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar São João EPE, Porto | Faculdade de Medicina da Universidade Porto
CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática
AUTORES: Isabel Garrido, Renato Bessa de Melo, Cristina Fernandes, Fernando Resende, Luís Graça, J. Costa Maia
CONTACTO: Isabel Garrido
EMAIL: isabelmng@hotmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 575)

SESSÃO: CO 3

TÍTULO: **Anastomose intracorpórea versus extracorpórea na hemicolectomia direita laparoscópica: experiência de um serviço**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colectomia laparoscópica é uma opção técnica segura e eficaz no tratamento do cancro colorectal. A anastomose intracorpórea (IA) é um procedimento que tem vindo a ganhar popularidade, facilitando algumas das limitações técnicas da extracorpórea. Este estudo pretende comparar resultados a curto prazo de ambas as opções técnicas. **Material e Métodos:** Desenhamos um estudo retrospectivo comparativo entre as duas técnicas de anastomose na hemicolectomia direita laparoscópica. A amostra consiste em 85 doentes, consecutivamente submetidos a este procedimento entre 1 de Setembro de 2014 a 31 de Agosto de 2016. As variáveis analisadas foram a duração do internamento, duração da cirurgia, complicações pós-operatórias (íleus, deiscência da anastomose e infecção da ferida operatória) e mortalidade. **Resultados:** A média de idades foi de 70 anos (\pm 13,46) e a indicação cirúrgica mais comum o cancro do cólon direito. O grupo submetido a IA corresponde a 20%. A análise multivariada entre o grupo IA e EA encontrou uma diferença estatisticamente significativa na duração de internamento, favorecendo o grupo IA. Em relação às restantes variáveis, embora sem diferenças com significado estatístico, verificou-se uma tendência a favor do grupo IA. **Discussão:** A hemicolectomia direita laparoscópica com IA apresenta resultados similares à EA, apresentando algumas vantagens em termos de flexibilidade na extracção do espécime. Assim, consideramos que a IA representa uma técnica segura, válida e exequível para cirurgiões colorectais experientes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE

SERVIÇO: Cirurgia 1

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Inês Campos Gil, Inês Sales, Nuno Rama, Paulo Alves, Paulo Clara, Sandra Amado, Miguel Coelho, Vítor Faria

CONTACTO: Inês Campos Gil

EMAIL: inesmcgil@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 547)

SESSÃO: CO 3

TÍTULO: **O score BISAP na predição da gravidade e mortalidade da Pancreatite Aguda**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Pancreatite Aguda é uma patologia frequente, de evolução variável. É fundamental a estratificação precoce para otimização terapêutica. Os índices utilizados actualmente só permitem essa estratificação às 48 horas, limitando o impacto terapêutico. Bed Side Index for Severity in Acute Pancreatitis (BISAP) permite, através de uma análise multifactorial, a estratificação de risco à admissão hospitalar. **Objectivo.** Avaliação do score (BISAP) na predição precoce da gravidade e mortalidade na PA **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de 3 anos. Avaliadas as variáveis: idade, sexo, score BISAP, duração do internamento, gravidade, complicações e mortalidade. Gravidade avaliada de acordo com critérios de Atlanta revistos. Capacidade preditiva avaliada pela área sob a

curva (AUC) ROC **Resultados:** Amostra de 98 doentes; 30 homens e 67 mulheres; idade média de 71 anos. 18 doentes apresentaram PA Grave; mortalidade global de 6%. AAUC para a predição da gravidade pelo BISAP foi de 0,879 (IC 95%; 0,804 – 0,954). A sensibilidade foi de 52% e especificidade de 93,7%. AAUC para a predição da mortalidade foi de 0,889 (IC 95%; 0,781-0,998). A sensibilidade foi de 66,7% e especificidade de 88%. **Discussão:** A identificação da gravidade e prognóstico são factores importantes na abordagem inicial da PA. O score BISAP pode ser uma ferramenta de grande utilidade na estratificação e avaliação precoces do risco e prognóstico, uma vez que permite de forma segura a predição da gravidade e mortalidade e orientação terapêutica adequada.

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE

SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta, Almada. (2) Faculdade Medicina de Lisboa, Unidade Curricular Cirurgia I; Prof Dr. Paulo Costa

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Filipe Borges (1), Nuno Carvalho (1,2), Miguel Fróis Borges (1,2), Mikhail Costa (1), Margarida Ferreira (1), Rui Branco (1), António Folgado (1,2), Rui Lebre (1), Corte-Real (1,2)

CONTACTO: Filipe João de Castro Borges

EMAIL: fcastroeborges@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 506)

SESSÃO: CO 3

TÍTULO: **Experiência de 10 anos em Cirurgia Revisional Bariátrica num Centro de Tratamento Cirúrgico da Obesidade – estudo retrospectivo**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Com o aumento do número de intervenções bariátricas é expectável que o número de revisões (REDO) venha a aumentar significativamente. O trabalho apresenta a casuística e seguimento dos nossos doentes. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes submetidos a cirurgia REDO de 2004 a 2016. **Resultados:** Foram operados por REDO 122 doentes (86,1% sexo feminino), com uma idade média de 46,49 8,81 anos. Foram submetidos inicialmente a gastroplastia com banda (111 doentes, 91%), sleeve gástrico em 8 (6,6%), gastroplastia de Mason em dois (1,6%) e bypass gástrico num doente (0,8%). As causas da revisão foram deslizamento e dilatação da bolsa, obstrução, aumento de peso, migração intra-gástrica e abcesso peribanda no pós-operatório imediato. Em 120 doentes iniciou-se a intervenção por laparoscopia com conversão em cinco (4,2%). O peso médio antes do REDO era de 109,68 24,11kg e o IMC 40,86 7,96kg/m². As intervenções REDO foram sleeve gástrico (67 doentes, 54,9%), bypass gástrico (45 doentes, 36,9%), reposicionamento de banda em 6 (4,9%) e duodenal switch em 4 (3,3%). A mediana do follow-up foi 41 meses [0-144]. A mediana do IMC aos 24 meses de 30,75kg/m² [24,2-47,2] e a média da percentagem de excesso de peso perdido de 54,67% \pm 19,7kg. A mortalidade foi nula e a morbidade 7,3% (9 doentes). **Discussão:** A cirurgia bariátrica REDO foi efectuada com segurança e revelou-se eficaz. Deverá assim constituir uma parte importante da formação do cirurgião bariátrico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE



SERVIÇO: Unidade Tratamento Cirúrgico da Obesidade, Hospitais da Universidade de Coimbra (CHUC)
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Manuel Rosete, António Milheiro, J Carlos Campos, Alexandre Monteiro, Mónica Martins, António Manso, Beatriz Costa, João Almeida, M Sérgio Cupido, André Lázaro, Lelita Santos, Patrícia Oliveira, Dircea Rodrigues, F. Castro Sousa
CONTACTO: Manuel Rosete
EMAIL: manel_rosete@hotmail.com

SALA 4 2017-03-16 14:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 537)

SESSÃO: V 1

TÍTULO: **Adrenalectomia laparoscópica por via retroperitoneal**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A adrenalectomia laparoscópica por abordagem retroperitoneal foi descrita inicialmente por Mercan em 1995 e modificada e popularizada por Walz em 2006. Permite o acesso directo à glândula supra-renal, eliminando os riscos associados à presença de aderências intra-peritoneais e minimizando o risco de lesão de órgão intra-abdominal. Em grupos experientes pode diminuir o tempo de cirurgia, perdas sanguíneas intra-operatórias e o período de convalescença pós-operatório. Adicionalmente permite a adrenalectomia bilateral sem necessidade de reposicionamento do doente. **Material e Métodos:** Apresenta-se o caso de uma mulher de 56 anos, obesa (IMC 36); antecedentes de patologia osteoarticular degenerativa da coluna vertebral e artrite psoriática. Proposta para adrenalectomia esquerda por apresentar um nódulo de 36mm de etiologia incerta associado a um mielolipoma (49mm) ipsilateral. Sem alterações no estudo laboratorial dirigido. Foi submetida a adrenalectomia por abordagem retroperitoneal, que decorreu sem intercorrências. O vídeo demonstra os passos da adrenalectomia por abordagem retroperitoneal: estabelecimento do pneumo-retroperitoneu; dissecação do retroperitoneu; o acesso à glândula supra-renal, sua dissecação, controlo vascular e ressecção em bloco. **Resultados:** Tempo de cirurgia: 90 minutos. Alta ao 2º dia sem intercorrências. A histologia revelou: ganglioneuroma e mielolipoma da supra-renal esquerda. **Discussão:** A adrenalectomia por abordagem retroperitoneal é uma abordagem exequível e segura, inclusivé em doentes obesos.
HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: M. S. Ferreira, C. Luz, G. Oliveira, J. C. Santos, J. Corte Real
CONTACTO: Margarida Silva Ferreira
EMAIL: margarida.s.f@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 390)

SESSÃO: V 1

TÍTULO: **Esplenopancreatectomia Distal por Via Laparoscópica**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tumor pseudopapilar sólido do pâncreas é uma neoplasia rara, que corresponde a 0,1 a

5% de todos os tumores pancreáticos. A sua origem não está esclarecida, sendo mais frequente em mulheres jovens. A apresentação clínica é frequentemente inespecífica. Tem um potencial de malignidade baixo, que lhe confere bom prognóstico. **Material e Métodos:** Caso Clínico: Mulher de 42 anos, com antecedentes de sarcoidose, sem sintomas abdominais, referenciada à consulta de Cirurgia Geral por lesão cística pancreática detectada em exames imagiológicos de vigilância. A RMN abdominal mostrou uma lesão cística heterogénea centrada na cauda pancreática, com paredes espessadas, com calcificações, de 36x40x42mm. Após discussão em Reunião Multidisciplinar foi decidida cirurgia. A doente foi submetida a esplenopancreatectomia distal, dada a íntima relação da lesão com o baço detectada intra-operatoriamente, por via laparoscópica. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta ao 7º dia. O exame histológico revelou tratar-se de um tumor pseudopapilar sólido do pâncreas. **Discussão:** O tumor pseudopapilar sólido do pâncreas deve ser um diagnóstico diferencial a considerar em lesões sólidas ou parcialmente císticas do pâncreas, principalmente em mulheres jovens. A cirurgia é o tratamento de eleição. A abordagem laparoscópica do pâncreas partilha das vantagens das técnicas minimamente invasivas com evidentes vantagens para o doente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Cristina Fernandes, Marinho Almeida, Fabiana Sousa, Ana B. Caldeira, Renato Bessa Melo, Luís Graça, José Costa Maia
CONTACTO: Cristina Jesus Costa Fernandes
EMAIL: cris87ster@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 394)

SESSÃO: V 1

TÍTULO: **Hemicolectomia Direita com Rotação Intestinal Incompleta. Quando as Referências Anatômicas Falham.**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A má rotação intestinal tem uma prevalência de 1/6000 RNV. 90% tem sintomatologia no primeiro ano. Tipo IIIb: Fixação incompleta do ângulo hepático do cólon; IIIc Fixação incompleta do cego e o seu mesentério. A laparoscopia baseia-se em referências anatômicas precisas para realizar uma cirurgia com baixo risco. A má rotação faz que estas referências estejam alteradas acrescentando dificuldade **Material e Métodos:** Doente de 68 anos com BMI 41,1, antecedentes de HTA e hiperlipemia. Colonoscopia por rectorragias: telangiectasias no cólon ascendente, pólipos volumosos no ângulo hepático do cólon marcado com tinta. AP: adenoma viloso com displasia de alto grau em 10% das glândulas. Ecografia: não pode ser identificada a vesícula, lóbulo esquerdo do fígado nem pâncreas **Resultados:** O doente foi operado por laparoscopia. Observa-se um cego sub-hepático com uma fixação laxa, e um ângulo esplénico do cólon mais baixo e medial. A marcação com tinta localiza-se no epigastro. Confirma-se uma rotação incompleta. Mostra-se que as referências anatômicas habituais não estão presentes. Os vasos ileocólicos têm uma direção ascendente. Isto obriga a uma dissecação pormenorizada para confirmar as estruturas que devem ser ressecadas. **Discussão:** A



rotação incompleta dificulta a cirurgia laparoscópica que se baseia em referências anatómicas constantes. Quando esta alteração existe não podemos confiar no que parece ser cada estrutura, sendo muito importante realizar uma dissecação mais pormenorizada para confirmar a anatomia do paciente.

HOSPITAL: Outro
SERVIÇO: Serviço Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: CARMEN MAILLO, RAQUEL ABREU, MARIA DE JESÚS OLIVEIRA, CARLOS MARTINS, ANA JOAQUIM
CONTACTO: Carmen Mailló
EMAIL: cmailló@netcabo.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 392)

SESSÃO: V 1

TÍTULO: **Conversão de Funduplicatna de Nissen em Bypass Gástrico em Y de Roux por via laparoscópica no tratamento da DRGE recorrente em paciente obeso**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A obesidade como factor etiológico conhecido da doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE) tem constituído um problema crescente de saúde pública. A funduplicatura de Nissen (FN) é uma técnica eficaz e segura para o tratamento da DRGE, contudo pode falhar neste grupo de doentes. A cirurgia bariátrica como solução para o problema base (obesidade) pode oferecer simultaneamente vantagem no tratamento da DRGE. Os autores apresentam um vídeo de uma conversão de FN em Bypass Gástrico (BYG), por via laparoscópica. **Material e Métodos:** Mulher de 57 anos, com IMC 36 Kg/m² e DRGE foi submetida a FN por via laparoscópica, sem intercorrências. Melhoria sintomática foi verificada durante o primeiro ano pós-operatório. Aos 2 anos após cirurgia, em associação com aumento ponderal, as queixas recorreram. Foram realizados ECD, nomeadamente pHmetria, que demonstrou refluxo ácido; EDA com evidência de esofagite de refluxo e hérnia do hiato; e trânsito esofagogastroduodenal sem alterações. Proposta cirurgia revisional de conversão de FN em BYG em Y-en-Roux por via laparoscópica, sem intercorrências. **Resultados:** A doente teve alta ao 4º dia pós-operatório. Ao 4º mês a doente mantém-se assintomática com boa evolução ponderal (IMC de 30 kg/m²). **Discussão:** O BYG é a técnica cirúrgica mais adequada para o tratamento da obesidade em simultâneo com a DRGE. A cirurgia revisional é um desafio nestes doentes, no entanto pode ser realizada com segurança, especialmente em centros com experiência na cirurgia bariátrica e laparoscópica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Ana Marta Pereira, Leonor Matos, Tiago Fonseca, Joana Magalhães, António José Reis, Tiago Ferreira, Marta Guimarães, Rui Ferreira Almeida, Artur Trovão Lima, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Ana Marta
EMAIL: martappereira@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 403)

SESSÃO: V 1

TÍTULO: **Abordagem “de baixo para cima” para excisão completa do mesocolon**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** À semelhança da cirurgia do reto que tem como premissa de radicalidade a manutenção do envelope mesorrectal determinado pela fásia que o envolve, também a cirurgia do cólon direito tem hoje critérios de radicalidade relacionados com a preservação da fásia de Toldt, sua separação da fásia de Gerota e laqueação dos vasos arteriais na origem. O objetivo deste trabalho é apresentar a técnica praticada pelo grupo que tem como particularidade ser executada com o laparoscópio em posição suprapúbica. **Material e Métodos:** Doente de 61 anos com adenocarcinoma do cego com adenopatias visíveis no estadiamento por TAC. Protocolo ERAS Praticada abordagem por 4 portas: 12 mm suprapúbico, 12 mm umbilical, 5 mm QIDto, 5 mm QIESq. Libertação do ileon distal, abertura da goteira parietocólica em redor do cego. Dissecação em sentido cefálico com separação das duas fásias brilhantes até à cabeça do pâncreas. Transsecção do ileon e laqueações proximais segundo o eixo da artéria mesentérica superior. Transsecção do colon, e libertação da peça. Anastomose intracorpórea. Retirada da peça por incisão suprapúbica. **Resultados:** Cirurgia sem complicações. Recuperação do doente sem intercorrências. Anatomia patológica: T4N2(45), com excisão completa do mesocolon. **Discussão:** Esta abordagem foi adotada por este grupo desde o início de 2016. Os resultados de radicalidade são animadores. Com adoção estrita do programa ERAS, não registaram até à data nenhuma complicação.

HOSPITAL: Hospital da Luz Arrábida e Aveiro
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Hospital da Luz Arrábida e Aveiro
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Jaime Vilaça, Luís Lencastre, Ana Fonte Boa
CONTACTO: Jaime Vilaça
EMAIL: jaimevilaca@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 114)

SESSÃO: V 1

TÍTULO: **diverticulose com fistula colovesical: resolução laparoscópica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A doença diverticular do cólon e uma doença inflamatória que pode dificultar a cirurgia pelas aderências não só ao retroperítoneu como também a outros órgãos da cavidade abdomino-pelvica; esta situação pode tornar a resolução por laparoscopia mais difícil. Este vídeo tem como finalidade de mostrar a exequibilidade da abordagem mini-invasiva **Material e Métodos:** o caso clínico e sobre um doente jovem com pneumaturia. A abordagem cirúrgica foi laparoscópica com colocação de stent ureteral esquerdo no início da intervenção. A laparoscopia exploradora confirmou o diagnóstico de diverticulose grave com aderência a bexiga mas também ao apêndice ileo cecal. 1-A dissecação foi de mediana para lateral com controlo vascular primeiro. 2-A próxima fase será uma apendicectomia anterograda para realizar uma dissecação monobloc da peça operatória 3-A libertação do cólon da bexiga e raffia da mesma 4-Uma mini



laparotomia para extração da peça 5-Uma anastomose TT mecânica clássica **Resultados:** a cirurgia ocorreu em 3 horas o doente ficou internado 3 dias a histologia confirmou a doença diverticular. **Discussão:** A doença diverticular do cólon esquerdo e uma doença inflamatória grave. A colocação do stent ureteral em pre-operatório será crucial para identificar com segurança o uréter; do mesmo modo e capital realizar uma extração da peça em monobloco. A abordagem laparoscópica desta doença é exequível e reproduzível e permite oferecer ao doente todas as vantagens precoces e tardias de uma abordagem laparoscópica.

HOSPITAL: HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
SERVIÇO: cirurgia geral do Hospital Jose de Almeida de Cascais
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Stelio Rua; Paulo Mlra
CONTACTO: Stelio Rua
EMAIL: ssrua@portugalmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 596)

SESSÃO: V 1

TÍTULO: **Exploração laparoscópica da via biliar por abordagem transfundibular e litotricia com laser**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A técnica ideal para tratamento da LVBP não é consensual. Os ensaios clínicos não têm mostrado uma diferença estatisticamente significativa na taxa de sucesso e na morbidade e mortalidade entre a CPRE e a exploração laparoscópica. No entanto, a CPRE nem sempre é possível em todos os centros, obriga a um tratamento a dois tempos e não é isenta de riscos. Por outro lado, a abordagem laparoscópica pode não ser possível nos cálculos de grande volume ou impactados **Material e Métodos:** Apresentamos o caso de uma mulher de 83 anos com LV e LVBP, tendo sido submetida a CPRE com esfinterotomia e colocação de prótese por extração incompleta dos cálculos, mesmo após o uso de litotritor mecânico. Foi proposta para tratamento laparoscópico: colecistectomia, colangiografia intraoperatória e litotricia com laser. A via biliar foi abordada por via transfundibular. **Resultados:** A litotricia com laser permitiu a vaporização dos cálculos e o colangiograma final não tinha evidência de cálculos. A cirurgia não teve intercorrências. **Discussão:** Com o desenvolvimento de instrumentos de laser torna-se possível o uso de litotricia endoluminal com cada vez menos iatrogenia, reduzindo as complicações mais comuns (perfuração e/ou hemorragia) e permitindo uma clearance superior a 90%. A abordagem transfundibular permite tratar cálculos volumosos, nos quais a abordagem transcística seria difícil

HOSPITAL: Hospital de Braga
SERVIÇO: (1)Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Braga, Portugal (2)Hospital da Luz Arrábida, Porto, Portugal (3)Saint Marks Hospital, London, Reino Unido
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Alexandra Babo (1), Charlene Viana, Jaime Vilaça (2), Alberto Isla (3), Humberto Cristino (1)
CONTACTO: Alexandra Babo
EMAIL: alexandrababo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 315)

SESSÃO: V 1

TÍTULO: **Colectomia Direita radical com linfadenectomia D3 laparoscópica assistida por robot com anastomose intra-corporal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Em 2008, Hohenberger descreve a Excisão Total do Mesocolon, com diminuição das taxas de recidiva locorregional e sobrevida livre de doença aos 5 anos. Esta técnica tem como fundamento a dissecação fina e excisão de gânglios centrais, com linfadenectomia D3. **Material e Métodos:** O autor propõe-se a apresentar um vídeo de uma colectomia direita radical, com linfadenectomia D3 por abordagem laparoscópica assistida por robot, com anastomose intra-corporal. **Resultados:** Mulher de 89 anos de idade. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, fibrilação auricular, acidente isquémico transitório, estenose carotídea. Para estudo de dor abdominal realizou tomografia axial computadorizada que revelou espessamento do cólon direito. Colonoscopia confirmou tratar-se de lesão neoformativa do cólon ascendente. Anatomia patológica: Adenocarcinoma de baixo grau. Foi realizada colectomia direita laparoscópica assistida por robot: Abordagem cólica inferior até ao duodeno. Abordagem de medial para lateral do mesocólon direito, dissecação D3 a nível da artéria e veia mesentéricas superiores. Laqueação dos ramos ileo-cólicos na raiz, artéria cólica direita e ramo direito da cólica média com Hem-o-locks. Secção do mesocólon com energia bipolar e monopolar. Transsecção do cólon transversal e íleon terminal com endo-GIA 60mm. Anastomose latero-lateral ileo-cólica intracorporal com endoGIA 60mm. Encerramento de orifício de anastomose com PDS 3/0. **Discussão:** A doente teve um pós-operatório sem complicações, tendo alta ao 4º dia pós-operatório.

HOSPITAL: Hospital de Santarém, EPE
SERVIÇO: 1 – Serviço de Cirurgia do Hospital de Santarém, 2 – Serviço de Cirurgia do Hospital Marques Valdecilla
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Olga Oliveira (1), Marcos Gomez (2), Lidia Cristobal (2), Carmen Cagigas (2), Javier Rivera (2), Nuno Vilela (1), Julio Castillo (2)
CONTACTO: Olga Oliveira
EMAIL: ooliveira8@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 381)

SESSÃO: V 1

TÍTULO: **Esofagectomia transpleural toracoscópica em decúbito ventral**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A abordagem toracoscópica na esofagectomia por cancro continua a ser pouco utilizada mesmo em centros especializados e que realizam o tempo abdominal por via laparoscópica. A abordagem com o paciente em decúbito lateral esquerdo é muito dependente da capacidade técnica do ajudante sendo relativamente difícil conseguir uma visão adequada. O posicionamento em decúbito ventral exige menos intervenção do ajudante e proporciona uma melhor visualização. **Material e Métodos:** Vídeo com descrição e considerações sobre a técnica cirúrgica da esofagectomia transpleural toracoscópica em decúbito ventral (ETTDV). **Resultados:** É apresentado



um caso de adenocarcinoma da junção esofagogástrica cT3N+M0 submetido a esofagogastrectomia parcial por abordagem de 3 campos (toracoscopia, laparoscopia e cervicotomia) com anastomose esofagogástrica (tubo gástrico retromediastínico) a nível cervical. **Discussão:** A ETTDV é uma técnica pouco conhecida e com poucos relatos detalhados pelo que os autores se propõem a relatar a técnica realizada no seu hospital. A revisão da literatura revelou tratar-se de um procedimento exequível e seguro; comparativamente com o decúbito lateral, o tempo operatório e as perdas sanguíneas são menores; assegura melhor ergonomia e menor sobrecarga física para os cirurgiões; parece acarretar menor taxa de complicações nomeadamente pulmonares; permite uma linfadenectomia mediastínica mais extensa. O uso desta técnica é crescente mas são necessários mais estudos para avaliar o valor prognóstico a longo prazo.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Unidade de Cirurgia Digestiva
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Pedro Soares Moreira, Carlos Nogueira, Mário Marcos, Jorge Santos
CONTACTO: Pedro Soares Moreira
EMAIL: pedrosoaresmoreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 361)

SESSÃO: V 1

TÍTULO: **Ressecção TME do recto por via laparoscópica transabdominal e transanal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A excisão total do meso-recto (TME) é a técnica gold-standard no tratamento oncológico do recto. As dificuldades técnicas encontradas na dissecação transabdominal por via laparoscópica aumentam o risco de excisão incompleta e de pior resultado oncológico. A abordagem transanal foi desenvolvida com a intenção de melhorar os resultados clínicos, oncológicos e funcionais, através de uma melhor visualização e dissecação dos planos distais. **Material e Métodos:** Mulher, 68 anos, adenocarcinoma da face posterior a 8 cm da margem, cT3N0M0, submetida a esquema longo de quimio-radioterapia neo-adjuvante e espera de 10 semanas. Abordagem transabdominal: laqueação alta da veia mesentérica inferior e da artéria mesentérica inferior na origem; dissecação medio-lateral do mesocólon esquerdo. Abordagem transanal com sistema reutilizável D-Port: bolsa de tabaco distal ao tumor, secção circunferencial da parede rectal e dissecação no sentido proximal da fascia meso-rectal até à dissecação transabdominal. Extracção da peça via transanal, secção ao nível da sigmóide e colocação da cabeça da agrafadora circular. Encerramento transanal do coto rectal e anastomose colo-rectal termino-terminal. **Resultados:** Pós-op sem intercorrências, alta em D6. Histopatologia: adenocarcinoma do recto ypT2N0 sem invasão de margens e com meso-recto íntegro. **Discussão:** Apesar das dificuldades técnicas e da curva de aprendizagem elevada, esta abordagem permite uma melhor dissecação dos tumores rectais baixos por via mini-invasiva.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia 1, Centro Hospitalar Lisboa Central; (2) Service de Chirurgie Digestive ou Abdominale, Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre, Bruxelas, Bélgica;

(3) Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Espanha

CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Diogo Carrola Gomes (1), Guy-Bernard Cadière (2), Giovanni Dapri (2), Ion Surdeanu (2), Anny Cadenas Febres (2), Sixte-Henry Sondji (2), Adrià Rosat (3)
CONTACTO: Diogo Carrola Gomes
EMAIL: carrolagomes.md@gmail.com

SALA 5 2017-03-16 14:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 17)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Fistulojejunostomia em Y de Roux no tratamento de fistula pancreática persistente. Caso clínico.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A pancreatite aguda pode complicar-se em 20% dos casos de necrose pancreática que, não raramente, pode ser assento de colonização bacteriana, de cuja evolução irá depender em muito o prognóstico vital do doente. Esta ocorrência, frequentemente associada a quadros de sepsis e falência orgânica múltipla, pode impor a necessidade de um desbridamento cirúrgico da necrose infectada, podendo a fistula pancreática surgir como complicação em 15% dos casos. **Material e Métodos:** Mulher de 79 anos admitida por pancreatite aguda litíásica com evidência imagiológica de extensa necrose pancreática associada a sinais clínico-laboratoriais de sepsis e choque séptico. Ao 6º dia de internamento foi efectuada drenagem cirúrgica da necrose infectada (Klebs. oxytoca) e colecistectomia. Internamento em UCIP. O pós-operatório complicou-se por fistula pancreática refractária ao tratamento conservador, no contexto de disrupção total do canal de Wirsung. Três meses após a 1ª operação, foi realizada uma fistulojejunostomia em Y de Roux. Pós-operatório sem incidências. Doente assintomática ao fim de 18 meses. **Discussão:** A fistulojejunostomia como tratamento definitivo da fistula pancreática persistente pareceu-nos a opção mais adequada e segura no presente caso (face à hipótese também ponderada de pancreatectomia distal e esplenectomia), dado que permitiu, além de conservar as funções pancreática e esplénica, obviar as previsíveis dificuldades de trabalhar cirurgicamente num retroperitoneu muito afectado pelo processo necrótico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia C
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: João Mendes Louro, Ana Isabel Costa, Carla Jesus Quental, António Ribeiro Oliveira, António Neves Firmo e Carlos M. Costa Almeida
CONTACTO: João Paulo Mendes Louro
EMAIL: joaomendeslouro@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 37)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: Enterolitíase primária do intestino delgado. A propósito de um caso clínico.

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A litíase do tracto intestinal pode dever-se à migração para o interior deste de cálculos formados noutros órgãos, ou resultar da formação primária de concreções calculosas no lúmen do intestino consequente a situações patológicas capazes de gerar zonas de estase intestinal e condições de meio químico propícias à precipitação e deposição de substâncias constituintes do conteúdo entérico. **Material e Métodos:** Homem de 64 anos que sofria, desde há 10 anos, de crises abdominais suboclusivas, com evidência radiológica e enterográfica da existência de duas estruturas arredondadas, cálcicas, com morfologia em anel com de 3 cm de diâmetro, localizadas no ileon, a jusante das quais existia um segmento de menor distensibilidade. Ecografia abdominal sem alterações. Na laparotomia confirmou-se a existência de duas formações litiásicas geminadas, com 3cm de diâmetro, proximais a zona de estenose entérica, a cerca de 65 cm da válvula ileocecal. Foi realizada uma enterectomia segmentar englobando a estenose e as formações calculosas. Pós-operatório sem complicações. **Resultados:** Ao fim de 16 meses, o doente encontra-se assintomático. **Discussão:** Dado que neste caso foi encontrada, para além da presença de cálculos intestinais, uma estenose entérica geradora de uma lentificação do trânsito intestinal, o tratamento cirúrgico centrou-se na realização de uma enterectomia que possibilitou a remoção simultânea das formações calculosas e do processo patológico subjacente, tendo em vista impedir a posterior formação adicional de enterólitos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia C

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Ana Isabel Costa, Gilberto Coutinho, Cláudia Janeiro, Carla J. Quental, A. Ribeiro Oliveira, A. Neves Firmo e Carlos M. Costa Almeida.

CONTACTO: Ana Isabel Silva Valente da Costa

EMAIL: ana.is.valentecosta@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 89)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: Tumor de Küttner e Síndrome de Hiper-IgG4

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A sialoadenite crónica esclerosante (SCE) é uma doença rara, reconhecida pela OMS em 1991. Trata-se de um processo inflamatório crónico da glândula salivar (frequentemente da submandibular) mimetizando neoplasia. Há endurecimento e aumento difuso da região glandular, semelhante a um processo neoplásico. O diagnóstico e tratamento definitivos conseguem-se com exérese cirúrgica. O prognóstico é ótimo, sem risco de recorrência ou transformação maligna. Têm sido descritas associações com aumento da IgG4 sérica. **Material e Métodos:** Homem 80 anos, recorre à consulta de Cirurgia por tumefação submandibular bilateral (3 meses de evolução), associada a dor ligeira e xerostomia, apresentando submandibulares duras, com

3cm. Referiu ainda quadro de uveíte anterior. **Resultados:** A ecografia mostrou glândulas heterogêneas e aumentadas (direita:33x18mm; esquerda:32x18mm). Realizou-se citologia aspirativa que revelou: alterações inflamatórias à direita; células tipo basalóide compatível com quadro tumoral à esquerda. O valor de IgG4 foi 253 mg/dL (normal 7 a 89). Colocou-se a hipótese de ser um quadro tumoral ou processo auto-imune associado ao Síndrome de hiperIgG4. Procedeu-se à exérese da glândula esquerda. A histologia mostrou arquitetura lobular preservada, fibrose, atrofia acinar e infiltrado inflamatório linfo-plasmocitário, sem folículos linfóides ou sinais de malignidade, compatível com SCE estadio 2. **Discussão:** A SCE mimetiza malignidade. Só após exérese cirúrgica se obtém o diagnóstico correto e tratamento definitivo.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de São João (1)

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Vítor Devezas(1); João Capela(1); Cristina Fernandes(1); Diana Gonçalves(1); Mariana Canelas Pais(1); Fabiana Sousa(1); Luís Matos Lima(1); J. Costa Maia(1)

CONTACTO: Vítor Bruno dos Santos Devezas

EMAIL: vitor.devezas7@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 99)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: Sintomatologia e Qualidade de Vida após Tratamento Cirúrgico da Acalásia

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A acalásia é um distúrbio da motilidade esofágica caracterizado por disfagia, regurgitação, dor retroesternal, perda ponderal e emagrecimento, tem implicações na qualidade de vida. Nenhum dos tratamentos disponíveis pode considerar-se curativo; os tratamentos ditos definitivos são dilatações pneumáticas, miotomia endoscópica e cirúrgica. É objectivo deste trabalho caracterizar a sintomatologia e qualidade de vida após tratamento cirúrgico. **Material e Métodos:** Foram analisados retrospectivamente processos clínicos de doentes submetidos a cirurgia entre 1 de Janeiro de 1990 e 31 de Dezembro de 2015. Foi avaliada a sintomatologia com a pontuação de Eckardt e a pergunta “Apresentou melhoria após tratamento cirúrgico?”, a qualidade de vida com o questionário SF-36, através de entrevista telefónica. **Resultados:** Em 25 anos foram tratados 32 doentes; excluindo quem perdeu seguimento na instituição, reuniu-se uma amostra de 18 doentes. As queixas mais comuns foram disfagia, regurgitação e emagrecimento. Não houve mortalidade pós-operatória, registaram-se 4 morbilidades. Após cirurgia todos referem melhoria dos sintomas, nenhum apresentou emagrecimento e a disfagia manteve-se o sintoma mais frequente. A qualidade de vida na componente de saúde mental e física variou entre 96-46/100 e 89,6-39/100 respectivamente. **Discussão:** A amostra heterogênea e reduzida dificulta conclusões. Apesar da manutenção dos sintomas os doentes referiram melhoria face ao estado prévio. O tratamento cirúrgico apresenta bons resultados.

HOSPITAL: Hospital de Braga

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Braga (1)

CAPÍTULO: Cirurgia Esofago-Gástrica



AUTORES: Isabel Marques (1), Fernanda Nogueira(1), Teresa Carneiro(1), Dina Luís(1), António Gomes(1)
CONTACTO: Isabel Maria Lucas Marques
EMAIL: isabelmrq@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 43)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Um incidentaloma raro**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores neuroendócrinos do pâncreas são uma entidade rara e muito heterogenea. Constituem aproximadamente 7% de todos os tumores neuroendócrinos do trato GI e cerca de 3% de todas as neoplasias do pâncreas. 90% destes são classificados como não funcionais. A incidência deste tipo de lesões tem vindo a aumentar sendo achados em exames de rotina. **Material e Métodos:** Mulher de 76 anos seguida em consulta de cirurgia geral, em exames de rotina apresenta lesão nodular de aprox 36 mm de diâmetro localizada entre o polo superior do rim esquerdo, o baço e o pâncreas. -Ecografia abdominopélvica: "Na região hilar esplénica, estrutura nodular medindo cerca de 4cm. Nesta topografia comumente representa um baço acessório."; -TC abdominal: "formação nodular hipercaptante (...) medindo 36mm de diâmetro máximo, localizada entre o polo superior do rim esquerdo, o baço e o pâncreas, contatando estes órgãos. Esta lesão poderá traduzir uma neoformação renal"; -RMN: "lesão sólida, nodular, ovalada de contornos regulares e bem definidos medindo cerca de 3,5 cm, de etiologia inespecífica (...) descarta-se totalmente a hipótese de se tratar de baço acessório." -Biopsia: "presença de material hemático." **Resultados:** Doente submetida a laparotomia exploradora. Realizada enucleação de nódulo e esplenectomia. Sem evidência de lesões secundárias. Anatomia patológica: "TUMOR NEUROENDÓCRINO BEM DIFERENCIADO com ÁREAS PLEOMÓFICAS e limitado ao PÂNCREAS, GRAU 2; pT2." **Discussão:** Pos-operatório sem complicações.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral.
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Diana Gomes; Gonçalves MR; Rodrigues AC; Pereira L.; Brito T.; Pinto D.; Fazeres F.
CONTACTO: Diana Carina Lima Gomes
EMAIL: diana-gomes@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 498)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Fístula aorto-entérica – uma urgência cirúrgica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As fístulas aorto-entéricas têm uma baixa incidência, sendo de difícil diagnóstico uma vez que a sua forma de apresentação é semelhante a tantas outras causas de hemorragia gastrointestinal. Um diagnóstico tardio associado aos riscos e complicações inerentes ao tratamento cirúrgico contribuem para as elevadas taxas de morbilidade e mortalidade associadas a esta patologia. Os autores apresentam um caso clínico de um doente com antecedentes de bypass aorto-bifemoral, cirurgia de revascularização 3 anos depois e infecção protésica 2

anos depois com necessidade de remoção do material. O doente deu entrada no Serviço de Urgência por dor, alteração da sensibilidade e mobilização do membro inferior direito e rectorragias. O doente apresentava-se em choque, com anemia grave (7,9 g/dL), tendo realizado angio-TAC que documentava densificação do tecido periprotésico com presença de pequenas bolhas aéreas luminas vasculares, levantando a suspeita de processo fistuloso by-pass-entérico. Foi submetido de urgência a laparotomia confirmando-se a suspeita. Procedeu-se então a remoção de prótese infectada de bypass aorto-bifemoral, encerramento de coto duodenal, exclusão pilórica, duodenojejunostomia e gastrojejunostomia. O pós-operatório foi complicado de ileus paralítico e com necessidade de nova intervenção para revascularização dos membros.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (1); Hospital Garcid \Orta (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Vasculard
AUTORES: Monteiro, N. (1); Baptista, J. (1); Batista, A. (1); Praxedes, V. (1); Rufino, S. (1); Ferreira, M. J. (2)
CONTACTO: Nuno Miguel Monteiro de Carvalho
EMAIL: monteiro_86@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 554)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Influência da fluidoterapia na evolução clínica do doente com Pancreatite Aguda com critérios de gravidade – Resultados preliminares**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A pancreatite aguda é uma doença inflamatória comum, cuja morbilidade é considerável e mortalidade $\geq 5\%$. A maioria dos estudos sugere que a fluidoterapia e nutrição enteral precoces poderão melhorar os resultados **Material e Métodos:** Reporta-se um estudo retrospectivo cujo objectivo é determinar a relação existente entre a fluidoterapia nas primeiras 48h e a evolução do doente com pancreatite aguda. Foram estudados 111 doentes admitidos na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos, entre 2007-2012. Foram analisados dados referentes aos critérios de gravidade mais utilizados e o efeito do volume de fluidos administrados nas primeiras 48 horas no desenvolvimento de complicações (segundo a Classificação de Atlanta 2012), de infecção ou necessidade de intervenção cirúrgica. Os dados foram tratados utilizando o SPSS® da IBM **Resultados:** As variáveis administração de fluidos, utilização de colóide e tipo de cristalóide foram significativamente associadas com a ocorrência de complicações. Calculou-se o valor ideal de fluidos às 48h, utilizando curvas ROC, com especificidade e sensibilidade. Verificou-se, também, associação entre a fluidoterapia e o desenvolvimento de infecção e necessidade de cirurgia. Não foi encontrada qualquer relação entre a fluidoterapia administrada nas primeiras 48 horas e a mortalidade **Discussão:** A fluidoterapia agressiva é universalmente recomendada, no entanto, esta série demonstrou que nas primeiras 48h, está associada ao desenvolvimento de complicações, de infecção e maior necessidade de cirurgia

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (2)Escola Superior Tecnologia e Gestão Instituto



Politécnico de Viseu (3) Centro Matemática da Universidade de Coimbra

CAPÍTULO: Investigação básica

AUTORES: Catarina Afonso (1); Jorge Pereira (1); Júlio Constantino (1); Milene Sá (1); Ana Matos(2); Carla Henriques(2) (3); Carlos Casimiro (1)

CONTACTO: Ana Catarina Afonso

EMAIL: catarina1afonso@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 475)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Trombose mesentérica – um caso de Damage Control Surgery**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Doente do sexo masculino, 73 anos. Antecedentes pessoais de DM2NIT e Doença hepática crónica. **Material e Métodos:** Recurso ao Serviço de urgência por dor abdominal difusa em cólica e vômitos em “borra de café”. À observação confuso, diaforético, apirético, abdómen globoso, distendido e com defesa à palpação profunda. Analiticamente leucocitose de 14200/uL, PCR 31.35mg/dL e creatinemia de 5,2, CK 1292. ECG sem alterações compatíveis com isquémia miocárdica. TC abdómino-pélvica sem contraste EV “(...)espessamento de ansas de delgado dos quadrantes esquerdos com níveis hidroaéreos e densificação da gordura mesentérica em relação com trombose dos vasos mesentéricos”. **Resultados:** Perante trombose mesentérica venosa proximal com lesão de órgão, doente submetido a laparotomia exploradora urgente. Realizada ressecção segmentar extensa de intestino delgado (160 cm) com encerramento dos topos distal e proximal. Planeada uma segunda intervenção em 48h – Relaparotomia sem evidencia isquémica de ansas de delgado, com boa vitalidade – realizada anastomose jejunoileal látero-lateral”. **Discussão:** Realizada Angio-TC de reavaliação 11º dia de internamento “Trombose venosa na veia mesentérica superior, com extensão à confluência com a veia porta e à veia esplénica”. Realizado estudo de trombofilias-Anticorpo Anti-Cardiolipina IgG positivo. Boa evolução pós-operatória sob enoxaparina terapêutica, com trânsito intestinal mantido e alta ao 16º dia de internamento.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira

SERVIÇO: Cirurgia Geral – Hospital Vila Franca de Xira

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: Marques, C; Martelo, R.; Rábago, A.; Morais, J.; Rodrigues, F.

CONTACTO: Cláudia Neves Marques

EMAIL: claudianevesmarques@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 529)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Tiroidectomia de urgência – caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O bócio multinodular é uma patologia de evolução lenta que excepcionalmente requer intervenção cirúrgica de urgência. Em casos de bócio mergulhante gigante, pode haver compromisso da via aérea por compressão, colocando em risco a vida do doente. **Material e Métodos:** Consulta e recolha de dados do processo clínico. **Resultados:** Mulher de 81

anos, com bócio multinodular tóxico proposto para cirurgia em 2011, que a doente recusou. Admitida no H. Faro em 04/2016 por hemorragia intra-tiroideia com obstrução da via aérea e paragem respiratória. Reanimada e transferida em choque séptico para o H. Santa Maria, ventilada e sob suporte vasopressor. É submetida a tiroidectomia total, sem intercorrências. Pós-operatório na UCI do nosso serviço, com difícil desmame ventilatório por diminuição de força muscular; teve infecção de loca de tiroidectomia, resolvida com tratamento conservador. Foi transferida para o hospital de origem em ventilação espontânea, com parésia da corda vocal direita. O diagnóstico anátomo-patológico foi compatível com bócio multinodular com áreas de hemorragia, em peça operatória com 395g de peso. **Discussão:** O bócio gigante pode levar a obstrução aguda da via aérea, sobretudo quando existe hemorragia intralesional que condicione um rápido aumento das suas dimensões; o seu tratamento é cirúrgico apesar do desafio técnico que a situação possa oferecer.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE

SERVIÇO: Unidade Funcional de Cirurgia Endócrina, Departamento de Cirurgia, CHLN, Hospital de Santa Maria

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Bernardo Maria; Alberto Figueira; José Rocha; José Girão; Maria Rosário Rosa; José Crespo Mendes de Almeida

CONTACTO: Bernardo Conde Moreira Maria

EMAIL: bmaria_4@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 588)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Lobo em Pele de Cordeiro?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O adenocarcinoma (adc) do intestino delgado é raro, representando menos de 5% de todos os tumores do tracto gastrointestinal. Crê-se que a inflamação crónica subjacente à doença de crohn (dc) promova a carcinogénese, sendo o risco de adc nestes doentes 17 a 41 vezes superior ao da população em geral, com um risco cumulativo de 0,2% aos 10 anos e 2,2% aos 25 anos de doença. **Material e Métodos:** Através de uma análise observacional retrospectiva dos processos clínicos de todos os adultos com doença de crohn submetidos a cirurgia entre janeiro de 2005 e outubro de 2016, analisámos a incidência de adc do intestino delgado (histologia da peça operatória), caracterizando o tipo de crohn segundo montreal, tempo de evolução da doença, idade na cirurgia e tipo de cirurgia. **Resultados:** Em 102 doentes com dc, identificaram-se 3 casos de adc ileal, correspondendo a uma incidência de 2,94% (3/102). Com idades de 41, 63 e 72 anos, todos os casos apresentavam dc do tipo estenosante, com atingimento exclusivo do ileon terminal e mais de 10 anos de evolução (16, 10 e 14 anos, respectivamente). os 3 doentes foram submetidos a ressecção ileo-cecal por estenose refractária. **Discussão:** A análise descrita demonstrou uma incidência relevante de adc ileal em indivíduos operados por doença de Crohn. Sendo a ressecção cirúrgica determinante para o sucesso terapêutico, o adc ileal deve integrar o diagnóstico diferencial neste grupo de doentes.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

SERVIÇO: Cirurgia B

CAPÍTULO: Colo-Proctologia



AUTORES: Fragoso M., Rocha R., Marinho R., Aparicio D., Joao A., Soares A., Sobrinho C., Afonso E., Leichsenring C., Carneiro C., Gerales V., Nunes V.
CONTACTO: Marta Ramos Fragoso
EMAIL: martafrg@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 387)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Lesão cística gastrointestinal – achado incidental em adulto**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As lesões císticas do trato gastrointestinal (TGI) são raras e representam um desafio diagnóstico uma vez que não possuem características clínicas ou imagiológicas específicas. Na sua maioria são congénitas, benignas e constituem um achado incidental. **Material e Métodos:** Descrição de caso clínico suportada por fotografias e imagens radiológicas. **Resultados:** Homem, 65 anos de idade, com lesão cística intra-abdominal, na região do hipocôndrio esquerdo, descoberta incidentalmente em ecografia reno-vesical realizada por queixas urinárias. Sem história de dor abdominal ou outras queixas gastrointestinais. A tomografia computadorizada abdominal confirmou a presença de lesão cística com 5 por 4cm em íntima justaposição com ansas de jejuno. Foi realizada uma laparoscopia com identificação da lesão na localização prevista, na dependência do mesentério jejunal. A abertura da peça operatória revelou um conteúdo compatível com líquido entérico e um aspeto macroscópico de mucosa intestinal na parede. O doente teve alta sem intercorrências no primeiro dia de pós-operatório. A histologia revelou tratar-se de um cisto de duplicação entérica. **Discussão:** Os cistos de duplicação do TGI são malformações congénitas raras. A apresentação no adulto é muito rara. Pela necessidade de confirmação de diagnóstico, e na eventualidade de representarem uma transformação cística de uma neoplasia, está indicada a sua exérese cirúrgica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Departamento de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário do Porto (1); Serviço de Anatomia Patológica, Departamento de Patologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto (2)
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Pedro Soares-Moreira (1), Joana Gaspar (1), Mónica G. Sampaio (1), Cristina Silva (1), Carlos Peixoto (2), Marisa D. Santos (1)
CONTACTO: Pedro Soares Moreira
EMAIL: pedrosoaresmoreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 357)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Cirurgia Mutiladora do Membro Inferior: Em que pé estamos?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A amputação do membro inferior é associada a um alto risco de mortalidade no 1º ano pós-operatório. Apesar da tendência para a diminuição desta intervenção com a evolução da cirurgia vascular, mantém-se bastante prevalente pela elevada incidência de insuficiência arterial (IA) e diabetes mellitus (DM).

Objetivos: Identificar e avaliar os principais fatores de risco para o tipo de amputação; Determinar a sobrevida após amputação. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes submetidos a amputação não traumática do membro inferior durante os anos de 2010 a 2015. Análise estatística univariada e multivariada com SPSS Statistics IBM 23.0. **Resultados:** 144 doentes, com idade média de 73,5 anos foram submetidos a amputação do membro inferior: 92% com DM e/ou IA e 14% hemodializados. 43% dos doentes foram submetidos a amputação menor. 40% dos doentes foram submetidos a mais do que uma amputação e 10% culminaram em amputação maior bilateral. A taxa de mortalidade foi de 11% (30 dias) e de 35% (primeiro ano). Na regressão logística bivariada identificamos como factores de risco ($p < 0,05$) para amputação maior: a idade, a proveniência do Lar e presença de IA, sem relação com outras comorbilidades avaliadas. Ao contrário da literatura, não foram identificados factores de risco independentes para a mortalidade aos 30 dias. **Discussão:** Confirmou-se a elevada taxa de mortalidade dos doentes submetidos a amputação, contudo a mortalidade não parece estar relacionada com factores isolados mas sim a um conjunto de factores.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Sílvia Borges, Ana Vieira, Pedro Silva Vaz, Aida Paulino, António Gouveia
CONTACTO: Sílvia Borges
EMAIL: silviacolacoborges@yahoo.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 186)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Encerramos Amanhã... – Laparostomia após Cirurgia de Controlo de Danos**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Após uma laparotomia, o encerramento da parede abdominal pode não ser exequível ou desejado. Particularmente verdade, após uma cirurgia de controlo de danos, cujo encerramento primário da cavidade abdominal pode provocar síndrome do compartimento abdominal com consequências catastróficas e, potencialmente fatais. Nestas circunstâncias, é preferível deixar inicialmente o abdómen aberto, laparostomia. **Material e Métodos:** Processo clínico e Revisão bibliográfica. **Resultados:** Mulher, 69 anos, indisposição súbita, oligúria e eructações. Múltiplas cirurgias abdominais prévias. Objetivamente, hérnia incisional com perda de domicílio no quadrante inferior esquerdo. TC abdominopélvico – “Hérnia volumosa contendo ansas ileais dilatadas, níveis hidroaéreos. Pneumoperitôneu e líquido livre na cavidade abdominal.”. Laparotomia exploradora, conteúdo fecalóide livre, ansa ileal necrosada e perfurada ao nível do bordo mesentérico. Ressecção segmentar. Anastomose manual topo-a-topo. Incapacidade de encerramento primário do abdómen. Laparostomia. Revisão de laparostomia a cada 7 dias. Quando hemodinamicamente estável, colocou-se laparostomia sob terapêutica de pressão negativa com revisão a cada 7 dias. **Discussão:** Em caso de cirurgia de controlo de danos, cujo o encerramento abdominal poderá provocar falência multiorgânica secundária a síndrome de compartimento abdominal. O papel da laparostomia está bem estabelecido. No entanto, a gestão de um abdómen



aberto é um desafio, estando por si só, associada a uma morbi-mortalidade superior a 25%.

HOSPITAL: Outro

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal

AUTORES: Silva, Anaísa Guimarães; Martins, Lisandra; Reis, Óscar; Mora, António; Vargas, Marília; Soares, Duarte.

CONTACTO: Anaísa Guimarães da Silva

EMAIL: anaisaguimaraesdasilva@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 358)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Tratamento conservador do trauma hepatoesplénico grave com lesão cerebral, torácica e pélvica associada**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tratamento conservador do trauma hepatoesplénico grave mantém-se controverso, sobretudo se associado a outros traumatismos. **Resultados:** Homem de 20 anos saudável admitido na SALA de emergência após acidente de viação. A avaliação inicial revelou: A– via área permeável; coluna cervical imobilizada. B– eupneico; sem enfisema subcutâneo; auscultação pulmonar normal; SatO₂ 100% (VM 28%). C– TA 72/54mmHg; FC 87bpm. Exame abdominal normal. Pélvis instável. A hipotensão reverteu após a administração de fluidos. Aplicada cinta pélvica. D– Glasgow 15. E– deformidade no membro superior direito e rotação externa do membro inferior esquerdo. Hemoglobina de 9.8g/dl e presença de canabinóides na urina. Os exames radiológicos revelaram trauma hepatoesplénico grau 3/4, trauma torácico (pneumotórax e contusão pulmonar) – colocado dreno torácico, traumatismo craniano, trauma pélvico e fractura do cúbito. Decidido tratamento conservador do traumatismo abdominal. Admitido numa unidade de cuidados intensivos e submetido a cirurgia ortopédica ao 10º dia. Teve alta hospitalar 3 semanas após admissão. Na consulta apresentava-se assintomático e a TC abdominal de reavaliação não mostrou alterações. **Discussão:** O tratamento conservador do trauma hepatoesplénico grave pode aumentar a taxa de preservação de órgãos e diminuição de laparotomias não terapêuticas. Está indicado em doentes jovens, sem co-morbidades, perfil hemodinâmico normal ou com boa resposta às medidas de ressuscitação.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral – Centro Hospitalar de São João

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: Fabiana Sousa (1), André Pinho (1), Renato Bessa de Melo (1), Cristina Fernandes (1), Vítor Devezas (1), Fernando Resende (1), John Preto (1), Luís Graça (1), José Costa Maia (1)

CONTACTO: Fabiana Sousa

EMAIL: fabiana.s.sousa52@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 482)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Apendagite epiplóica: uma causa rara de dor abdominal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A apendagite epiplóica é uma entidade rara causada pela inflamação dos apêndices epiplóicos.

Pode ser adquirida por contiguidade (secundária) ou por torsão condicionando isquemia arterial ou trombose venosa espontânea (primária). Caracteriza-se por dor abdominal aguda, não migratória, localizada habitualmente a um dos quadrantes inferiores, com ou sem defesa ou reacção peritoneal e ausência de outros sintomas. Laboratorialmente pode haver ligeira leucocitose e elevação da PCR. O diagnóstico é imagiológico, sendo a tomografia computadorizada o exame de eleição. A terapêutica ideal é controversa variando entre atitude conservadora (AINEs e analgésicos) ou ressecção cirúrgica, evitando esta última as complicações e a recorrência da doença. **Resultados:** Apresenta-se um caso clínico de um jovem sexo masculino, 25 anos, que recorre ao serviço de urgência por um quadro de dor abdominal localizada na fossa ilíaca direita, com reacção peritoneal, com 3 dias de evolução. Sem alterações laboratoriais. Realizou ecografia abdominal superior que revelou espessamento parietal com edema ao apêndice cecal. Foi submetido a laparoscopia que revelou apêndice íleo-cecal macroscopicamente normal, com identificação de apêndice epiplóico necrosado no fundo de saco com origem detectada em dolicosigmóide. Teve alta ao 2º dia pós-operatório, sem intercorrências. **Discussão:** A apendagite epiplóica deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dor abdominal aguda.

HOSPITAL: Hospital Litoral Alentejano, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral Hospital Litoral Alentejano

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Claro, M.(1), Allen, M. (1), Sousa, D. (1), Marinho, D. (1), Cruz, A. (1), Ferreira, A. (1), Santos, D. (1), Vaz, C. (1), Martins, JA (1)

CONTACTO: Mariana Ferreira da Silva Claro

EMAIL: marianafs.claro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 594)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Hepaticocoledocostomia – A propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apesar de pouco frequentes as lesões iatrogénicas da via biliar durante as colecistectomias continuam a ser uma das mais graves e temidas complicações desta cirurgia. **Material e Métodos:** Doente do sexo feminino, 35 anos, caucasiana. Submetida a colecistectomia laparoscópica em 11/01/2016 por pólipos vesiculares. Após cirurgia quadro de dor abdominal. Ao 6º dia pós-operatório quadro de colestase. Fez CPRE com colocação de prótese. Re-internada em 02/2016 por biloma justa-hilar e peri-hepático, submetido a drenagem percutânea. Manteve-se anictérica. RMN abdominal com dilatação do sector posterior direito, com stop abrupto na região hilar. Sem dilatação do sector anterior ou via biliar esquerda. **Resultados:** Submetida a anastomose sector posterior ao canal cístico, sob tubo em T em 13/04/2016. Remoção do tubo em T em 12/07/2016. Encontra-se actualmente sem queixas e analiticamente bem. **Discussão:** A hepaticocoledocostomia, quando possível, é uma alternativa cirúrgica a considerar em doentes seleccionados, em centros especializados, permitindo uma solução mais fisiológica e, se necessário, uma forma de acesso à via biliar.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Unidade de Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática e de Transplantação, Hospital Curry



Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Centralplantação, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Susana Rodrigues, Jorge Lamelas, Américo Martins, Eduardo Barroso

CONTACTO: Susana Rodrigues

EMAIL: susana.ccr@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 553)

SESSÃO: PO 1

TÍTULO: **Tratamento cirúrgico do hiperparatiroidismo primário: Casuística de um Serviço**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O hiperparatiroidismo primário (HPP) caracteriza-se por hipercalcemia filiada no aumento da paratormona (PTH) por patologia glandular paratiroideia intrínseca. Este trabalho visa rever a casuística dos casos de HPP tratados cirurgicamente. **Material e Métodos:** Descrição retrospectiva dos casos de HPP operados entre 01/2010 e 10/2016. **Resultados:** Operaram-se 32 doentes, 75% mulheres (n=24), com idade média de 57 anos. Registada HTA em 59.4%, litíase renal em 43.8%, depressão em 34.4%, patologia osteoarticular em 56.3%, hipercalcemia em 75%, hipofosfatemia em 28.1%, osteoporose em 12.5% e PTH duas vezes acima do normal em 43.8%. Dos doentes que realizaram TAC (25%, n=8), ECO (84.4%, n=27) e cintigrafia (68.8%, n=22) o exame detetou paratiroides doentes em 62.5% (n=5), 81.5% (n=22) e 81.8% (n=18), respetivamente. A cirurgia mais realizada foi a paratiroidectomia (46.9%, n=15) com redução da PTH >50% em 65.6% (n=21). A histologia foi de adenoma em 56.3% e hiperplasia em 21.9%. Em algum momento do pós-operatório, 25% dos doentes apresentaram disфония, 15.6% hipocalcemia, 3.1% hipercalcemia, 15.6% parestesias e 9.4% paresia/paralisia de cordas vocais, com duas reintervenções, sem mortalidade. **Discussão:** Trata-se de amostra reflexo da literatura publicada, tanto a nível demográfico, de resultados imagiológicos pré-operatórios e histológicos. Trabalho limitado pela qualidade dos registos, possibilidade de casos perdidos por erros de codificação e amostragem insuficiente para tratamento estatístico com significância.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Luísa Frutuoso, Joana Magalhães, Inês Bessa, Florinda Cardoso, Alexandre Alves, Joseph Silva, Teresa Santos, Gil Gonçalves, Mário Nora

CONTACTO: Luísa Frutuoso

EMAIL: luisafrutuoso04@gmail.com

SALA 6 2017-03-16 14:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 96)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **Nódulo cervical – metastização de carcinoma do esófago**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O carcinoma do esófago, considerado o 8º mais comum e a 6ª causa de morte por

cancro em todo o mundo. A esofagectomia é a modalidade terapêutica curativa primária para os casos localizados ao esófago. A disseminação linfática é difícil de prever, mas de uma forma geral, tumores do terço superior metastizam proximalmente, enquanto que tumores abaixo do nível da carina (terço médio/inferior) metastizam distalmente. Não existe consenso quanto à extensão da linfadenectomia (dois/três campos), sendo que a linfadenectomia cervical pode aprimorar o estadiamento tumoral. **Material e Métodos:** Homem 67 anos, hábitos alcoólicos (~100gr/dia), referenciado à consulta por disfagia para sólidos e disфония (6 meses de evolução). **Resultados:** A Endoscopia Digestiva Alta mostrou úlcera aos 26 cm, cuja biópsia revelou carcinoma epidermoide. A ecoendoscopia foi compatível com uT3N1; na TC adenopatia submandibular direita, cuja biópsia confirmou metástase. Foi submetido a QT/RT neo-adjuvantes, seguido de esofagectomia tipo McKeown com esvaziamento cervical seletivo direito (níveis 2 a 4). Aos 4 meses, a TC objetivou adenopatia cervical esquerda de 12 mm, cuja biópsia revelou metástase de carcinoma epidermoide, que constituiu o único ponto de hiperfixação na PET. Foi submetido a esvaziamento cervical seletivo à esquerda (níveis 2 e 3). A histologia confirmou metástase em 2/4 gânglios isolados. **Discussão:** A linfadenectomia de três campos deve ser ponderada caso a caso, a realizar em centros com experiência.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de São João (1)

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Vítor Devezas(1); João Capela(1); Diana Gonçalves(1); Marisa Aral(1); Fabiana Sousa(1); António Gouveia(1); Luis Matos Lima(1); J. Costa Maia(1)

CONTACTO: Vítor Bruno dos Santos Devezas

EMAIL: vitor.devezas7@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 148)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **Carcinoma MASC Parotídeo – Um Tumor Raro**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Neste trabalho descrevemos um caso de carcinoma MASC (carcinoma secretor análogo mamário) ao nível da glândula parótida. Trata-se de um tipo de carcinoma raro, com características histológicas e imuno-histoquímicas semelhantes ao carcinoma secretor da mama, descrito em 2010 inicialmente em glândulas salivares e mais recentemente noutras localizações (palato mole, glândula tireóide). Poucos casos foram descritos mundialmente, estimando-se estar associado a uma evolução indolente, com eventual recidiva mas elevada sobrevida. **Resultados:** O presente caso clínico reporta um caso de MASC ao nível da parótida, num doente do sexo masculino, 70 anos, sem história de exposição a radiação, proposto para parotidectomia direita (suprafacial) por nódulo 39 mm com citologia de biópsia aspirativa suspeita de neoplasia de células oncócicas. Sem evidencia de outros focos de doença. Exérese cirúrgica R0 mas com margem <1mm. Na análise anatomopatológica da peça cirúrgica, observadas características morfológicas e imuno-histoquímicas compatíveis com carcinoma de tipo MASC. Não foi observado nenhum outro tipo concomitante de tumor. Tumor pT2cN0M0. Confirmação da fusão genética ETV6-NTRK3 em curso. Doente foi pro-



posto para radioterapia adjuvante. **Discussão:** Trata-se de um dos raros casos de MASC primário na parótida. Persistem dúvidas quanto à evolução destes tumores e responsividade a diferentes modalidades de tratamento.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, CHVNG/E

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Leite, M; Ferreira, A; Silva, A; Queirós, T; Liberal, M; Soares, C; Carrapita, J; Maciel-Barbosa, J.

CONTACTO: Mariana Pereira Leite

EMAIL: marianaleite85@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 239)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **Da Guiné a Beja...em 47 anos**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A guerra colonial deixou bastantes feridos de guerra...foi também durante muitos anos fonte de diversa patologia traumática, havendo ainda antigos combatentes com sequelas físicas e psíquicas da sua campanha em África. **Material e Métodos:** Doente do sexo masculino, vítima de acidente de guerra após rebentamento de engenho explosivo com atingimento por múltiplos estilhaços metálicos, durante a Guerra Colonial na Guiné há 47 anos. Enviado a consulta de cirurgia geral por tumefacção axilar em relação com cicatriz de trauma anteriormente referido. Portador de ecografia que revelava presença de corpo estranho metálico sem relação com outras estruturas, nomeadamente vasculares. Proposto para exérese de corpo estranho em regime de ambulatório.

Resultados: Intra-operatoriamente foi identificada lesão complexa com reacção de corpo estranho e estilhaço metálico com cerca de 3 cm, com envolvimento dos vasos axilares. Submetido a excisão de corpo estranho e periquistectomia parcial de granuloma de corpo estranho. **Discussão:** Após a fase aguda e na sua grande maioria a presença de estilhaços metálicos encontra-se inerte e é assintomática, devendo a sua excisão ser evitada devido à exuberante reacção inflamatória causada. No entanto, estão descritos casos de aparecimento de pseudoaneurismas, abscessos e reacções inflamatórias após resolução da fase aguda e na presença dos quais deve ser feita excisão do corpo estranho.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: Pimenta de Castro J, Saramet R, Pereira LG

CONTACTO: João David do Vale Pimenta de Castro

EMAIL: jdpimenta.castro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 234)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **Isquémia arterial aguda dos membros inferiores, uma manifestação rara do síndrome antifosfolipídico (SAF). Caso Clínico.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O SAF é uma doença autoimune caracterizada por trombose vascular recorrente, abortos de repetição e elevação de Ac. antifosfolipídicos (AAF). As trombozes são a maior causa de morbimortalidade.

Material e Métodos: Mulher 32A admitida em Unidade Hospitalar por isquémia do MI esquerdo e seguida por isso em Cir. Vascular. A Angio-TC mostrou trombose da a. ilíaca comum e femoral superficial esquerda; submetida a angioplastia da a. ilíaca esq. e 8 dias depois tromboembolectomia poplítea homolateral sem sucesso. Proposta amputação do MI a doente recusou e pediu alta. Deu entrada no nosso Hospital 30d após o início do quadro clínico, foram realizadas duas tentativas de tromboembolectomia, femoral e poplítea, sem resultado por retrombose. O estudo das trombofilias identificou a presença de anticoagulante lúpico. Manteve anticoagulação com HBPM, e tentou-se trombólise com alteplase e infusão de iloprost. Verificada melhoria progressiva, limitada a gangrena ao antepé. Submetida a amput. transmetatársica e vários tratamentos locais. Teve alta com boa evolução cicatricial e recuperação da marcha.

Discussão: As trombozes vasculares são frequentes no SAF e a identificação de AAF é crucial para um tratamento eficaz. A trombose arterial nos MI é uma manifestação rara do SAF, e o tratamento precoce pode salvar o membro. A retrombose tende a acontecer no mesmo local podendo ser necessário reintervir. Tratando-se de lesões localizadas e não de arteriopatias generalizadas, insistência no tratamento pode limitar a amputação.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

SERVIÇO: Cirurgia C

CAPÍTULO: Cirurgia Vascular

AUTORES: João Mendes Louro, Luís Simões Reis, Miguel Albano, Maria Inês Coelho, Carlos E. Costa Almeida, António Ribeiro, e Carlos M. Costa Almeida

CONTACTO: João Paulo Mendes Louro

EMAIL: joaomendeslouro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 505)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **Corpo estranho no cólon sigmóide – a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A presença de um corpo estranho ao longo do tubo digestivo é uma das causas de oclusão intestinal. É mais frequente ser encontrado ao longo do intestino delgado mas a sua presença no cólon também pode ocorrer, quer por ingestão oral ou por introdução anal. A maioria dos objectos estranhos deglutidos passam espontaneamente pelo tracto gastrointestinal sem complicações. Actualmente, a auto-introdução tem sido relatada como a causa mais comum de corpo estranho no intestino grosso. Os autores apresentam um caso clínico de um doente de 61 anos que recorre ao Serviço de Urgência por dor anal e obstipação, referindo ter introduzido um objecto de metal pelo ânus há dois dias. O doente tinha antecedentes cirúrgicos de laparotomia mediana para extração de corpo estranho no recto. Por insucesso na remoção por anoscopia, foi submetido a laparotomia mediana de urgência. Procedeu-se a colotomia do cólon sigmóide, extração de objecto metálico e posterior colorráfia. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo tido alta referenciado a consulta de Cirurgia Geral.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal

CAPÍTULO: Colo-Proctologia



AUTORES: Monteiro, N.; Baptista, J.; Batista, A.; Praxedes, V.; Rufino, S.; Trindade, C.; Cortez, L.
CONTACTO: Nuno Miguel Monteiro de Carvalho
EMAIL: monteiro_86@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 23)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **PÉ DIABÉTICO – conhecimento, multidisciplinaridade e persistência como chaves para o sucesso**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O pé diabético é uma complicação frequente e a principal causa de internamento prolongado e de amputação não traumática dos doentes diabéticos. Apesar dos inúmeros avanços a nível da prevenção e seguimento destes doentes, situações de urgência são uma realidade hospitalar crescente. **Resultados:** L.V., sexo masculino, 76 anos, diabetes mellitus tipo II conhecido desde há 30 anos com complicações de retinopatia, nefropatia, pé diabético e doença arterial periférica. Internado por gangrena infetada do 1º dedo do pé direito com extensão plantar. Durante o internamento, foi submetido a revascularização endovascular. Porém, por progressão da infeção ao antepé foi necessário amputação atípica do mesmo. De salientar a importância dos tratamentos locais continuados, nomeadamente hidrodissecção no controlo da infeção e início da reparação tecidual. Assim, apesar do elevado risco de amputação major, o trabalho multidisciplinar entre Cirurgia Geral, Radiologia de Intervenção, Nefrologia e Diabetologia permitiu uma melhoria paulatina preservando-se o apoio funcional. **Discussão:** O pé diabético acarreta um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes dado o elevado risco associado de amputação. Casos de sucesso demonstram o papel fulcral da existência de uma equipa dedicada e experiente no tratamento desta identidade clínica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Serviço de Dermatologia e Venereologia (1), Serviço de Cirurgia Geral (2), Serviço de Radiologia (3)
CAPÍTULO: Cirurgia Vasculuar
AUTORES: Borges A.S. (1), Duarte B.(1), Neves J.(2), Formiga A.(2), Bilhim T.(3)
CONTACTO: Ana Sofia Borges
EMAIL: a.sofia.r.borges@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 263)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **Implante torácico de carcinoma hepatocelular**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O carcinoma hepatocelular(CHC) é uma causa rara de metástases cutâneas.A presença de metástases cutâneas está relacionada com um pior prognóstico,sobrevivência estimada inferior a 5 meses e uma maior probabilidade de metástases em outros locais.Os autores pretendem apresentar o caso clínico duma ocorrência rara. **Material e Métodos:** Descrição e documentação fotográfica de caso clínico **Resultados:** Homem de 68 anos de idade com cirrose hepática filiada em vírus da hepatite B e abuso crónico de álcool.Diagnóstico de CHC, tendo sido submetido a radiofrequência, por via percutânea, de lesão nodular do segmento 7, com 35 mm de maior diâmetro, em outubro de 2013.Decidida

avaliação para ponderar transplante hepático, tendo sido recusado pela persistência do consumo de álcool. Após 3 anos do tratamento percutâneo, detetada lesão na parede torácica direita, com cerca de 4 cm, suspeita de metástase de CHC, não se verificando tumor viável no fígado nem disseminação extra-hepática.Submetido a exérese radical da lesão com pele e tecido celular subcutâneo da parede torácica.A histologia confirmou o diagnóstico inicial. **Discussão:** No seguimento de doentes com CHC, a hipótese de metástases para a pele e tecido celular subcutâneo deve ser sempre considerada, particularmente naqueles que foram alvo de procedimentos percutâneos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: HEBIPA – Unidade Hepatobiliopancreática, Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Catarina Morais, Ezequiel Silva, Vítor Costa Simões, Cecília Pinto, António Canha, Paulo Soares, Jorge Daniel, Donzília Sousa Silva, José Davide
CONTACTO: Catarina Morais
EMAIL: catarinaamfernandes@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 485)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **Muito mais que Diverticulite**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Doente de 56 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Internado por diverticulite aguda, com perfuração contida confirmada imagiologicamente, sob terapêutica conservadora e alta **Material e Métodos:** Recorrência cerca de 1 mês depois, com recurso à urgência por dor abdominal intensa, obstipação e febre. À observação, palpação com empastamento hipocôndrio e flanco esquerdo, sem defesa. Analiticamente 15900/uL com PCR 8 mg/dL. Realizado TC abdómino-pélvico que confirma “ângulo esplénico com espessamento parietal concêntrico com massa de 39,5x26,0 mm com nível hidroaéreo (...) emcontacto com ansas de jejuno sugestivas de processo inflamatório em curso em contexto de diverticulite aguda complicada”. **Resultados:** Proposta resseção sigmoideia por diverticulite complicada após otimização clínica. No decurso da cirurgia objetivado extenso processo inflamatório com presença de massa envolvendo ângulo esplénico do cólon, baço, cauda do pâncreas e jejuno junto ao ângulo de Treitz. Efetuada hemicolectomia esquerda com anastomose transverso-sigmoide com esplenectomia de necessidade e pancreatectomia distal. **Discussão:** Exame histológico revelou Adenocarcinoma do cólon com invasão dos tecidos moles pericólicos e parede jejunal com extensas áreas de abcedação – pT4bN1a. Pós-operatório complicado por íleus e dor abdominal com recuperação insidiosa. Seguimento atual por oncologia, sob quimioterapia.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Hospital Vila Franca de Xira
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Marques, C; Martelo, R.; Rábago, A.; Morais, J.; Rodrigues, F. – Hospital Vila Franca de Xira
CONTACTO: Cláudia Neves Marques
EMAIL: claudianevesmarques@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 3)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **Invaginação intestinal em adultos, devido a Sarcoma Mielóide**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Invaginações intestinais ocorrem apenas em 5% dos adultos, com uma causa idiopática em 8-20%; 30% no intestino delgado e 66% no cólon são causadas por neoplasias malignas. **Material e Métodos:** Mulher de 42 anos apresentou-se no serviço de urgência com oclusão intestinal e dores abdominais difusas, com 3 meses de evolução. TAC e ecografia abdominais revelaram no intestino delgado sinal de duplo lúmen e massa de 5cm no íleo terminal, condicionado invaginação. Foi realizada Hemicolectomia direita. **Resultados:** O exame histológico mostrou uma neoplasia transparietal, com padrão difuso de pequenas células com taxa mitótica e índice de apoptose altos. O estudo imunohistoquímico revelou reatividade para mieloperoxidase e CD68, e negatividade para marcadores linfóides e epiteliais. A medula óssea não mostrava qualquer sinal de doença. O paciente está vivo depois de 14 meses de acompanhamento. **Discussão:** O Sarcoma Mielóide é um tumor imaturo extramedular raro das células mielóides, mais comuns nos ganglios linfáticos e pele, o que representa menos de 0,03% dos tumores do intestino delgado. Invaginação intestinal em adultos sempre deve levantar a suspeita de malignidade subjacente. O Sarcoma Mielóide é difícil de identificar, mas o diagnóstico precoce e a instituição da terapêutica adequada está relacionada com um melhor prognóstico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Anatomia Patológica
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Bruno Fernandes (1) Helder Moreira (2) Rui Almeida (3) Rui Caetano (4) Rui Nemésio (5)
CONTACTO: Bruno Filipe Mariano Fernandes
EMAIL: bruno.fernandesfm@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 227)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **Tumores do Apêndice Ileocecal – uma raridade?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores do apêndice ileocecal são raros com tipos histológicos e prognóstico muito variáveis. Objetivos: Apresentação da casuística do serviço supracitado de tumores do apêndice ileocecal 1 de Janeiro de 2010 a 31 de Dezembro de 2015 e estabelecer fatores de prognóstico. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de tumores do apêndice ileocecal. Consultaram-se os processos clínicos, sendo avaliados vários parâmetros. Análise estatística em Microsoft Excel® e IBM SPSS Statistics 20®. Aplicados testes de Chi quadrado ($p=0.05$). **Resultados:** 40 doentes com tumores do apêndice, idade média de 50 anos e 62.5% mulheres. Relativamente à apresentação clínica 62.5% apresentavam quadro de apendicite aguda e 20% assintomáticos. A maioria dos doentes teve diagnóstico incidental, tendo sido interencionados em contexto de urgência 77.5%. 87.5% foram submetidos a apendicectomia, com necessidade de re-intervenção cirúrgica 6 doentes. Relativamente ao tipo histológico metade correspondiam a neoplasias

mucinosas de baixo grau, 22.5% tumores neuroendócrinos, 15% adenocarcinomas e 12.5% outros. As lesões localizavam-se preferencialmente no apêndice distal, 30% eram superiores a 2cm e 30% perfuradas. Não se verificou recidiva local, mas verificou-se metastização em 4 doentes. Foram avaliados os fatores de mau prognóstico destes doentes. **Discussão:** Foram fatores de mau prognóstico na nossa série perfuração tumoral, invasões linfática, perineural, vascular ou do mesoapêndice, ressecções não R0, diferenciação tumoral e aumento de CEA.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Rodrigues, A.; Fonseca, S.; Liberal, M.; Ferreira J.; Tavares A.; Gandra, L.; Maciel J.
CONTACTO: Ana Luísa Ascenso Rodrigues
EMAIL: ana.l.ascenso@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 77)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **Esplenectomia laparoscópica: factores de risco para conversão**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A esplenectomia laparoscópica é o tratamento gold standard em diversas patologias do baço. Na presença de esplenomegalia, a taxa de conversão para cirurgia aberta pode chegar aos 33,9% e encontra-se associada a tempo operatório mais longo e maiores custos. O objectivo deste estudo foi avaliar factores de risco para conversão, de forma a seleccionar adequadamente os doentes para esplenectomia laparoscópica. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de 146 doentes submetidos a esplenectomia laparoscópica entre Janeiro de 2006 e Abril de 2016. Foi efectuada análise estatística para identificar factores de risco para conversão. **Resultados:** Verificou-se conversão em 13 (8,90%) doentes, estando esta associada a complicações intra-operatórias maior. Na análise multivariável, apenas o tamanho do baço e laqueação vascular com clips previram a conversão. Cirurgiões mais experientes realizaram cirurgias mais complexas **Discussão:** Na presença de esplenomegalia, a indicação para esplenectomia laparoscópica deve ser ponderada de acordo com a experiência da equipa. A laqueação vascular com máquina de sutura está associada a menor risco de conversão. Outras variáveis, nomeadamente a indicação para esplenectomia e o IMC, não estiveram associados a maior taxa de conversão.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Diana Gonçalves, Marina Morais, André Costa-Pinho, Renato Bessa de Melo, Luís Graça, J. Costa-Maia
CONTACTO: Diana Gonçalves
EMAIL: dianamgoncalves@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 423)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: Marcadores tumorais no líquido intracístico: uma nova ferramenta no diagnóstico de lesões císticas hepáticas?

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O diagnóstico de lesões císticas hepáticas é cada vez mais frequente. Não é possível distinguir imagiologicamente de forma cabal, lesões benignas de lesões malignas, dificultando o diagnóstico e orientação terapêutica. A biopsia e respetiva citologia aspirativa é insuficiente para o diagnóstico, surgindo o doseamento de marcadores tumorais no líquido intracístico, nomeadamente o Ca-72.4, como uma ferramenta promissora nesta área. **Material e Métodos:** Foram analisados retrospectivamente 10 casos de lesões císticas hepáticas complexas submetidas a biopsia e doseamento de marcadores tumorais no líquido intracístico (Ca 19.9, CEA e Ca 72-4) no ano de 2016. Foram recolhidos dados demográficos, sintomatologia, estratégia terapêutica e histologia das lesões tratadas cirurgicamente. **Resultados:** Neste período foram operados 6 doentes. Em 2 o estudo anatomopatológico mostrou lesões com potencial maligno (neoplasia mucinosa cística e cisto hepático ciliado). Nestes, verificou-se aumento do CA 72-4 no líquido intracístico (> 8 un/ml). Os restantes marcadores mostraram-se elevados tanto em lesões benignas como com potencial maligno, não permitindo a sua distinção. A biopsia aspirativa nunca foi diagnóstica. **Discussão:** O doseamento de marcadores tumorais no líquido intracístico pode vir a ser útil no diagnóstico e orientação terapêutica de lesões hepáticas císticas, ao contrário de outras técnicas como a citologia aspirativa. Estudos prospetivos e com maior amostra são necessários para validar a aplicação por rotina desta técnica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João EPE (1)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Fernando Resende (1), André Pinho (1), Renato B Melo (1), Luis Graça (1), J. Costa Maia (1)
CONTACTO: Fernando Resende
EMAIL: fernandosilvaresende@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 362)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: Intussuscepção – Um caso clínico.

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A intussuscepção ou invaginação intestinal manifesta-se, geralmente, por um quadro de oclusão intestinal. É uma patologia relativamente comum na idade pediátrica. Já na idade adulta é uma situação rara, correspondendo a 1% dos casos de oclusão intestinal. Dentro destes casos a maioria ocorrem no cólon e são de etiologia maligna, sendo menos frequentes as invaginações entero-entéricas. No intestino delgado, a invaginação pode ser secundária à presença de lesões intra ou extra-luminais (lesões inflamatórias, divertículos, lipomas, metástases, etc.). A dor abdominal de início insidioso é a queixa mais frequente, podendo estar associada a náuseas, vômitos e oclusão. O exame objetivo é frequentemente normal. A tomografia computadorizada

(TC) é o método imagiológico de eleição para o diagnóstico de intussuscepção, com a imagem patognomónica em “alvo”. **Material e Métodos:** Mulher de 83 anos, com antecedentes de HTA e demência, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro oclusivo. Ao exame objetivo evidenciava ligeira distensão abdominal. A TC revelou sinais atribuíveis a invaginação ileo-ileal aparentemente secundária a lesão lipomatosa. **Resultados:** Submetida a intervenção cirúrgica com confirmação do diagnóstico intraoperatoriamente. O resultado histológico confirmou lipoma submucoso intraluminal com 5cm de maior eixo. **Discussão:** O diagnóstico e tratamento da intussuscepção é cirúrgico, sendo a ressecção o tratamento de escolha em adultos no caso de lesões intraluminais associadas.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Sílvia Borges, Vanessa Bettencourt, Pedro Silva Vaz, Gina Melo, António Gouveia
CONTACTO: Sílvia Borges
EMAIL: silviacolacoborges@yahoo.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 440)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: Síndrome de Lynch: Caso Clínico

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A síndrome de Lynch é a forma mais frequente de cancro colo-rectal hereditário. Tem como base mutações em genes reparadores do DNA herdadas de forma autossómica dominante. Está associada a neoplasias em idade precoce que atingem predominantemente o colon direito e apresentam crescimento mais rápido mas um melhor prognóstico em comparação com o adenocarcinoma esporádico. Para além do carcinoma colo-rectal (CCR), estes doentes apresentam um risco superior ao da restante população de neoplasias do endométrio, ovário, estômago, sistema urinário, entre outras. **Material e Métodos:** Os autores descrevem o caso de um jovem de 25 anos com um adenocarcinoma do angulo hepático do colon (estadio IIIc) diagnosticado durante o estudo de uma anemia. A mãe e avó materna deste doente faleceram com menos de 30 anos no contexto de CCR. Os critérios de Amsterdã II bem como alguns dos critérios revistos de Bethesda estavam cumpridos e o produto da biópsia apresentou instabilidade de microssatélites. Assumindo-se uma síndrome de Lynch foi realizada colectomia total. **Discussão:** A deteção destes casos familiares de CCR e o correto aconselhamento genético é fundamental para a implementação do rastreio endoscópico recomendado. Dada a penetrância elevada destas mutações, o prognóstico está dependente do diagnóstico atempado.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
SERVIÇO: Serviço Cirurgia Geral do Hospital Pedro Hispano
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Pedro Valente, Maria João Lima, Rita Peixoto, Catarina Quintela, Cláudia Santos, Eva Barbosa, Emanuel Guerreiro, Taveira Gomes
CONTACTO: Pedro Maurício Valente
EMAIL: pedrovalente90@hotmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 382)

SESSÃO: PO 2

TÍTULO: **Carcinoma epidermoide da laringe – a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Carcinoma epidermoide constitui 90% de todas as neoplasias malignas laringeas. Ocorre predominantemente em homens e é um dos mais comuns entre os que atingem a região da cabeça e pescoço. Pode ser intrínseco ou extrínseco. Existem várias opções terapêuticas, de acordo com o tratamento proposto – conservador, funcional ou radical. **Material e Métodos:** Caso clínico: Homem, 56 anos, fumador e com o diagnóstico de Carcinoma epidermoide laringeo supraglótico em estadio III. Foi submetido em 2012 a Laringectomia parcial direita supraglótica por via endoscópica por laser CO₂, esvaziamento ganglionar funcional bilateral e terapia adjuvante com RT + QT. Por recidiva tumoral, foi submetido em 2013 a laringectomia total. No pós-operatório, desenvolveu abscesso cervical, deiscência esofágica e fistula faringo-cutânea-cervical, pelo que foi pedida a colaboração da Cirurgia Plástica e Reconstructiva. Submetido a reconstrução do trânsito digestivo através de retalho livre microvascularizado de Grande Curvatura Gástrica que reconstruiu o Esófago Cervical e Grande Epiplon que reconstruiu as partes moles do pescoço com plastia de enxerto dermoepidérmico da coxa. **Discussão:** A conduta cirúrgica no tratamento das neoplasias malignas depende da localização e estadiamento do tumor. As sequelas causadas, sobretudo após o tratamento funcional e radical para controlo oncológico, constitui um grande desafio para o cirurgião. A recuperação funcional dos défices causados, com a reconstrução de estruturas nobres é imperativo.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II

SERVIÇO: Cirurgia geral (1), Cirurgia Plástica (2)

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Rosa Saraiva (1), Susana Graça (1), Carlos Soares (1), Jorge Santos (1), Jorge Maciel (1), Sara Cunha (2), Gustavo Coelho (2), Horácio Zenha (2), Horácio Costa (2).

CONTACTO: Rosa Saraiva

EMAIL: rsaraivabox@gmail.com

SALA 7 2017-03-16 14:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 97)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Carcinoma da Vesícula Biliar – uma apresentação atípica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Neoplasia da vesícula biliar (VB) tem mau prognóstico, metastização precoce e sobrevida a 5 anos inferior a 10%. São fatores de risco: predisposição genética, idade avançada, mulheres, inflamação crónica/litíase, VB em porcelana, pólipos vesiculares, anomalias congénitas e exposição a produtos químicos (petróleo, papel, têxteis, mineiros). A colelitíase é o principal fator de risco (em mais de 70%). Na Síndrome de Mirizzi (SM) há obstrução parcial/completa do ducto hepático comum por um cálculo encravado no infundíbulo/canal cístico

(SM tipo I), podendo evoluir para fistula colecistocoléduca (SM tipo II). **Material e Métodos:** Homem 68 anos, recorre à urgência por icterícia com 4 dias de evolução. **Resultados:** Estava icterico, dor no hipocôndrio direito (Murphy negativo). Bilirrubinas 15/9.7mg/dL, sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Na ecografia – dilatação das vias biliares intrahepáticas, com obstrução distal à confluência, VB distendida e lesão 22mm no fundo. Solicitámos TC – nódulo captante fundo da VB e cálculo 25mm no infundíbulo/canal cístico (SM). Foi submetido a colecistectomia segmentectomia 4b e 5, linfadenectomia hilar e excisão de via biliar principal (por SM tipo II). A histologia revelou Adenocarcinoma invasor, tipo biliar, da VB pT1bN0R0. Aos 8 meses de follow-up encontrá-se assintomático sob vigilância clínica. **Discussão:** A coexistência das duas entidades é rara, dificultando o correto diagnóstico. A litíase e inflamação crónica da VB são fatores de risco para esta neoplasia.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de São João (1), Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de São João (2), Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina do Porto; Ipatimup/i3S (3)

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Vítor Devezas(1), Diana Gonçalves(1), Jennifer Costa(2) Fabiana Sousa(1), Tiago Machado(1), André Pinho(1), Manuel Oliveira(1), Renato Bessa Melo(1), Susana Guimarães(2), Fátima Carneiro(2,3), Luis Afonso Graça(1), J. Costa Maia(1)

CONTACTO: Vítor Bruno dos Santos Devezas

EMAIL: vitor.devezas7@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 257)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Avaliação da eficácia do R5 na preservação da actividade mitocondrial na transplantação hepática**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Na ressecção hepática (RH) / transplantação hepática (TH), o processo de isquemia / reperfusão (I/R) pode induzir alterações metabólicas com repercussão na actividade funcional do fígado. Estudo do potencial efeito protector da adição do composto R5 à solução de Celsior em fígados submetidos a I/R. **Material e Métodos:** Ratos machos Wistar, perfundidos (n=18) ou não (n=18) com composto R5 (20 mM na solução de Celsior), foram submetidos a isquemia fria (3, 6, 12h) e posterior perfusão ex-vivo (1h) a 37 °C. Avaliadas as funções bioenergéticas da mitocôndria (M), a actividade da Sirtuina 1 e 3, os marcadores de autofagia (LC3B) e os marcadores de apoptose (caspase 3, citocromo c e Bax). **Resultados:** R5 protege a M da indução de permeabilidade de transição da M, do alargamento da lag phase e da diminuição do estado 3 respiratório da M e do conteúdo de ATP induzidos pela I/R. R5 desempenha um papel relevante na modulação do conteúdo de sirtuína e nos mecanismos de autofagia/apoptose. **Discussão:** A adição do composto R5 à solução de Celsior tem um papel protector hepático das lesões induzidas pela I/R, permitindo a preservação das funções da M e do balanço energético hepático o que poderá alterar o prognóstico das lesões de I/R no contexto da RH e TH.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE



SERVIÇO: 1- Serviço de Cirurgia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. 2 – Mitolab, FCTUC 3-Unidade de Transplantação Hepática de Adultos e Crianças, CHUC 4 – Serviço de Cirurgia A, CHUC 5- Instituto de Biofísica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) 6-CIMAGO, FMUC

CAPÍTULO: Investigação básica

AUTORES: Martins, R.M.1, 2; Teodoro, João S.2; Rolo, A.2; Furtado, E.3; Palmeira, C.2; Tralhão, J.G. 3,4, 5,6

CONTACTO: Rui Miguel Rua Filipe Martins

EMAIL: r23martins@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 450)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Hemorragia no Transplante Hepático – 24 anos de experiência**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hemorragia no Transplante Hepático (TH) é uma complicação frequente, com elevada mortalidade. A hemorragia peri-operatória atinge uma incidência de 20% em algumas séries. **Material e Métodos:** Analisámos uma série de 1822 TH, realizados entre Setembro de 1992 e Julho de 2016. Divisão em 3 grupos: 1º – hemorragia intra-operatória (HIO); 2º – HIO com necessidade de packing; 3º – hemorragia pós-operatória (HPO). Foram analisadas as prevalências, taxas de mortalidade, indicações para TH e tipos de re-intervenção. **Resultados:** 173 doentes tiveram complicações hemorrágicas (9,4%), dos quais 36 com HIO (grupo 1, 2%), 31 com necessidade de packing (grupo 2, 1,7%) e 106 com HPO (grupo 3, 5,8%). A mortalidade dos doentes com hemorragia peri-operatória foi de 6,1% em relação ao total de transplantes, porém dos doentes com hemorragia peri-operatória a mortalidade foi de 64%. No 1º grupo a mortalidade foi de 88,9%, no 2º grupo foi de 77,4% e no 3º grupo foi de 51,9%. As indicações para transplante com maior incidência de complicações hemorrágicas são o Re-transplante (21,5% em relação ao total de re-transplantes) e a DHC etanólica (14,2% do total de DHC etanólica). Tanto no re-transplante, como na DHC etanólica a complicação hemorrágica mais frequente foi HPO – 22 e 16 doentes respectivamente. **Discussão:** A ocorrência de hemorragia peri-operatória tem um impacto devastador na mortalidade do TH. Os grupos que mais contribuem para hemorragia no TH são o Re-transplante e a DHC etanólica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central

SERVIÇO: Pólo de Cirurgia do Hospital de Curry Cabral

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: João Aniceto, Américo Martins, Edite Filipe, H. Pinto Marques, Eduardo Barroso

CONTACTO: João Pedro Aniceto

EMAIL: joaoptaniceto@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 150)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Adenocarcinoma Ductal Pancreático em Estadio IV – Um caso Raro de Evolução Inesperada**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Neste trabalho descrevemos um caso de adenocarcinoma (adenoCa) ductal pancreático

em estadio IV associado a outcome favorável. Trata-se de uma neoplasia (neo) amplamente descrita como agressiva, com uma SobV5a estimada para o estadio IV de 1%. **Resultados:** Sexo masculino, 60 anos, com diagnóstico em 08/2013 de metastização (mtx.) hepática difusa por neo primária oculta. Submetido a QT, tendo-se observado resposta parcial. Em re-estadiamento, diagnosticada imagiologicamente neo pancreática da apófise uniforme e regressão parcial da mtx. hepática. Realizadas biópsias percutâneas da lesão pancreática suspeita (sem identificação de estruturas neoplásicas) e de lesão secundária hepática (compatível com mtx. de carcinoma pancreático). Manteve QT, com resposta parcial da neo primaria e mtx hepática. Em virtude da evolução indolente, em 04/2016 foi submetido a duodenopancreatocetomia cefálica e metastasectomia hepática do segm. III. Pós-op complicado com fístula pancreática grau A. Anatomopatologia da peça cirúrgica: adenoCa ductal do pâncreas, padrão tubular, pT3G2N0R0M1, n+v-l-(estadio IV). Em 06/2016, termoablação por RF das restantes 2 lesões nos segm. VI e VII previamente conhecidas. Actualmente, sem recidiva. Tempo de follow-up: 3 anos. **Discussão:** Trata-se de um raro caso de adenoCa ductal pancreático avançado associado a evolução indolente e sobrevida significativa. O estudo deste outcome favorável deverá ser efectuado, com vista a identificar factores de bom prognóstico e eventuais alvos terapêuticos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do CHVNG/E

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Leite, M; Carrapita, J; Mendes, M; Ferreira, J; Louro, H; Rodrigues, R; Maciel-Barbosa, J.

CONTACTO: Mariana Pereira Leite

EMAIL: marianaleite85@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 243)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Uma doença rara...uma apresentação comum**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores neuroendócrinos são neoplasias raras, encontrando-se a sua maioria localizada no aparelho digestivo. A seguir ao apêndice o intestino delgado é o local mais comum para a sua localização, muitas vezes diagnosticados como incidentalomas. **Material e Métodos:** Os autores apresentam um caso de uma doente do sexo feminino, 56 anos, que se apresentou no serviço de urgência com quadro de oclusão intestinal. A doente referia concomitantemente dor abdominal difusa com cerca de 1 ano de evolução para a qual já tinha realizado vários exames que se revelaram inconclusivos. **Resultados:** Submetida a laparotomia exploradora, intra-operatoriamente constatou-se múltiplas lesões do intestino delgado e uma maior do seu mesentério que condicionavam o quadro oclusivo. A anatomia patológica revelou tratar-se de carcinoma neuroendócrino do intestino delgado. **Discussão:** A incidência dos tumores neuroendócrinos parece estar a aumentar, tratando-se de uma doença de crescimento lento a presença de sintomas revela a maior parte das vezes doença avançada. Não obstante, a ressecção cirúrgica de tumores localizados pode permitir a cura.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE



SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Pimenta de Castro J, Silva Melo D, Mateus N, Pereira LG
CONTACTO: João David do Vale Pimenta de Castro
EMAIL: jdpimenta.castro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 238)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Apendicovesicostomia – Um Pequeno Segmento para uma Grande Solução**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia de derivação urinária constitui uma mutilação importante, afectando a auto-estima dos pacientes. Na impossibilidade de cateterismo uretral, a técnica ideal passa pela criação de um conduto cateterizável entre a bexiga e a parede abdominal, que seja continente, permitindo o esvaziamento vesical controlado por cateterismo intermitente limpo. **Material e Métodos:** Apresenta-se um caso de um doente de 64 anos submetido a múltiplas RTU-P e uretrotomias internas por esclerose do colo vesical e loca prostática, com necessidade de cistostomia suprapúbica permanente. Dada a irreversibilidade da estenose, foi proposto para a realização de uma derivação urinária continente. **Resultados:** Foi efectuada a secção do apêndice com preservação do seu meso com transposição à bexiga. Confeccionada anastomose vesico-apendicular com tunelização sub-mucosa e encerramento do detrusor para formação de valva continente, abertura do estoma no quadrante inferior direito do abdómen. Aos 12 meses de follow-up o doente mostra-se muito satisfeito, sem incontinência, efectuando 5 a 6 auto-cateterismos por dia. **Discussão:** As derivações urinárias visam diminuir os riscos de lesão do trato urinário superior, controlar a infecção urinária e promover a continência. A técnica descrita por Mitrofanoff em 1980 pressupõe a utilização do apêndice como conduto, constituindo-se uma valiosa opção pela sua simplicidade e eficácia. Esta técnica põe em evidência uma utilização pouco frequente para este órgão vestigial, conferindo-lhe uma nova função.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral, (2) Serviço de Urologia, (3) Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina do Porto
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Sílvia da Silva (1), Hélder Castro (2), Joaquim Lindoro (2), João Pinto-de-Sousa (1,3)
CONTACTO: Sílvia Raquel Coelho da Silva
EMAIL: silviraquelcsilva@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 266)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Pancreatite autoimune tipo 2 – uma raridade**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A pancreatite autoimune (PAI) é uma forma rara, distinta e de etiopatogenia pouco conhecida, cujo diagnóstico implica a integração de dados clínicos, serológicos, imagiológicos e histológicos. O diagnóstico diferencial com carcinoma pode ser dificultado

nos casos em que se manifesta sob a forma de lesão pancreática (85%). Estão descritas 2 formas: tipo 1 (pertencente ao espectro das doenças associadas à IgG4) e tipo 2 (mais rara). Os autores pretendem divulgar um caso clínico de PAI tipo 2. **Material e Métodos:** Descrição e documentação fotográfica **Resultados:** Mulher, 44 anos de idade, com colite ulcerosa, referenciada por achado incidental de lesão na cauda do pâncreas, com cerca de 4 cm. Ecoendoscopia com biopsia aspirativa com agulha fina: achados foram sugestivos de PAI, não sendo possível excluir hipótese de adenocarcinoma. IgG4 normal. Em reunião multidisciplinar, proposta abordagem cirúrgica. Submetida a pancreatectomia corporocaudal por via laparoscópica. A histologia confirmou o diagnóstico de PAI tipo 2. **Discussão:** A PAI tipo 2 caracteriza-se pela presença de lesões granulocíticas epiteliais. Afeta indivíduos mais jovens, não tem tradução extra-pancreática e não está associada a elevação sérica da IgG4. Está associada, em 30% dos casos, com doença inflamatória intestinal. A revisão histopatológica é necessária para o seu diagnóstico devido à ausência de marcadores serológicos e padrões de imagem específicos. Destaca-se o caso pela sua raridade e desafio no diagnóstico diferencial com neoplasia.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: HEBIPA – Unidade Hepatobiliopancreática, Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Catarina Morais, Ezequiel Silva, Vítor Costa Simões, Cecília Pinto, António Canha, Paulo Soares, Jorge Daniel, Paula Lago, Donzília Sousa Silva, José Davide
CONTACTO: Catarina Morais
EMAIL: catarinaamfernandes@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 62)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Oclusão intestinal por impactação fecal em doente psiquiátrica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Este trabalho tem como objectivo apresentar o caso clínico de uma doente 64 anos, com antecedentes pessoais de depressão, que recorreu ao Serviço de Urgência com um quadro de dor abdominal difusa associada a vómitos biliares. A investigação clínica permitiu concluir tratar-se de um caso de oclusão intestinal por impactação fecal, com necrose cólica. Intra-operatoriamente verificou-se a necessidade de colectomia total. O exame anatomo-patológico confirmou a ausência de outras lesões como origem da oclusão. É descrita pelos autores a marcha diagnóstica, realçando a importância do elevado grau de suspeição clínica e dos exames complementares de diagnóstico, assim como a abordagem terapêutica adoptada. Para o efeito, os autores procederam à análise retrospectiva do processo clínico da doente e revisão da literatura. A importância deste trabalho deve-se ao facto de a impactação fecal ser uma causa pouco frequente de oclusão intestinal, algumas vezes em doentes com antecedentes de patologia psiquiátrica, dificultando sobejamente o diagnóstico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do CHBM
CAPÍTULO: Colo-Proctologia



AUTORES: Filipa Caldeira, Miguel Tomé, Sara Patrocínio, Nuno Mendonça, Rita Pereira, Cláudia Galvão, Janeiro Neves
CONTACTO: Filipa Caldeira
EMAIL: filipa.tds.caldeira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 494)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Abdómen Agudo Paliativo**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Homem de 69 anos. Melanoma do pé esquerdo diagnosticado em 2002. Amputação do 1o dedo do pé direito. Em Janeiro/2016 evolução da doença com lesões hepáticas, cutâneas e cranianas. Fez 1 o ciclo de Quimioterapia e Radioterapia no início de 2016. **Material e Métodos:** Recorreu Serviço de urgência uma semana após início de 2o ciclo de quimioterapia por dor abdominal nos quadrantes inferiores desde as 9h. À avaliação clínica, obnubilção, polipneia, defesa abdominal com abdómen distendido. Avaliação laboratorial e imagiológica com PCR 8,21 mg/dL, Lesão renal aguda AKIN 2 e colestase. Realizou TCC abdómino-pélvico: "distensão de ansas do delgado no flanco esquerdo, com espessamento parietal e densificação da gordura envolvente, evidenciando-se pequenas bolhas de ar livre, o que traduz perfuração, de causa indeterminada". **Resultados:** Perante choque séptico por peritonite secundária a perfuração intestinal, realizada laparotomia urgente. Evidencia intraoperatória de 3 lesões melanóticas ileo-jejunais, com perfuração. Realizadas duas ressecções segmentares de delgado com anastomoses primárias incluindo em peça as 3 lesões. **Discussão:** Pós-operatório imediato realizado em UCI com disfunção multiorgânica, com compensação parcial e controlo algico eficaz. Perante doença oncológica avançada – Melanoma em estadio IV sem indicação para suporte de órgão. Doente consciente e comunicativo com família, com palição da dor e falecimento 1 semana após a cirurgia.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Hospital Vila Franca de Xira
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Marques, C; Martelo, R.; Rábago, A.; Morais, J.; Rodrigues, F.
CONTACTO: Cláudia Neves Marques
EMAIL: claudianevesmarques@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 242)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Primeira manifestação incomum do Carcinoma de células escamosas do pulmão**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Metástases do intestino delgado secundárias a cancro do pulmão são raras e na sua maioria clinicamente silenciosas, mas em casos raros pode-se apresentar como perfuração intestinal. **Material e Métodos:** Homem de 52 anos apresentou-se no serviço de urgência com dor epigástrica e distensão abdominal com 2 meses de evolução. A exploração cirúrgica revelou peritonite fecal devido a perfuração intestinal, tendo sido realizada enterectomia. **Resultados:** O exame histológico mostrou neoplasia do intestino delgado (4,5x3cm), variante carcinoma de células escamosas com necrose, apoiado

por estroma fibroinflamatório abundante. Numerosas embolias vasculares e linfáticas na submucosa, invasão do tecido adiposo e 6 ganglios linfáticos com doença metastática. O estudo imuno-histoquímico mostrou positividade focal para citoqueratina 34βE12, e positividade apical para CEA policlonal. Posteriormente, foi realizada tomografia computadorizada que revelou uma lesão sólida com 12 centímetros, centrada no mediastino, que envolvia o pulmão direito. Citologia de derrame pleural foi positiva para carcinoma com o mesmo estudo imuno-histoquímico. **Discussão:** A correlação dos dois exames permitiu o diagnóstico de carcinoma de células escamosas primitiva do pulmão com metástase para o intestino delgado. Carcinoma de células escamosas extrapulmonar com metástase para o intestino delgado é extremamente raro. A presença de uma lesão de células escamosas no intestino delgado deve sempre alertar que o patologista para a possibilidade de ser uma metástase.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Anatomia Patológica
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Bruno Fernandes (1), Hélder Moreira (1), Rui Almeida (1), Rui Caetano (1), Manuela Meruje (1)
CONTACTO: Bruno Filipe Mariano Fernandes
EMAIL: bruno.fernandesfm@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 135)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Hidatidose hepática: revisão clinico-epidemiológica de uma unidade hospitalar.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hidatidose é uma zoonose com mais de 40 novos casos anualmente em Portugal. Trata-se de uma doença parasitária provocada por helmintas do género Echinococcus, que se alojam preferencialmente no parênquima hepático e pulmonar. O tratamento passa pela exérese do quisto e anti-helmínticos. Este trabalho têm como objetivo analisar a prevalência e abordagem da hidatidose hepática numa unidade hospitalar. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de processos clínicos com diagnóstico de alta hospitalar de hidatidose hepática, num período de 10 anos, correspondendo a um total de 40 doentes. **Resultados:** Verificou-se uma ocorrência média de 4 casos/ano de hidatidose hepática; predomínio do sexo feminino (55%); média de idades de 60,05 anos (16-96); profissão do sector primário em 27,5% dos casos. A apresentação mais frequente foi a dor abdominal (65%) e o diagnóstico efetuado através de métodos imagiológicos e serológicos. O diâmetro médio dos quistos foi de 8,7 cm e a localização mais frequente no lobo direito (62,5%). A maioria dos doentes foi submetida a cirurgia (57,5%), sendo a periquistectomia a técnica cirúrgica mais frequentemente realizada. A morbi/mortalidade cirúrgica foi de 24 e 4%, respetivamente. **Discussão:** Os autores concluem que a incidência de hidatidose hepática nesta unidade de saúde é de 3,69casos/100000 habitantes/ano, sendo superior à nacional. Os resultados desta casuística estão de acordo com os referidos na literatura.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral (1), Gastroenterologia (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática



AUTORES: Vieira A(1), Bettencourt V(1), Leitão C(2), Santos A(2), Paulino A(1), Banhudo A(2), Gouveia A(1).
CONTACTO: Ana Vieira
EMAIL: ananunesvieira86@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 74)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **O flagelo do H. Pylori na população obesa**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A infecção por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) assume uma prevalência de 17 a 75% a nível mundial. A associação entre obesidade e infecção por *H. pylori* é contudo controversa. Com este estudo pretendeu-se avaliar a prevalência de infecção por *H. pylori* em doentes propostos para cirurgia bariátrica. Avaliou-se ainda se o teste do *H. pylori* e sua erradicação é justificável nestes doentes. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 269 doentes, com informação de endoscopia disponível, submetidos a cirurgia bariátrica na nossa instituição entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012. O diagnóstico de infecção por *H. pylori* foi efectuado por endoscopia. Os doentes foram divididos em 2 grupos (infecção por *H. pylori* positiva vs. negativa). **Resultados:** A maioria (n=207, 84,4%) era do sexo feminino, com idade média de 42±10.7 anos (19-66). O IMC médio foi 45,5±5,57 kg/m². Apresentaram infecção por *H. pylori* 172 (63,9%) doentes e 265 (98,5%) apresentaram achados atípicos na endoscopia (maioritariamente gastrite crónica). Não houve diferenças quanto à idade ou IMC entre os dois grupos. **Discussão:** A infecção por *H. pylori* e os achados atípicos endoscópicos são altamente prevalentes na nossa população obesa. Alguns estudos descrevem estirpes patogénicas, que parecem estar associadas a risco aumentado de patologia gástrica. Estes achados indicam que o diagnóstico e erradicação de *H. pylori* devem ser realizados sistematicamente nesta população.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Marina Morais, Diana Gonçalves, Hugo Santos-Sousa, António Gouveia, Silvestre Carneiro, Eduardo Lima-Costa, José Barbosa, John Preto, J. Costa-Maia
CONTACTO: Marina Morais
EMAIL: morais1000@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 412)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Causa Rara de Hematoma Esplénico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Introdução: Os hematomas esplénicos espontâneos são raros, sendo uma causa rara a leucemia. A leucemia pro-linfocítica de células T é uma leucemia extremamente rara, com envolvimento do sangue periférico, medula óssea, gânglios linfáticos e baço. Caso Clínico: Homem de 56 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, sem história de traumatismo abdominal, recorreu ao SU por febre, dor abdominal difusa e diarreia. Analiticamente apresentava Hg 9.4g/dL, leucocitose (191x10³), com 91.4% de linfócitos. Realizou ecografia abdominal que revelou esplenomegalia com

lesão de 7cm no seu interior. Foi enviado para a consulta de hematologia onde foi estabelecido o diagnóstico de leucemia pró-linfocítica T e nos exames de estadiamento a TC revelou hematoma esplénico volumoso, ficando o doente em vigilância e optou-se por esplenectomia, com início posterior de quimioterapia. **Discussão:** Apesar de rara, a leucemia está descrita como causa de hematoma esplénico espontâneo. O género masculino, idade avançada e esplenomegalia são fatores de risco conhecidos. Contudo, não há nenhum caso descrito de hematoma esplénico espontâneo associado à leucemia pró-linfocítica T. Atendendo ao mau prognóstico desta patologia e à necessidade de iniciar tratamento atempadamente, a orientação terapêutica perante esta manifestação rara torna-se desafiante.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral, (2) Serviço de Hematologia
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Rodrigues, A. (1); Barbosa, L.(1); Canotilho, R.(1); Ramos, R.(1); Graça S.(1); Ferreira, I. (2); Carrapita, J.(1); Gandra, L.(1); Maciel J.(1)
CONTACTO: Ana Luísa Ascenso Rodrigues
EMAIL: ana.l.ascenso@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 535)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Bócio Multinodular Compressivo – A propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O bócio trata-se do aumento difuso de volume da glândula tiroideia. Resulta de alterações de síntese, défice de iodo, doenças auto-imunes ou patologia nodular, e pode ser funcional ou não funcional consoante a produção, ou não, de hormonas tiroideias. Quando não tratado, pode levar a sintomas compressivos como dispneia, disfagia ou rouquidão, estando estes mais associados à patologia maligna. Métodos de imagem como a TC ou RM são os mais indicados para estudo do volume glandular e relação com estruturas adjacentes. **Material e Métodos:** Relata-se caso clínico de mulher de 88 anos, com bócio multinodular não tóxico, compressivo, com necessidade de ventilação não invasiva no domicílio por dispneia e com sinais de compressão vascular, nomeadamente, telangiectasias no tórax superior. Foi submetida a tiroidectomia total electiva, sem intercorrências, com posterior melhoria das queixas associadas. **Discussão:** Bócios de grandes dimensões são cada vez menos frequentes, pelo que devem ser abordados por cirurgiões experientes, tendo em conta a frequência de complicações. Quando associados a queixas compressivas, a cirurgia poderá levar à sua resolução imediata.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral do CHBV; (2) Serviço de Cabeça e Pescoço IPOCFG
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: M. Serra (1); I. Portela (2); P. Gilde (2); P. Mesquita (2); P. Messias (2); C. Cruz (2)
CONTACTO: Marta
EMAIL: martalopesserra@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 225)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Adenocarcinoma Hepatóide da Junção Esofago Gástrica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Adenocarcinoma hepatóide do estômago é um sub-tipo de carcinoma gástrico muito raro e de mau prognóstico. O termo foi introduzido em 1985, por Ishikura, com a observação de altos níveis séricos de alfa-fetoproteína em alguns doentes com adenocarcinoma gástrico. A incidência descrita varia entre 0,17% e 0,38%. Apresenta-se o caso clínico de um doente, opções terapêuticas e resultados. **Material e Métodos:** Doente de sexo masculino, 66 anos, admitido por Hematemese. Realizou Endoscopia alta que mostrou lesão ulcerada com 4 cm, a jusante do cárdia, face anterior. A biópsia revelou Carcinoma pouco diferenciado, com diferenciação neuroendócrina p63neg, CD 56 positivo. O estadiamento por TAC foi T3N1M0. O caso clínico foi discutido em Reunião Multidisciplinar e proposto para QT e RT neo-adjuvante seguido de terapêutica cirúrgica. Realizou-se gastrectomia total radical, com exame extemporâneo de bordo esofágico que foi negativo. O resultado histológico foi ADENOCARCINOMA HEPATOIDE DA JUNÇÃO ESOFAGO GÁSTRICA (AE1/AE3+, alfa-1 antitripsina1+, CDX2+/-, Hepar+/-, sinaptofisina+/-, CD56+/-, alfafetoproteína focal, PLAP focal, CD30-, HCG-, P63-, ypT3pN1, grau de regressão 3. **Resultados:** Foi pedida revisão anatomopatológica internacional, com confirmação deste resultado pelo John Hopkins (Baltimore). O doente tem 9 meses de sobrevida, sem evidência de progressão de doença. A resposta ao tratamento neoadjuvante foi nulo. **Discussão:** Trata-se de um tumor muito agressivo, cuja raridade dificulta a discussão da melhor abordagem terapêutica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central

SERVIÇO: Unidade Funcional de Patologia Esofago Gástrica CHLC- (1) Cirurgia (2) Anatomia Patológica (3) Oncologia (4) Imagiologia (5) Gastenterologia (6) Radioterapia

CAPÍTULO: Cirurgia Esofago-Gástrica

AUTORES: Luisa Quaresma(1), Mário Oliveira(2), António Figueiredo(2), Guedes da Silva(1), Gualdino Silva(1) Mónica Semedo(3), Lígia Costa(3), Mateus Marques(4), Vasco Vasconcelos(1), Joao Sacadura(1), Jorge Esteves(5), Gonçalo Fernandez(6), Eduardo Barroso(1)

CONTACTO: LUISA QUARESMA

EMAIL: luisaquaresma@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 36)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Patologia do apêndice ileo-cecal – a propósito de 2 casos incomuns**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A apendicite é causada pela obstrução do lúmen apendicular. As causas mais comuns de obstrução luminal incluem hiperplasia linfóide secundária à doença inflamatória intestinal (IBD) ou infecções (mais comum na infância e em adultos jovens), estase fecal e fecalites (mais comum em pacientes idosos), parasitas (especialmente nos países orientais), Ou, mais raramente, corpos estranhos e neoplasias. **Material e Métodos:** Relatam-se 2 casos clínicos raros demonstrativos da

diversidade etiológica da patologia do apêndice ileo cecal. Breve revisão teórica da etiopatogenia da apendicite e das patologias diagnosticadas **Resultados:** O 1º Caso: criança do sexo masculino de 9 anos com quadro de dor abdominal na FID e vômitos e blumberg com episódios anteriores. Foi submetido a apendicectomia e alta clinicamente melhorada. A anatomia patológica da peça detectou um tumor carcinóide. Caso 2 – mulher de 31 anos previamente saudável observada no SU por quadro sugestivo de apendicite. Foi submetida no mesmo dia a apendicectomia. Teve alta clinicamente melhorada **Discussão:** Este trabalho vem alertar para as causas raras de patologia do apêndice ileo-cecal bem como realçar a importância do seguimento pos operatório

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral Hospital Vila Franca de Xira (1), Serviço de Cirurgia Vascular CHLC- Hospital de Sta Marta (2)

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Tiago Louro (1), Ricardo Correia (2), Magda Alves (1), Margarida Brilhante (1), Francisco Rodrigues (1)

CONTACTO: Tiago Xavier Louro

EMAIL: tiago.x.louro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 372)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Esofago de Barrett – adenocarcinoma em doente gastrectomizado**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O esôfago de Barrett é uma condição pré-maligna para o desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico e a sua progressão resulta de refluxo gastro-esofágico crônico. O caso apresentado trata de um doente com antecedentes de gastrectomia total, assintomático, sem condições propícias à progressão da doença esofágica. **Resultados:** Doente de 62 anos, com antecedentes de gastrectomia total + esofagectomia distal em 2002 por neoplasia da junção gastro-esofágica (Siewert 2) – pT2pN0. Realizou QT adjuvante. Em EDA de follow up (2016), identificou-se lesão vegetante na dependência de esôfago de Barrett, cujas biópsias revelaram DAG com focos de adenocarcinoma. Em TC TAP estadiamento lesão hepática suspeita, que foi biopsada, não revelando aspectos neoplásicos. Submetido a totalização de esofagectomia transhiatal com transposição jejunal, em Outubro de 2016. Pós-op no SMI (15d) complicado com insuficiência respiratória por hérnia do hiato esofágico, corrigida ao 5º dia. Restante internamento sem intercorrências major com alta ao 20º dia. Histologia: Adenocarcinoma esofágico, G1, ypT1apN0. Discutido em RDT, proposto para vigilância. Consulta de follow up (1º mês) – sem queixas, boa tolerância alimentar. **Discussão:** O follow up prolongado possibilitou o diagnóstico precoce de uma neoplasia de novo, em doente assintomático, que permitiu tratamento atempado com impacto na sobrevida do doente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE

SERVIÇO: Cirurgia 2 – Centro Hospitalar de Leiria

CAPÍTULO: Cirurgia Esofago-Gástrica

AUTORES: J. Nobre; G. Capelão; M. Laureano, I. Gonçalves; E. Ferreira; S. Hilário; J. Pais; M.C. dos Santos

CONTACTO: João Nobre

EMAIL: nobre.j@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 444)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Pancreatite auto-imune tipo1 com serologia IgG4 negativa**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Diagnóstico diferencial entre lesões tumefactivas e neoplasia pancreática **Material e Métodos:** Jovem de 24 anos de raça negra com icterícia obstrutiva com uma semana de evolução e episódios de dor abdominal intermitente, sem perda de peso significativa. **Resultados:** Apresentava um exame abdominal sem alterações significativas. Hemograma, padrão metabólico, amilase, anticorpos anti-músculo liso, anticorpos anti-mitocondriais, CEA, Ca 19-9, complemento C3 e C4, anticorpo anti-Smith e IgG4 dentro dos parâmetros normais. Ecografia abdominal revelou dilatação dos ductos intra e extra-hepáticos. TAC abdominal revelou uma dilatação anormal do ducto biliar distal mas sem aumento ou heterogeneidade da cabeça do pâncreas nem linfadenopatias mediastínicas ou peri-pancreáticas. Ecografia endoscópica sugeriu um processo inflamatório, mas a CPRM revelou uma obstrução da via biliar principal compatível com neoplasia. A biópsia por aspiração com agulha fina foi insuficiente para um diagnóstico definitivo e o paciente foi submetido a cirurgia maior. Follow-up com insuficiência pancreática moderada tratado com substituição de enzima pancreática. **Discussão:** Apesar do workup diagnóstico ter sido executado corretamente, o diagnóstico definitivo nem sempre é possível, e um processo de pancreatite auto-imune pode ser interpretado como neoplasia.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
SERVIÇO: Cirurgia B
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Rui Marinho, Ricardo Rocha, Marta Fragoso, David Aparício, Ana João, António Soares, Marta Sousa, António Gomes, Nuno Pignatelli, Vítor Nunes
CONTACTO: Rui Saavedra Marinho
EMAIL: rui.saavedra.marinho@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 124)

SESSÃO: PO 3

TÍTULO: **Cirurgia de encerramento de ostomias intestinais**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As ostomias intestinais provisórias são uma prática cirúrgica comum. Pretende-se avaliar o motivo para a sua realização, o tempo até ao encerramento, a técnica cirúrgica e as suas complicações. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo em 113 doentes no Centro Hospitalar do Algarve – Faro submetidos a ostomias intestinais provisórias entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015. **Resultados:** Verificou-se um predomínio de doentes do sexo masculino, com média de idades de 66 anos. Destes, 75,2% foram submetidos a colostomias e 24,8% a ileostomias. A maioria foi realizada em regime de urgência (72,6%), o motivo principal foi a neoplasia maligna colo-retal (55,8%) e o procedimento mais utilizado foi a cirurgia de Hartmann. Ocorreram 6 perdas de follow-up e 51 doentes foram submetidos a encerramento da ostomia (45,1%). A idade média destes era de 61 anos e a anastomose mecânica circular foi a mais utilizada (39,2%). Houve 9 complicações precoces (17,6%), a maioria de grau I (4 doentes) de acordo

com a classificação Clavien-Dindo. Ocorreram ainda 12 complicações tardias, sendo a mais frequente a hérnia incisional. A taxa de mortalidade foi de 3,92%. O tempo médio até ao encerramento do estoma foi de 305 dias. **Discussão:** A principal indicação para realização de ostomias temporárias foi a neoplasia maligna colo-retal, sendo a colostomia a mais frequente. Um número significativo de doentes foi submetido ao encerramento do estoma, contudo a taxa de complicações é elevada, fator a considerar na escolha da técnica cirúrgica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Algarve, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia 1
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Diana Parente, Nuno Gomes, João Teixeira, Tina Sanai
CONTACTO: Diana Parente
EMAIL: dianaparente89@gmail.com

SALA 8 2017-03-16 14:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 437)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Hipercalemia como manifestação inicial de linfoma esplênico de células B**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hipercalemia é a principal alteração metabólica nos doentes com neoplasia maligna, por invasão esquelética ou por produção de um péptido relacionado com a PTH (PTHrP). Nas neoplasias hematológicas pode haver síntese descontrolada de 1,25(OH)2D3 pelas células tumorais e atinge 30% dos doentes com mieloma múltiplo e 60% dos doentes com linfoma não Hodgkin células T. No entanto, acontece em 7-8% dos doentes com linfoma não Hodgkin de células B principalmente por produção endógena descontrolada de 1,25(OH)2D3 pelas células tumorais. **Material e Métodos:** Mulher de 77 anos com antecedentes de insuficiência renal controlada. Consultou por náuseas, vômitos e confusão. Análises: Cálcio 14,1 PTH baixo. Na TAC inicial relata-se ligeira esplenomegalia heterogénea. Foi tratada com hidratação e corticóides. 8 meses depois, a doente apresenta tremor, astenia e desorientação. Nova TAC: volumosa massa hipodensa heterogénea de 163mmx210mm, com pequenas calcificações, adjacente à face anterior do baço, sem plano de clivagem, mas admitindo-se independente deste **Resultados:** Realizou-se laparotomia onde se observa a presença de uma volumosa massa friável dependente do baço com infiltração do ângulo esplênico do cólon e do hilo esplênico. Foi realizada esplenectomia com resseção em bloco do cólon afectado e da cauda do pâncreas. O estudo histológico diagnosticou Linfoma não Hodgkin de células B **Discussão:** A hipercalemia não explicada obriga ao estudo de neoplasias malignas, entre as quais se destacam as neoplasias hematológicas

HOSPITAL: Outro
SERVIÇO: Serviço Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Carmen Mailló(1), Raquel Abreu(1), Maria de Jesús Oliveira(1), Carlos Martins Soares(1), Ana Joaquim(2), Ascensión López(3)
CONTACTO: Carmen Mailló
EMAIL: cmailló@netcabo.pt



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 26)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Condiloma Acuminado**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O condiloma acuminado é uma manifestação associada ao “human papillomavirus” (HPV). Existem vários tipos de HPV, mas a maioria destas lesões estão associadas ao tipo 6 e 11, cujo potencial neoplásico ainda que baixo, não é desprezível. A evolução clínica da doença geralmente é silenciosa, no entanto pode manifestar-se como verrugas ano-genitais. Tratam-se de lesões prevalentes na população em geral, sendo o grupo de maior risco os adolescentes e os jovens adultos. O objetivo dos autores é alertar para a problemática deste tema pela morbidade subjacente, pelo potencial oncogénico associado e pela principal via de transmissão (transmissão sexual). **Resultados:** Caso Clínico Rapaz de 17 anos, com antecedentes pessoais irrelevantes, que recorreu ao SU por tumefação perianal verrucosa com 2 meses de evolução, sem outras queixas. Posteriormente foi submetido de forma eletiva a excisão total de condiloma anal a 18 de Abril, que decorreu sem intercorrências. Teve alta ao segundo dia pós-operatório. A histologia revelou “Condiloma acuminado com lesão intra-epitelial pavimentosa de baixo grau”. Follow-up manteve-se assintomático e com boa evolução cicatricial. **Discussão:** Existem várias opções de tratamento, no entanto quando existem lesões verrucosas a ressecção cirúrgica revela ter uma alta taxa de sucesso com baixa recorrência. Atualmente com o aparecimento da vacinação para o HPV, prevê-se que o seu uso rotineiro vá reduzir a incidência da doença.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral C
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Martins, R.; Almeida, S.; Calado, J.; Godinho, A.; Carneiro, F.
CONTACTO: Rita Martins
EMAIL: anaritam_ig@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 100)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Neoplasia Mucinoso Papilar Intraductal do Pâncreas e o seu Potencial Maligno – Experiência de um Hospital Central**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Neoplasia Mucinoso Papilar Intraductal (IPMN) do pâncreas tem origem no ducto pancreático (1-3% das neoplasias exócrinas). Dividem-se nos do ducto principal (DP), secundários (DS) ou mistos. Há proliferação do epitélio ductal (frequentemente de aspeto papilar), hipersecreção de mucina e dilatação cística. Pretendemos identificar fatores preditores de malignidade. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo e unicêntrico, incidindo nos IPMN operados entre 1/2008 e 6/2016. **Resultados:** Foram operados 39 doentes (média 65 anos, 61.5% mulheres). A complicação mais frequente foi a coleção intra-abdominal (17,9%). Mortalidade hospitalar de 2.6%. O diâmetro médio das lesões foi 27mm (6-60), sem associação entre dimensões e grau de atipia ($p=0.121$). Havia adenocarcinoma sobreposto em 17.9%, todos DP e fenótipo intestinal ou pancreático-biliar;

displasia leve em 61.5%; grave em 10.3%. Verificámos associação entre fenótipo e grau de atipia ($p=0.001$): gástrico – ausência ou displasia leve; intestinal – displasia grave ou transformação maligna; pancreático-biliar ou misto – quer displasia leve, quer transformação maligna. Encontrámos ainda associação entre origem e grau de atipia ($p=0.026$): só 1 DS tinha displasia grave (5.3%); já nos DP, 42.9% tinham displasia grave ou adenocarcinoma. **Discussão:** Nos IPMN dos tipos DP/mistos a exérese é recomendada. Nos DS é aceitável controlo imagiológico na ausência de estigmas de malignidade. Na nossa série a transformação maligna está associada ao subtipo intestinal ou pancreato-biliar e aos DP.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de São João (1)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Vítor Devezas(1), Tiago Machado(1), Manuel Oliveira(1), Hugo Santos-Sousa(1), Luís Afonso Graça(1), J. Costa Maia(1)
CONTACTO: Vítor Bruno dos Santos Devezas
EMAIL: vitor.devezas7@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 49)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Ruptura espontânea de abscesso hepático por Raoultella planticola**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O abscesso hepático piogénico (AHP) é uma entidade rara mas potencialmente fatal. O avanço de técnicas diagnósticas e da antibioterapia têm sido essenciais no seu tratamento. Cerca de 40% apresentam complicações, sendo a ruptura espontânea rara. O agente patogénico mais comum é a E. coli e na literatura pesquisada conseguimos encontrar apenas um caso descrito de AHP por Raoultella planticola. Como opções de tratamento, em AHP pequenos pode ser efetuada drenagem percutânea associada a antibioterapia, mantendo-se o tratamento cirúrgico como terapêutica primária no caso de peritonite. **Resultados:** Os autores descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino, 77 anos, com antecedentes de diabetes mellitus e carcinoma da próstata, que recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal e febre. Ao exame objetivo apresentava dor abdominal com defesa, analiticamente leucocitose com neutrofilia e aumento da PCR. Realizou tomografia computadorizada que demonstrou abscesso hepático com 5,5 x 5,3 cm e pneumoperitônio. Foi submetido a laparotomia exploradora tendo-se constatado ruptura espontânea do abscesso com peritonite bacteriana, foi efetuada lavagem e drenagem. O doente realizou 14 dias de antibioterapia endovenosa no internamento e 6 semanas de antibioterapia oral no domicílio. Aos 4 meses de seguimento encontra-se assintomático. **Discussão:** Pela elevada mortalidade do AHP é essencial o seu diagnóstico e tratamento atempado. Este caso é relevante quer pela raridade da ruptura quer do agente etiológico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Catarina Longras, Marta Martins, Rita Lourenço, Catarina Nora, André Magalhães, Diana Brito, Cristina Carvalho,



Hugo Mesquita, Ricardo Moreira, José Monteiro, João Lima Reis, Pinto Correia

CONTACTO: Ana Catarina M Longras

EMAIL: aclongras@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 244)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Quando um azar nunca vem só**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O pneumoperitoneu apresenta várias etiologias, sendo a mais comum a perfuração de víscera oca. As indicações para cirurgia de urgência na neoplasia do cólon são a oclusão, hemorragia ou a perfuração estando a mortalidade e morbilidade aumentada em contexto de urgência. **Material e Métodos:** Doente sexo masculino, 48 anos, com antecedentes de alcoolismo, deu entrada no SU com abdómen agudo. O rx revelou pneumoperitoneu pelo que foi colocada indicação cirúrgica urgente. **Resultados:** Intra-operatoriamente verificou-se presença de peritonite generalizada com conteúdo alimentar na cavidade abdominal, devido a perfuração cecal condicionada por neoplasia estenosante do cólon transverso. Realizada hemicolectomia direita + esplenectomia por lesão iatrogénica do baço. A anatomia patológica revelou um adenocarcinoma do cólon, tumor neuroendócrino do apêndice e metastização do baço. **Discussão:** A presença de um pneumoperitoneu com abdómen agudo tem indicação cirúrgica urgente, neste caso para além do adenocarcinoma do cólon, foi ainda indentificado um tumor neuroendócrino do apêndice e, devido a uma lesão iatrogénica a metastização esplénica.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Pimenta de Castro J, Pedro V, Silva Melo D, Mateus N, Escrevente R, Pereira LG

CONTACTO: João David do Vale Pimenta de Castro

EMAIL: jdpimenta.castro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 6)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Mais baço que “barriga”!**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A doença primária do baço é rara, sendo este mais frequentemente envolvido em diversas doenças hematológicas. O hipersplenismo é caracterizado por um aumento do volume do baço, uma diminuição dos elementos celulares do sangue, um aumento da hematopoiese na medula óssea e uma melhoria ou normalização completa do hemograma após esplenectomia. **Material e Métodos:** Apresentamos o caso de uma doente de 57 anos, seguida em consulta de Hematologia desde 2011 por bicitopenia. Em 2016 houve um agravamento do estado clínico com dor epigástrica, sensação de enftamento e aumento do volume abdominal. Ao exame objetivo palpava-se uma massa que interessava o hipocôndrio direito, epigastro e quadrantes esquerdos. Os exames complementares de diagnóstico revelaram uma esplenomegalia com mais de 30cm. Dada a presença de pancitopenia grave (hemoglobina 7mg/dL, leucocitos 2100, plaquetas 66000) propôs-se a doente

para esplenectomia. **Discussão:** Pelas dimensões do baço, foi considerado estar contraindicada a abordagem laparoscópica pelo que se optou por realizar esplenectomia por laparotomia mediana. A peça apresentava 35x21x8cm e pesava 4170mg. O exame histológico revelou uma esplenomegalia granulomatosa. No primeiro dia pós operatório ocorreu uma subida dos níveis de plaquetas (para 119000) e leucocitos (para 9700). A doente teve alta ao 3º dia. Atualmente a doente encontra-se bem, com hemoglobina de 13.1 mg/dL, leucocitos 9900 e plaquetas de 703000.

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Eiró, F.; Botelho, P.; Souto, R.; Oliveira, G.; Onofre, S.; Luz, C.; Santos, J.C.; Corte Real, J.

CONTACTO: Filipa Clara Eiró

EMAIL: filipa_eiro@yahoo.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 277)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **GIST multifocal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores gastrointestinais do estroma (GIST) são neoplasias originárias das células precursoras intersticiais de Cajal que expressam o proto-oncogene c-Kit. Ocorrem tipicamente acima dos 50 anos, variam de assintomáticos a sintomas como dor/massa abdominal, anemia e hemorragia digestiva. Mais de 95% dos GIST são tumores solitários, com doença primária multifocal em formas familiares, pediátricas e em associação a algumas síndromes. **Material e Métodos:** Apresenta-se caso de mulher de 81 anos, com internamento por hemorragia digestiva alta. Na endoscopia (EDA): lesão ulcerada com 2 vasos visíveis na grande curvatura do corpo proximal e lesão subepitelial na parede posterior do corpo médio. Fez estudo complementar em ambulatório com tomografia computadorizada, repetiu EDA e ultrassonografia endoscópica, descrevendo-se 2 lesões gástricas heterogéneas de 5x4 e 3x2cm, prováveis GIST. Realizada laparoscopia, convertida em gastrectomia total com gastro-jejunostomia em Y de Roux. **Resultados:** Histologia da peça: exérese completa das neoplasias, positividade para CD117; maior nódulo de 6.3x5.5x6cm, alto grau histológico e grupo prognóstico 6a- GIST maligno; menor nódulo 3.5x2.8x2cm, baixo grau histológico e grupo prognóstico 2-GIST benigno. Foi posteriormente orientada para o IPO- Porto. **Discussão:** Os GIST são neoplasias pouco frequentes do trato gastrointestinal, e ocorrem normalmente como tumores solitários. A presença de lesões esporádicas síncronas em doentes idosos é rara. O único tratamento curativo é a ressecção cirúrgica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica

AUTORES: Diana Brito, Ana Cristina Carvalho, Carlos Santos Costa, Andreia Santos, Juliana Oliveira, Manuel Ferreira, Washington da Costa, Pinto Correia

CONTACTO: Diana Souto Brito

EMAIL: dianasoutobrito86@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 464)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **As aparências iludem**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O principal problema dos tumores benignos do fígado é o seu diagnóstico, que deve ser feito preferencialmente por métodos não invasivos. Os autores apresentam um caso original de ruptura de uma aparente hiperplasia nodular focal (HNF) previamente diagnosticada. **Material e Métodos:** Sexo feminino, 22 anos, assintomática, sem patologia associada, com uso de contraceptivos orais durante 4 anos. Em Agosto de 2009 por ligeira elevação das transaminases é diagnosticada uma lesão focal hepática de grandes dimensões sugestiva de HNF, com marcadores tumorais normais. Discutida em reunião multidisciplinar, foi decidida vigilância e suspensão de contraceptivos orais. Em Setembro de 2015, após uma gravidez sem intercorrências e 6h após o parto, é diagnosticada rotura de tumor hepático com hemoperitônio, controlado inicialmente com arteriografia e embolização selectiva sendo submetida a ressecção hepática após resolução do quadro agudo, que consistiu numa bi-segmentectomia do IVb/V. **Resultados:** Cirurgia sem intercorrências. Alta ao 3º dia de pós-operatório. Histologia confirma adenoma hepatocelular não classificável de 15cm com focos de transformação em carcinoma hepatocelular muito bem diferenciado. Sem evidência de doença 1 ano de pós operatório. **Discussão:** Mesmo em centros especializados, os tumores benignos do fígado podem constituir um desafio diagnóstico. Uma abordagem multidisciplinar é fundamental no tratamento destes tumores, sobretudo em situações urgentes onde o papel da radiologia de intervenção é crucial.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central

SERVIÇO: Centro Hepato-Bílio-Pancreático e de Transplantação, Hospital Curry Cabral, CHLC (Director: Prof. Dr. Eduardo Barroso)

CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bílio-Pancreática

AUTORES: Mafalda Sobral, Sílvia Gomes da Silva, Hugo Pinto Marques, Américo Martins, Eduardo Barroso

CONTACTO: Mafalda Sobral

EMAIL: mafaldasnsobral@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 284)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Doença de Paget da Mama: Análise do tipo de tratamento ao longo de um período de 14 anos**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A doença de Paget da mama (DP) é uma forma rara de apresentação do cancro da mama e pode surgir isoladamente ou associada a carcinoma in situ (CDIS) ou invasor (CI). O objetivo deste estudo foi analisar os resultados do tratamento de doentes com DP num período de 14 anos. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de doentes tratadas entre 2002 e 2016, com diagnóstico histológico de DP. **Resultados:** Foram incluídas 68 doentes com mediana de idade de 57 anos. Apenas 40% dos casos apresentavam alterações do complexo areolo-mamilar (CAM), 81,5% alteração imagiológica e 43,1% lesão palpável. Realizada mastectomia total (MT) e estadiamento ganglionar em 85% dos casos. Até 2007 a maioria das doentes era submetida a MT, verificando-se

um aumento da taxa de cirurgia conservadora (CC) nos últimos anos. Em 76% dos casos a DP associou-se a CI e em 20% a CDIS. Apenas 2 doentes apresentaram DP isolada. Verificou-se maior incidência de lesão palpável e alteração imagiológica nas doentes com CI associado (p<0,05). A CC foi mais frequente no grupo da DP com CDIS (p<0,05). O follow-up médio foi de 76,8 meses. A recidiva ocorreu exclusivamente no grupo com CI submetidas a MT. A sobrevivência aos 5 e 10 anos na associação ao CI foi de 65,3% e 51,7%, respetivamente. **Discussão:** A DP isolada é rara, e quando associada a CDIS tem um prognóstico excelente. A recidiva na associação ao CI depende da biologia do componente invasor e pode ocorrer mesmo após MT. A presença de DP associada a CI não deve excluir a opção de CC com excisão total do CAM.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

SERVIÇO: (1)Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa EPE; (2) Serviço de Cirurgia Geral, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPE; (3) Serviço de Anatomia Patológica, IPO Porto; (4) Serviço de Oncologia Cirúrgica, IPO Porto

CAPÍTULO: Cirurgia Mamária

AUTORES: Sílvia da Silva (1), Ana Teresa Bernardo (2), Mónica Fari- nha (3), Conceição Leal (3), Donzília Brito (4), Joaquim Abreu de Sousa (4)

CONTACTO: Sílvia Raquel Coelho da Silva

EMAIL: silviaraquelcsilva@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 25)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Isquemia crítica do membro inferior: Nem todas as úlceras obrigam à amputação**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A isquemia crítica do membro inferior (MI) ocupa posição final no espectro da doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), e conduz à amputação major em 10 a 40% dos casos. Devem esgotar-se todos os recursos antes desta alternativa terapêutica. **Resultados:** Homem, 53anos, fumador, DAOP bilateral dos MI grau III – IV La-Fontaine/estádio VI Rutherford, maior expressão à esquerda. Em 2013, endarterectomia da artéria femoral (AF) comum e bypass femoropoplíteu (F-P) com prótese. Em 2015, por trombose desta, fez bypass femoro-femoral (F-F). A 20/05/2016, volta à Cirurgia Vascul. O registo é: "Isquemia irreversível do pé com exposição tendinosa da face externa da perna. Discutido com doente a única opção neste momento, amputação SG, que o doente recusa". A 06/06, referenciado à nossa consulta: Feito desbridamento e colheita microbiológica (Streptococcus C). É internado. A 26/06, angiografia do MI: "Oclusão da AF superficial esquerda na origem. Bypass F-P esquerdo trombosado. Bypass F-F permeável". Observa-se efeito de roubo. Revascularização endovascular em CrossOver impossível. Acesso retrogrado pela tibial anterior permitiu repermeabilização subintimal do eixo femoral. Tratamento local: Vacuoterapia com instilação de Octenidina e, posteriormente, em gel. Alta às 7 semanas com conservação funcional do MI. **Discussão:** A abordagem multidisciplinar evitou a amputação proposta. O tratamento endovascular mostrou ser alternativa à cirurgia. Os ganhos em qualidade de vida justificam o investimento.



HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Serviço de Dermatologia e Venereologia (1), Serviço de Cirurgia Geral (2), Serviço de Radiologia (3)
CAPÍTULO: Cirurgia Vasculard
AUTORES: Duarte, B.(1); Borges, A.S. (1); Neves, J.(2); Formiga, A.(2); Bilhim, T.(3)
CONTACTO: Bruno Manuel Ferreira Duarte
EMAIL: brunoduarte@campus.ul.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 281)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Trissectorectomias – revisão casuística**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia de ressecção hepática é uma ferramenta terapêutica fundamental no tratamento da doença neoplásica, primária ou secundária. É, em muitas situações, a única opção de tratamento com intuito curativo. A extensão da ressecção é de extrema importância, sendo o volume hepático remanescente o principal fator preditivo de complicações pós-operatórias e de mortalidade. Os autores pretendem apresentar a sua experiência com trissectorectomias hepáticas. **Material e Métodos:** Análise descritiva e crítica de casos clínicos de doentes submetidos a trissectorectomia no período decorrido entre janeiro de 2014 e outubro de 2016. **Resultados:** A série inclui 7 doentes, com média de idades de 55,3 anos (39-69 anos), predominantemente do sexo masculino (71,4%). Em 4 deles, a indicação cirúrgica foi a existência de metástases de adenocarcinoma colo-rectal. Nos restantes 3, o diagnóstico de colangiocarcinoma foi a indicação para ressecção hepática major. Houve morbilidade em 5 doentes e necessidade de reintervenção em 3 doentes. Sem mortalidade intra-hospitalar. **Discussão:** A hepatectomia major é muitas vezes o único tratamento possível em lesões de grandes dimensões ou múltiplas. O impacto biológico do procedimento cirúrgico e o risco elevado de morbimortalidade implicam uma seleção criteriosa dos candidatos e uma rigorosa discussão multidisciplinar.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: HEBIPA – Unidade Hepatobiliopancreática, Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática
AUTORES: Catarina Morais, Ezequiel Silva, Pedro Nuno Brandão, Vítor Costa Simões, Cecília Pinto, António Canha, Paulo Soares, Jorge Daniel, Donzília Sousa Silva, José Davide
CONTACTO: Catarina Morais
EMAIL: catarinaamfernandes@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 373)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Angioedema intestinal associado ao IECA: Apresentação rara de abdómen agudo**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os inibidores da enzima convertora da angiotensina (IECA) são fármacos amplamente utilizados no tratamento da hipertensão. Constituem uma das principais causas de angioedema induzido por fármacos, com uma incidência superior a 0,5%. A maioria dos casos cursa com envolvimento da língua, lábios, face ou via aérea superior. A forma de apresentação com edema intestinal, cursando com dor abdominal, é rara, e como

tal, menos reconhecida e diagnosticada. **Resultados:** Apresentamos um caso de uma mulher com 36 anos com história de pré-eclâmpsia e de uma cesariana há 1 mês. Medicada com metildopa 250mg (0+0+1) e perindopril 4mg (1+0+0, iniciado há 3 dias). Recorre ao SU por quadro de dor abdominal com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo: hemodinamicamente estável; apirética; abdómen depressível, doloroso à palpação do hipogastro com dor à descompressão. TC abdomino-pélvico com líquido livre em todos os quadrantes e espessamento de ansas do jejuno. Realizada laparoscopia exploradora com evidência de líquido livre seroso, sem outras alterações. Alta melhorada. Episódio semelhante 1 mês depois. Estudo de doenças inflamatórias intestinais negativo. **Discussão:** Admitido angioedema intestinal associado a iECAs. Após suspensão do perindopril, sem novos episódios de dor abdominal (follow-up de 8 meses). A resolução do quadro após suspensão do fármaco reforça o diagnóstico.

HOSPITAL: Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral, (2) Serviço de Radiologia
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Rafaela Parreira (1), Rui Amaral (2), Teresa Elói (1), Luís Amaral (1), Ana Goulart (1), Ana Teresa Bernardo (1), Rita Castro (1), Catarina Moura (1), Miguel Almeida (1), Maria Inês Leite (1), António Silva Melo (1)
CONTACTO: Rafaela Parreira
EMAIL: rafaelparreira89@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 171)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Tratamento cirúrgico de patologia das glândulas salivares – experiência de um serviço de Cirurgia Geral de um hospital terciário**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As neoplasias das glândulas salivares englobam um vasto conjunto de lesões heterogêneas do ponto de vista patológico e biológico, cujo diagnóstico nem sempre é fácil. Este trabalho pretende descrever a experiência no diagnóstico e tratamento cirúrgico da patologia das glândulas salivares. **Material e Métodos:** Revisão retrospectiva de dados clínicos e demográficos de 197 doentes submetidos a sialoadenectomias entre 2005 e 2016. **Resultados:** Neste período foram operadas 93 mulheres e 104 homens, com uma mediana de 55 anos de idade ao diagnóstico. Em 70% a glândula afectada foi a parótida e em 30% a submandibular. A cirurgia realizou-se por patologia inflamatória em 18%, neoplasia benigna em 70% e neoplasia maligna em 12% dos casos (com uma morbilidade geral de 50%, permanente em apenas 7% dos casos). No último grupo, 91% eram sintomáticos e o diagnóstico pré-operatório por citologia (FNAC) foi de benignidade em 26%. A maioria (62%) encontravam-se no estadio I e II, com uma ressecção R0 em 50% dos casos. Cerca de 61% realizaram radioterapia adjuvante e um doente também foi submetido a quimioterapia paliativa. Durante o follow-up mediano de 47 meses, constatou-se uma sobrevida de 70% e recidiva em 2 doentes. **Discussão:** A grande diversidade de neoplasias das glândulas salivares dificulta o diagnóstico e estratificação do risco pré-operatório. A cirurgia é o gold standard no tratamento das neoplasias benignas e malignas de baixo grau. Nos restantes casos é necessária uma abordagem multidisciplinar para melhorar a sobrevida



HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar S. João
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Ana Fareleira, Beatriz Caldeira, João Capela, L Matos Lima, J Costa Maia
CONTACTO: Ana Fareleira
EMAIL: ana_ct_fareleira_@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 354)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Hidatidose Hepática – Uma raridade actual**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hidatidose hepática é uma zoonose parasitária, cujo agente etiológico mais frequente é o céstodo do género *Echinococcus*. A doença é geralmente transmitida ao humano através da ingestão de água ou alimentos contaminados. Cerca de 60% dos casos manifestam-se por doença hepática. Em Portugal, a incidência é de cerca de 2.2 casos/100000 habitantes, concentrando-se a maioria dos casos (77%) na região do Alentejo. **Material e Métodos:** Doente de 36 anos, sexo masculino, com queixas de enfartamento precoce associado ao aparecimento de massa indolor no hipocóndrio direito de crescimento progressivo. Meios complementares imagiológicos mostraram duas formações quísticas hepáticas multiloculadas, ocupando os segmentos II e III e o segmento IV, respectivamente. Serologia confirmou infecção por *E. granulosus*. **Resultados:** Realizou esquema de tratamento pré-cirúrgico, com Albendazol 500mg 12/12h durante 15 dias, sendo depois submetido a quistectomia total seg. II e III e periquistectomia seg. IV. Prolongou terapêutica médica com benzimidazol durante 30 dias após o procedimento. Ao final de um mês de pós-operatório, apresenta controlo ecográfico sem evidência de lesões quísticas hepáticas. **Discussão:** A indicação para tratamento cirúrgico da hidatidose hepática mantém-se para doentes com quistos multiloculados, assim como para quistos uniloculares tipo III de Gharby resistentes a terapêutica médica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral III – Hospital de Santa Cruz (1)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Rombo, N. (1); Macedo, T. (1); Martinho, A. (1); Magro, P. (1); Fernandes, R. (1); Messias, H (1).
CONTACTO: Nuno Miguel da Cunha Rombo
EMAIL: nrombo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 217)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Factores de Prognóstico na Pancreatite Aguda – Comparação de Scores e Biomarcadores nas Primeiras 48H em Estudo Prospectivo Multicêntrico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Variáveis clínicas, analíticas e scores (S.) prognósticos de pancreatite aguda (PA) foram identificados, mas poucos estudos os comparam. Neste estudo procura-se clarificar o seu valor preditivo de gravidade na PA, nas primeiras 48h. **Material e Métodos:** Estudo prospetivo multicêntrico de 199 doentes admitidos por PA durante 12 meses. Análise comparativa das variáveis estudadas e determinação do seu valor prognóstico.

Resultados: O risco de complicação (compl.) local e/ou sistémica à admissão (ad.) associou-se à presença de SIRS e derrame pleural (DP), e às 48h ao ↑procalcitonina e ↑colesterol HDL. O agravamento do S. Glasgow e elevação do APACHEII, Ranson, HAPS e BISAP também se associaram a maior risco de compl. A ausência de necessidade de fluidoterapia >6L nas primeiras 24h foi protetora. O risco de doença grave foi mais frequente na presença de SIRS às 48h; e com elevação do APACHEII, Ranson, BISAP, HAPS e Marshall. Proteção foi conferida pelo não agravamento deste último. Lactatos elevados na ad., a presença de DP e falência de órgão persistente às 48h revelaram-se fatores preditivos para gravidade e compl. O risco de mortalidade verificou-se na presença de DP na ad./48h, SIRS na ad., ↑lactatos às 48h, bem como com a elevação de todos os Scores às 48h. **Discussão:** A criteriosa avaliação inicial e a monitorização de biomarcadores e S. de gravidade nas primeiras 48h permitem antever complicações e sinalizar precocemente doentes com maior risco.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do CHVNG/E (1), Serviço de Cirurgia geral do CHTS (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Leite, M (1); da-Silva, S (2); Queirós, T (1); Fernandes, V (2); Liberal, M (1); Carrapita, J (1); Rocha, M (2); Pinto-de-Sousa, J (2); Maciel-Barbosa, J (1).
CONTACTO: Mariana Pereira Leite
EMAIL: marianaleite85@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 568)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **O Recurso à Cirurgia na Colite Amebiana: a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A amebiase é uma doença comum nas zonas subdesenvolvidas. O agente etiológico é a *Entamoeba histolytica*, transmitido geralmente por água ou alimentos contaminados. O atingimento do cólon por este parasita normalmente cursa com diarreia aquosa, com sangue ou cronicamente como uma doença inflamatória intestinal. **Material e Métodos:** Apresentação de um caso clínico **Resultados:** Homem, 48 anos, residente em Angola, previamente saudável, com história de diarreia com sangue e muco, dor abdominal, proctalgia, incontinência fecal, febre e perda ponderal. Analiticamente com leucócitos e aumento da PCR. Realizou colonoscopia que revelou “ulceração ano-rectal, áreas de eritema e erosões “em alvo” no recto; até aos 45cm, com aspecto “em pedra de calçada”. A Enterotomografia computadorizada: “espessamento parietal do recto, sigmóide e cólon descendente” e o estudo das fezes identificou *Entamoeba histolytica*, que permitiu o diagnóstico de colite amebiana. Após alguns cursos terapêuticos inclusive com imunossuppressores mantinha sintomatologia e lesões endoscópicas, com estenose sigmoideia ulcerada. Foi proposto para sigmoidectomia por via laparoscópica com boa evolução da doença. **Discussão:** A colite amebiana é endémica nos países tropicais. e tem vindo a ser observada de forma crescente nos países desenvolvidos devido ao aumento da mobilidade populacional. Geralmente curável com terapêutica médica, contudo pode necessitar de



tratamento cirúrgico nos casos de falência terapêutica, complicações ou sequelas doença.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Central
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Sofia Frade, Clara Sampaio, Sofia Pina, Helder Viegas, Carlos Almeida
CONTACTO: Sofia Alexandra Marques Frade
EMAIL: samfrade@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 577)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Insulinoma da cauda do pâncreas, apresentação de caso clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Insulinoma é uma neoplasia que pertence ao grupo de tumores neuroendócrinos do pâncreas, embora raro, é o mais frequente entre eles. Tem origem nas células β , que segregam ectopicamente insulina de forma descontrolada, o que resulta em hipoglicémias em jejum sintomática e resolução rápida das queixas pela administração de glicose (Tríade de Whipple). São geralmente de dimensões pequenas ($\geq 90\%$ são ≤ 2 cm), únicos (90%) e apenas 5-15% são malignos. Localizam-se maioritariamente no pâncreas, com distribuição equitativa pela cabeça, corpo e cauda. A sua incidência é de cerca de dez casos por milhão de habitantes. **Material e Métodos:** Revisão de processo clínico e literatura **Resultados:** Os autores apresentam um caso de um doente com 67 anos, do sexo masculino, com antecedente familiar de neoplasia do pâncreas indeterminada, sem antecedentes de diabetes ou de toma de antidiabéticos orais, que recorreu ao SU por quadro de alteração do estado de consciência com hipoglicemia de 8mg/dL. Analiticamente com aumento da insulinemia de cerca de 3 vezes o normal. A RMN revelou nódulo de 8mm na cauda do pâncreas justa hilo esplênico e PET com foco de captação anómala de ^{68}Ga -DOTA-NOC. Foi proposto para tratamento cirúrgico com Pancreatectomia caudal laparoscópica. **Discussão:** A ressecção cirúrgica do tumor é o tratamento indicado nestes doentes. Está indicada a monitorização sequencial das glicemias durante o procedimento, sendo frequentemente observados valores hiperglicémicos após a remoção do tumor.
HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, EPE
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Magalhães, André G.; Magalhães, Jorge; Moreira, Ricardo; Santos, Teresa; Brito, Diana; Carvalho, Ana Cristina; Martins, Marta; Costa, Paula; Ferreira, M^a Salete; Castro, Artur; Pinto Correia
CONTACTO: André Graça Magalhães
EMAIL: n.a.g.m89@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 68)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **Hemorroidopexia de Longo vs Hemorroidectomia de Milligan Morgan**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A patologia hemorroidária comporta uma grande morbidade e impacto para a qualidade de

vida do doente. As opções terapêuticas são várias e abrangem desde medidas não farmacológicas, os tratamentos médicos, as técnicas endoscópicas e a cirurgia. As opções cirúrgicas incluem a hemorroidectomia de Milligan Morgan e a hemorroidopexia de Longo. **Material e Métodos:** Estudo coorte retrospectivo que inclui os doentes submetidos a intervenção cirúrgica de tratamento de hemorroidas entre 1/1/2010 e 31/12/2013. Foram criados 2 grupos de doentes: os submetidos a hemorroidectomia de Milligan Morgan e a os submetidos a hemorroidopexia de Longo. O tratamento estatístico foi realizado utilizando o Excel e SPSS. **Resultados:** Foram incluídos 134 doentes. O grupo 1 doentes a quem foi realizada hemorroidectomia (n=77) e o grupo 2 (n=55). Foram comparados os dois grupos quanto aos aspectos sintomáticos como em relação à cirurgia e complicações **Discussão:** As técnicas cirúrgicas comparadas apresentam resultados sobreponíveis. Apesar dos avanços técnico-científicos ainda não existe um método consensual.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Tiago Louro, Magda Alves, Margarida Brilhante, Francisco Rodrigues
CONTACTO: Tiago Xavier Louro
EMAIL: tiago.x.louro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 294)

SESSÃO: PO 4

TÍTULO: **GIST gástrico gigante – do diagnóstico ao tratamento**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os GISTs (Gastrointestinal Stromal Tumors) são neoplasias mesenquimatosas raras e potencialmente malignas. A cirurgia mantém um papel central para a cura destes tumores, ainda que desenvolvimento de uma terapêutica dirigida, nomeadamente com os inibidores da tirosina cinase tenham permitido o melhor controle da doença. Os autores documentam um caso de um GIST gástrico gigante. **Material e Métodos:** Paciente do sexo masculino, 65 anos, que recorre ao SU por dor abdominal. Realizada TC abdominal que revela na face anterior do estômago lesão tumoral com crescimento endoluminal e 57mm de maior diâmetro. Efetuada EDA: volumosa neoplasia submucosa; realizadas biopsias: mucosa histologicamente normal. Submetido a ressecção laparoscópica de tumor submucoso gástrico, que decorreu sem intercorrências. **Resultados:** Anatomia Patológica: massa de 10,5 cm de diâmetro, que ultrapassa a serosa. Ki67 de 30-35%, índice mitótico de 16-20 (50 c.g.a.); negativo para CD117, positivo para CD34; mutação no exão 18 de PDGFRA. GIST gástrico proposto em Consulta de Grupo Oncológico para tratamento adjuvante com sunitinib. **Discussão:** As mutações do gene PDGFRA representam até 10% das encontradas no GISTs, geralmente com baixo índice mitótico e bom prognóstico. Neste caso, ainda que os princípios cirúrgicos de remoção em bloco sem violação da pseudocápsula tenham sido cumpridos, a dimensão tumoral é factor de risco para malignidade. A terapêutica adjuvante constitui um desafio nos casos de resistência ao imatinib.
HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica



AUTORES: Ana Marta Pereira, Jessica Neves, Tiago Fonseca, Joana Magalhães, Rui Ferreira de Almeida, Artur Trovão Lima, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Ana Marta Pinheiro Pereira
EMAIL: martappereira@hotmail.com

SALA 9 2017-03-16 14:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 206)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: Pé diabético: tratamento de urgência
RESUMO: Objetivo/Introdução: O pé diabético é uma das complicações mais graves da diabetes mellitus (DM), sendo a causa de amputação não traumática do membro inferior (MI) mais frequente. O diagnóstico e terapêutica precoce é fundamental para evitar desfechos frequentes como a amputação major ou a sépsis. O médico de urgência, primeiro interveniente, deve ser capaz de reconhecer e tratar adequadamente esta entidade clínica. **Resultados:** Homem, 65 anos, raça negra, com DM tipo II desde há 10 anos, não insulino-tratado. Observado no Serviço de Urgência por gangrena húmida do 3º dedo do pé direito e placas de necrose na sua face dorsal, com sinais inflamatórios perilesionais e repercussão sistémica. Admitiu-se pé diabético com infeção PEDIS grau IV, optando-se por drenagem imediata e amputação do 3º dedo. Iniciou-se antibioterapia de largo espectro. O estudo vascular dos MI e a revascularização endovascular foram realizados a curto prazo. O tratamento das comorbilidades foi assegurado por um trabalho multidisciplinar. A evolução foi favorável, tendo alta ao fim do 65º dia com conservação do MI e autonomia completa. **Discussão:** Este caso ilustra a importância de uma abordagem agressiva e precoce do pé diabético. A expressão time is tissue é paradigmática desta grave complicação da DM. Drenagem urgente, antibioterapia empírica de largo espectro e controlo das comorbilidades formam a tríade terapêutica inicial para conter o processo destrutivo. Se indicada, a revascularização é também de extrema importância.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central (1); Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Lisboa Central (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Vascular
AUTORES: Duarte, B. (1); Borges, A.S. (1); Neves, J. (2); Formiga, A. (2)
CONTACTO: Bruno Manuel Ferreira Duarte
EMAIL: brunoduarte@campus.ul.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 33)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: O desespero de quem espera por uma cirurgia
RESUMO: Objetivo/Introdução: Um dos problemas mais comuns nos sistemas de saúde e particularmente naqueles que têm uma estrutura predominantemente pública são os

elevados tempos de espera por cirurgia. **Resultados:** Apresenta-se um caso clínico de um doente de 77 anos, há 8 meses a aguardar cirurgia para cura de hérnia inguino-escrotal com importante condicionamento da qualidade de vida, admitido no serviço de urgência por ferimento auto-inflicido a nível do escroto com exteriorização de apêndice epiloico. Alegadamente com intenção de proceder ao tratamento cirúrgico da hérnia, o doente expressou uma situação de total desespero em relação à sua patologia. Foi submetido a cirurgia com excisão do apêndice epiloico, rafia de desperitonização do cego e hernioplastia inguinal com prótese tipo Lichtenstein. **Discussão:** Apesar de a grande maioria dos doentes em lista de espera não apresentarem doenças que colocam a sua vida em risco, estas podem ser origem de grande sofrimento e ter uma importante implicação na qualidade de vida, não devendo ser desvalorizadas e tornando essencial uma avaliação cuidada destes doentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia I – Hospital de São Francisco Xavier
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Filipa de Campos Costa, Cristina Moreia, Marta Sousa, Cristina Maia Santos, José Guerreiro
CONTACTO: Filipa de Campos Costa
EMAIL: filipacc@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 223)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: Degenescência quística de nódulo tiroideu – a propósito de um caso clínico
RESUMO: Objetivo/Introdução: Os nódulos tiroideus são uma condição comum, atingindo cerca de 4-7% da população adulta. A apresentação clínica varia do incidentaloma a queixas de massa cervical palpável. **Resultados:** Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, 50 anos, diabético e hipertenso, que recorreu ao serviço de urgência por massa cervical palpável. Realizou ecografia cervical com identificação de volumosa formação quística, 7,7 cm, que ocupava toda a hemitiroide esquerda, associada a gânglios jùgulo-carotídeos bilaterais. No RX do tórax foi identificado desvio traqueal direito. Analiticamente apresentava-se eutiroideu e efetuou citologia aspirativa com agulha fina da lesão que se revelou inconclusiva. Proposto para intervenção cirúrgica, constatou-se volumoso quisto, condicionando desvio da traqueia, e correspondendo a degenescência quística de todo o lobo tiroideu esquerdo. O exame histológico da peça revelou nódulo colóide com extensa degenescência quística, limitado por cápsula fibrosa e representação, na sua periferia, de parênquima tiroideu. O pós-operatório decorreu sem intercorrências **Discussão:** Apesar dos nódulos tiroideus serem comuns, a abordagem diagnóstica e cirúrgica pode ser desafiante. Neste caso, deparamo-nos com um achado intra-operatório pouco usual, no qual o lobo esquerdo da tiróide degenerou num quisto tiroideu de grandes dimensões.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Catarina Longras, Marta Martins, Rita Lourenço, Catarina Nora, André Magalhães, Diana Brito, Cristina Carvalho,



Diana Teixeira, Ricardo Moreira, Carla Marina Oliveira,
António Abreu, Pinto Correia

CONTACTO: Catarina Longras
EMAIL: aclongras@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 166)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Drepanotalassémia e abscesso esplénico: Caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A drepanocitose e a talassémia são as patologias hematológicas hereditárias autossómicas recessivas mais comuns que levam a complicações como a vaso-oclusão, a esplenomegalia e o enfarte esplénico. Os abscessos esplénicos são raros e podem ter diversas causas, incluindo a disseminação de focos sépticos distantes ou por contiguidade, sendo a zona de enfarte particularmente susceptível. **Material e Métodos:** Apresentamos o caso de um doente do género masculino, 55 anos, com quadro de sépsis grave por colecistite aguda e abscessos esplénicos, tendo sido realizada esplenectomia e colecistostomia de urgência. O pós-operatório imediato foi complicado por hematoma da loca esplénica que resolveu com tratamento conservador e o doente encontra-se actualmente assintomático. **Resultados:** A asplenia funcional observada nos doentes com patologia hematológica deste tipo acarreta uma maior susceptibilidade à infecção, que cursa também com maior gravidade. **Discussão:** O caso apresentado ilustra uma situação em que foi necessário realizar controlo de foco séptico através de esplenectomia e drenagem da vesícula biliar, com boa evolução clínica e baixa morbidade.

HOSPITAL: Hospital Litoral Alentejano, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral (1), Unidade de Cuidados Intensivos (2)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Sousa D. (1), Rocha V. (1), Vaz C. (1), Moreira P. (2), Allen M. (1), Marinho D. (1), Cruz A. (1), Ferreira A. (1), Santos D. (1), Claro M. (1), Martins JA. (1)
CONTACTO: Diogo Sousa
EMAIL: diogomdesousa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 428)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Lipoleiomioma da Parede Abdominal Anterior: a propósito de caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os lipoleiomiomas da parede abdominal são achados extra-uterinos raros, sendo confundidos muitas vezes com tumores ováricos. São mais frequentes em doentes em idade reprodutiva ou com história de terapia hormonal de substituição. Podem apresentar sintomatologia algica e compressiva. **Material e Métodos:** Doente de 69 anos, múltipara, com história de histerectomia e anexectomia esquerda aos 37 anos, sem história de terapia hormonal de substituição, encaminhada por massa pélvica, com 1 ano de evolução, inicialmente suspeita de lesão anexial direita. A doente apresentava queixas algicas frequentes e massa palpável no quadrante inferior direito. A RMN revelou massa na escavação pélvica à direita, adjacente à parede abdominal, com aparente dependência de ansa intestinal e sem plano de clivagem com o intestino delgado. **Resultados:** Foi realizada laparotomia exploradora onde se

avaliou massa de aproximadamente 6 cm, bem delimitada, endurecida, recoberta por peritoneu parietal, aderente à parede abdominal por pedículo, sem invasão de estruturas adjacentes. O exame anatomopatológico revelou lipoleiomioma da parede abdominal anterior, sem atipia celular.

Discussão: Apesar de frequentes a nível uterino, estas lesões são raras na parede abdominal, especialmente em doentes sem fatores de risco, colocando dificuldades diagnósticas diferenciais com outras massas expansivas abdominais. A doente do caso apresentou boa evolução no pós-operatório, tendo alta da consulta de Cirurgia.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil E.P.E (1); Serviço de Cirurgia C Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2)
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Baião, J.M. (1); Moreira, N. (2); Ferreira, J.J. (2); Gonçalves, A. N. (2); Martins, R. (1); Almeida, C. C. (2)
CONTACTO: José Miguel Pereira Baião
EMAIL: josempbaiao@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 39)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Metastização tiroideia de adenocarcinoma do cólon – a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As metástases na tiróide são raras, representando cerca de 1.5-7.5% de todas as neoplasias tiroideias. Mais frequentemente têm origem no cancro renal, do pulmão e da mama. **Resultados:** Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 64 anos de idade com metastização na tiróide e no pulmão de um adenocarcinoma do cólon. Foi submetida a sigmoidectomia em 2009, metastasectomia pulmonar direita em 2011 e lobectomia pulmonar direita em 2013. Dois anos após a última cirurgia, notou o aparecimento de uma tumefação cervical com rápido aumento de tamanho, caracterizada ecograficamente como um nódulo no lobo direito da tiróide, cuja PAAF classificou como provável neoplasia maligna secundária. Na TC foi ainda detetada metastização pulmonar de novo à esquerda. A doente foi submetida a lobectomia tiroideia direita e linfadenectomia regional confirmando-se o diagnóstico histológico de metástases de adenocarcinoma do cólon. Foi tratada, sequencialmente, com Radioterapia e Quimioterapia, estando viva 14 meses após o diagnóstico das últimas lesões secundárias. **Discussão:** Embora rara, a metastização tiroideia no carcinoma colorrectal deve ser considerada durante o follow-up dos doentes, pois acarreta um aumento significativo da morbimortalidade. Dado serem poucos os casos descritos na literatura não existe ainda uma terapêutica padronizada, sendo certo que a não adoção de medidas a curto prazo pode implicar a necessidade de uma traqueostomia urgente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Cirurgia C – CHUC
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Maria Inês Coelho, Luís S. Reis, Miguel Albano, C. M. Costa Almeida
CONTACTO: Maria Inês Coelho
EMAIL: coelho.m.ines@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 383)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Neoplasias raras do pâncreas**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O carcinoma indiferenciado do pâncreas com células gigantes tipo osteoclasto (CGTO) é uma variante do adenocarcinoma dos canais (< 1% tumores pancreáticos exócrinos). O carcinoma colóide (CC) do pâncreas é considerado um subtipo de IPMN (1-3% de todos os carcinomas pancreáticos) **Material e Métodos:** Descrição e documentação fotográfica **Resultados:** Homem, 44 anos, enviado por lesão acreditada de pseudocisto no contexto de pancreatite aguda. Biópsia aspirativa sugestiva de carcinoma fusocelular. Submetido a duodenopancreatocomia cefálica (DPC) sem complicações. **Histologia:** carcinoma indiferenciado com CGTO, pT2N0M0. Quimioterapia adjuvante. Sem recorrência aos 5 anos. Mulher, 80 anos, DPC por lesão sólida do istmo cuja biópsia aspirativa aponta para adenocarcinoma. **Histologia:** carcinoma anaplásico contendo CGTO, pT2N0M0. Aos 16 meses, metastização hepática. Decidido, em consulta multidisciplinar, tratamento sintomático, tendo falecido aos 24 meses após a cirurgia. Homem, 64 anos, pancreatite aguda prévia e suspeita imagiológica de IPMN. **RMN:** lesão cística na apófise unciforme. Submetido a DPC, cuja peça mostrou CC, pT3N1M0. Proposto para quimioterapia que não completou devido a infeção respiratória grave. Progressão da doença 5 meses após cirurgia, tendo falecido. **Discussão:** O diagnóstico de lesões pancreáticas em contexto de pancreatite deve contemplar a possibilidade de malignidade. Entidades neoplásicas raras não devem ser desprezadas.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE

SERVIÇO: HEBIPA – Unidade Hepatobiliopancreática, Serviço de Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática

AUTORES: Catarina Morais, Ezequiel Silva, Vítor Costa Simões, Cecília Pinto, António Canha, Paulo Soares, Jorge Daniel, Donzília Sousa Silva, José Davide

CONTACTO: Catarina Morais

EMAIL: catarinaamfernandes@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 378)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Distúrbio Bipolar associado ao Hiperparatireoidismo Primário: a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O hiperparatireoidismo primário pode estar associado a manifestações psiquiátricas tais como depressão, ansiedade, delírium ou sintomas psicóticos. O distúrbio bipolar secundário ao hiperparatireoidismo primário é uma entidade rara e parece estar relacionado com a hipercalcemia. **Resultados:** Apresentamos um caso de uma mulher, 62 anos, com história de episódios depressivos major. Recentemente com quadro de mania alternado de hipomania sugerindo distúrbio bipolar, não compatível com a patologia prévia, associado a polidipsia, poliúria e hipertensão. Analiticamente com elevação da creatinina (1.49 mg/dL) e da ureia (2.82 nmol/L) e na gasometria com cálcio ionizado de 2.14. O estudo da hipercalcemia evidenciou hiperparatireoidismo primário com cálcio sérico de 15mg /dL e PTH 983 pg/mL. Verificou-se

nódulo palpável na região cervical esquerda com dimensões ecográficas de 45x57x35mm, extratiroideu. Doseamento da PTH por punção aspirativa do referido nódulo foi >2500 pg/mL. TC Cervical e Torácico sem evidência de invasão de estruturas vizinhas ou adenomegalias. Submetida a paratireoidectomia esquerda inferior. O doseamento de PTH no pós-operatório foi de 209 pg/mL. Após cirurgia com normalização progressiva dos níveis de cálcio e estabilização do humor. Anatomia patológica revelou tratar-se de um adenoma da paratireóide. **Discussão:** Este caso reflete a importância de estabelecer um bom diagnóstico diferencial.

HOSPITAL: Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral, (2) Serviço de Psiquiatria, (3) Serviço de Anatomia Patológica

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Rafaela Parreira (1), Armando Medeiros (1), Rui Lopes (2), Vítor Carneiro (3), Teresa Elói (1), Ana Goulart (1), Ana Teresa Bernardo (1), Rita Castro (1), Catarina Moura (1), Miguel Almeida (1), Maria Inês Leite (1), António Silva Melo (1)

CONTACTO: Rafaela Parreira

EMAIL: rafaelaparreira89@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 269)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Linfangioma quístico retroperitoneal no adulto – a “zebra” dos quistos retroperitoneais**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O linfangioma quístico é uma entidade benigna congénita e rara, cujo diagnóstico no adulto é mais raro. Em 5% dos casos são intra-abdominais e 1% retroperitoneais. Os autores apresentam um caso clínico de um linfangioma quístico retroperitoneal (LQR) numa doente de 42 anos, revendo os seus desafios diagnósticos e terapêuticos. Com só 31 casos publicados nos últimos 10 anos, o LQR destaca-se como a “zebra” dos quistos retroperitoneais. **Material e Métodos:** Mulher de 42 anos foi enviada à Consulta de Cirurgia por apresentar lombalgia esquerda, hematuria e uma lesão quística com aparente origem pancreática detetada ecograficamente. Na TC abdominal observou-se lesão de 8cm com áreas quísticas e sólidas no interior, descrita como do corpo do pâncreas, estendendo-se inferior e anteriormente ao rim esquerdo. **Resultados:** Na laparotomia exploradora encontrou-se uma lesão quística retroperitoneal individualizada, que foi totalmente excisada. Pós-operatório sem intercorrências. A suspeita diagnóstica de LQR foi colocada e confirmada patologicamente **Discussão:** Os LQR são consideravelmente raros (1%), sobretudo na idade adulta. São geralmente assintomáticos, mas podem condicionar efeito de massa e/ou complicar-se. Apesar da TC e RMN serem essenciais na avaliação, o diagnóstico diferencial com lesões do pâncreas, fígado e rim é difícil, sendo usualmente feito intra-operatoriamente. A excisão cirúrgica completa é o melhor tratamento e o estudo patológico faz o diagnóstico definitivo. Um baixo limiar de suspeição é crucial no diagnóstico correcto.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

SERVIÇO: Serviço (1) Serviço de Cirurgia C, Hospital Geral – CHUC, Serviço (2) Serviço de Cirurgia Geral do IPO-Coimbra Francisco Gentil E.P.E., Serviço (3) Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados, Hospital Pediátrico-CHUC



CAPÍTULO: Outro
AUTORES: M.A. Silva (1), C. E. Costa Almeida (1), J. Baião (2), N. Laezza (3), L. Carvalho (1), C. Costa Almeida
CONTACTO: Marta Alexandre Faria Rodrigues da Silva
EMAIL: mafr.silva@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 173)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Carcinoma Anaplásico da Tiróide**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O carcinoma anaplásico representa 2% das neoplasias malignas da tireoide. Ao contrário dos carcinomas diferenciados, é agressivo e letal, com uma mortalidade de 100% e sobrevida de aproximadamente 6 meses após o diagnóstico. Este trabalho tem como objectivo avaliar o outcome de doentes com o diagnóstico de carcinoma anaplásico num hospital terciário. **Material e Métodos:** Realizou-se uma revisão retrospectiva de todos os doentes com diagnóstico de carcinoma anaplásico entre 1990 e 2016 **Resultados:** Neste período foram diagnosticados 13 doentes com carcinoma anaplásico da tiróide, com idade mediana de 70 anos. Cinco doentes encontravam-se no estadio IVb e 8 no estadio IVc; em 5 foi realizada traqueostomia/colocada prótese traqueal. Cinco doentes foram submetidos a tireoidectomia total (1 com esvaziamento cervical, tendo sido o único caso com ressecção R0), mas só em 5 foi possível realizar quimio ou radioterapia. Estes doentes apresentaram uma sobrevida mediana de 3 meses (0-11 meses) após o diagnóstico. **Discussão:** A diminuição da incidência do carcinoma anaplásico deve-se à optimização do diagnóstico e tratamento dos carcinomas diferenciados da tiróide bem como ao tratamento precoce do BMN. Apesar de raro, é imprescindível melhorar os métodos de diagnóstico e estadiamento dada a rápida progressão e invasão de estruturas adjacentes. A abordagem deve ser multidisciplinar, contudo a cirurgia melhora a qualidade de vida e sobrevida mesmo em doentes no estadio IVc.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de S. João
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Ana Fareleira, João Capela, L Matos Lima, J Costa Maia
CONTACTO: Ana Fareleira
EMAIL: ana_ct_fareleira_@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 572)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Schwannoma intraganglionar cervical: Um caso raro**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os Schwannomas primários intraganglionares são extremamente raros. Os autores encontraram menos de 10 casos descritos na literatura, sendo apenas um de localização cervical. **Material e Métodos:** Apresenta-se um caso de uma doente do sexo feminino, de 68 anos, com antecedentes pessoais de lobectomia esquerda há cerca de 9 anos por bócio uninodular não tóxico mergulhante, HTA, dislipidemia, doença venosa periférica e hipoacúsia neurosensorial bilateral. Encaminhada para a consulta de Cirurgia Geral

por nódulo tiroideu mergulhante no lobo direito. O estudo ecográfico revelou aumento do lobo direito com nódulo sólido no seu pólo inferior em direcção ao mediastino em localização paramediana direita. Submetida a totalização de tireoidectomia total sem intercorrências nos períodos intra-operatório e pós-operatório. **Resultados:** O relatório anatomico-patológico revelou aspectos compatíveis com Tireoidite de Hashimoto e um nódulo, com 6,5 cm, correspondente a Schwannoma intraganglionar. **Discussão:** Os Schwannomas intraganglionares parecem apresentar um comportamento benigno, no entanto, são importantes no diagnóstico diferencial de neoplasias de células fusiformes malignas.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Santos, V.; Rocha, J.; Girão, J.; Lages, P.; Mendes de Almeida J.
CONTACTO: Vanessa Rebelo dos Santos
EMAIL: vvassaa@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 491)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Somos o que comemos? A influência da dieta no carcinoma colorretal – Estudo preliminar**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A relação entre a dieta e a incidência do cancro está descrita de forma generalizada em todo o mundo. Até à data são escassos os estudos realizados na população portuguesa. O objetivo deste trabalho é compreender a influência da dieta no carcinoma colorretal (CCR). **Material e Métodos:** 74 doentes (M-33, H-41, idade média 67±13) com diagnóstico de CCR foram submetidos a um questionário de frequência alimentar (QFA). A conversão dos alimentos em nutrientes foi efetuada utilizando o software Food Processor Plus. A informação obtida permitiu caracterizar a adesão à dieta mediterrânea (mediSCORE, 0-9). **Resultados:** Os dados obtidos pelo QFA revelaram, em ambos os sexos, um aumento da ingestão de calorias, proteínas, hidratos de carbono, gordura, fibras, açúcares, vitaminas B12 e C, cálcio, sódio e ferro, em comparação com os valores nutricionais de referência (DRI's Institute of Medicine, National Academies). Em contraste, os valores de água, vitamina D e cloro encontraram-se abaixo do recomendado. A ingestão de diferentes alimentos não condiciona o local do aparecimento de CCR. Não se verificou uma forte adesão à dieta mediterrânea, não sendo possível estabelecer qualquer relação com a localização geográfica do doente nem com o local do aparecimento de CCR. **Discussão:** A dieta dos doentes participantes no estudo caracterizou-se pelo consumo generalizado de nutrientes acima dos valores nutricionais recomendados. Não foi possível estabelecer quaisquer outras correlações estatisticamente relevantes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Unidade de Biofísica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) (1), CNC.IBILI, FMUC (2), CIMAGO, Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, FMUC (3), Serviço de Cirurgia A, CHUC, Coimbra (4), Serviço de Cirurgia, IPO-CROC, Coimbra (5), Escola Superior de Saúde de Leiria (6)
CAPÍTULO: Investigação básica



AUTORES: Roxo R (1), Pires AS (1, 2, 3), Abrantes AM (1, 2, 3), Nemésio R (4), Jordão D (5), Guilherme C (1), Pereira C (6), Martins R (4), Martins R (5), Cristina I (5), Castro-Sousa F (4), Tralhão JG (1, 2, 3, 4), Botelho MF (1, 2, 3)

CONTACTO: José Guilherme Tralhão
EMAIL: jglrt@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 267)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Iatrogenia na laparoscopia – a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia laparoscópica é um procedimento amplamente usado como meio diagnóstico ou terapêutico, contudo, não é isento de risco. A fase de entrada na cavidade abdominal, correspondente ao estabelecimento do acesso laparoscópico e à criação do pneumoperitônio, constitui a fase crítica já que mais de 50% das complicações major associadas à laparoscopia ocorrem nesta etapa. **Material e Métodos:** Apresenta-se o caso de uma adolescente admitida no Serviço de Urgência com quadro clínico de apendicite aguda. Proposta a apendicectomia laparoscópica. Após confecção do pneumoperitônio e colocação do primeiro trocar, a doente ficou hemodinamicamente instável. Conversão para laparotomia constatando-se hemoperitônio, hematoma retroperitoneal e laceração da aorta abdominal infra-renal; procedeu-se a refixação da laceração. Angio-TC controlou revelou pseudoaneurisma de pequena dimensão em relação com a parede posterior da aorta imediatamente proximal à sua bifurcação. Orientada para Cirurgia Vasculosa, tendo sido submetida a refixação da laceração na vertente postero-lateral esquerda da aorta. **Discussão:** A lesão vascular major é a complicação mais temida aquando da inserção da agulha de Veress ou da colocação do primeiro trocar, a qual pode ocorrer dada a proximidade entre a parede abdominal e as estruturas vasculares retroperitoneais, sobretudo em doentes magros. A presença de hematoma retroperitoneal em expansão e de instabilidade hemodinâmica indicam a necessidade de exploração imediata por laparotomia.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral da ULSAM
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Mariana Leite, Manuel Ferreira, Aires Martins, Álvaro Gonçalves, Jesus Ventura, Ana Gonçalves, Alberto Midões
CONTACTO: Mariana Leite
EMAIL: marianalsleite@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 471)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Tumor síncrono da mama e do colon – relato de caso**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A existência de tumores síncronos é infrequente na prática clínica. Torna-se mais raro quando se trata de cancro da mama em homens, uma entidade com escassos estudos publicados quando comparado com a mesma patologia em mulheres. **Material e Métodos:** Apresentação de caso clínico **Resultados:** Doente do sexo masculino, de 46 anos, submetido a

cirurgia de Hartmann em contexto de urgência, por peritonite associada a adenocarcinoma do cólon sigmóide localmente avançado com perfuração. Na sequência de TC de estadiamento e posterior ecografia mamária com biópsia, foi diagnosticada neoplasia mamária direita com metástase axilar. Após mastectomia radical modificada com esvaziamento axilar direito, a anatomia patológica revelou tratar-se de um carcinoma ductal invasivo com receptores hormonais positivos e com envolvimento ganglionar axilar extenso. Encontra-se actualmente a realizar quimioterapia adjuvante ajustada a ambas as neoplasias. **Discussão:** Ainda que raras, as neoplasias malignas da mama em homens apresentam-se geralmente como carcinomas ductais invasivos com RE e RP positivos. O cancro síncrono colorrectal em doentes com neoplasias primárias colorretais é de cerca de 2,3% a 12,4% enquanto o tumor síncrono mamário em homens é 2%. Os dados sobre a incidência de coexistência tumores de mama e cólon em homens é escassa e com prognóstico reservado.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral (2) Serviço de Angiologia e Cirurgia vascular do CHLC – HSM
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Tiago Louro (1) Magda Alves (1) Ricardo Correia (2) Margarida Brilhante (1) Francisco Rodrigues (1)
CONTACTO: Tiago Xavier Louro
EMAIL: tiago.x.louro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 71)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **O Fournier que mascara o CCR**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Formas atípicas de apresentação de cancro colorrectal (CCR) derivam da invasão local/regional. O diagnóstico de CCR como primo-apresentação por Gangrena de Fournier (forma extrema da infecção necrotizante dos tecidos moles do períneo) é uma entidade rara com mau prognóstico oncológico **Material e Métodos:** Revisão do CCR localmente avançado através do caso: homem, 49 anos, diabético, desloca-se ao SU por dor e edema testicular apresentando infecção e necrose dos tecidos peri-anal, escrotal e inguinal. TC: abscesso peri-anal/peri-rectal posterior esquerdo com comunicação ao escroto e virilha, sem alterações do recto. Desbridamento cirúrgico e colocação de dispositivo de derivação fecal de urgência. No follow-up constatou-se endurecimento, friabilidade da mucosa rectal e dificuldade no encerramento das regiões cruentas do períneo. Recidiva de abscesso peri-anal 1 mês pós alta, realizou-se biópsia rectal: adenocarcinoma de tipo intestinal, G2. RMN de estadiamento: cT4 N+ M0 do recto. Realizou QRT neoadjuvante. Proposto para exenteração pélvica **Discussão:** Fístulas colotomias do CCR são raras por refletirem estadios avançados. Sintomas específicos de CCR prévios ao Fournier podem levar à suspeição diagnóstica. Excluídas causas urogenitais/dermatológicas, existindo sintomatologia peri-anal e toque rectal suspeito, deverá ser excluída a presença de CCR. As opções terapêuticas (incluindo a cirurgia oncológica) nestes casos são complexas, pois coexiste tecido infectado com tecido tumoral e tecido são

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE



SERVIÇO: Serviço de Cirurgia II1, HEM, CHLO. Serviço Cirurgia2, IPOLFG

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Sílvia Silva1; Ricardo Marques1; Ana Alves Rafael1; Luís Viana Fernandes1; Nuno Abecassis2; Rogério Matias1

CONTACTO: Sílvia Sofia Rodrigues e Silva

EMAIL: silviasrsilva@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 154)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Acuidade Diagnóstica da Biópsia Aspirativa da Tiróide na Abordagem do Nódulo da Tiróide – O que trouxe de novo a Classificação de Bethesda?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os nódulos da tiróide são comuns e maioritariamente benignos, com um risco de malignidade de 5-10%. A biópsia aspirativa da tiróide (BAT) é um exame importante para determinar o risco de malignidade e é parte integrante da avaliação do nódulo tiroideu, sendo os seus resultados classificados de acordo com Sistema de Bethesda, introduzido para uniformizar a terminologia e os critérios morfológicos da BAT. O objetivo deste estudo é aferir a acuidade da BAT após a implementação da Classificação de Bethesda nesta instituição e comparar com os resultados obtidos em estudo realizado previamente na mesma instituição. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo de base prospetiva baseado nos dados de doentes submetidos a tiroidectomia, no serviço de Cirurgia Geral desta instituição, entre 1 de Julho de 2014 e 31 de Julho de 2015. Os dados foram submetidos a análise estatística. **Resultados:** Foram identificados 117 doentes submetidos a tiroidectomia e 122 nódulos com citologia e histologia correspondentes. Foi analisada a prevalência de cada uma das categorias diagnósticas da BAT e foi calculado o risco de malignidade. Através da correlação da citologia com a histologia obteve-se uma sensibilidade de 80%, especificidade 94%, VPP 83%, VPN 93% e acuidade da BAT de 90%. Os resultados foram sobreponíveis ao estudo realizado nesta instituição em 2007. **Discussão:** A BAT apresenta elevada acuidade diagnóstica e a classificação de Bethesda continua a ser um sistema útil para padronizar os seus resultados.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Torre, A.; Canotilho, R.; Fonseca, S.; Barbosa, L.; Graça, S.; Póvoa, A.; Soares, C.; Vieira, J.; Maciel, J.

CONTACTO: Ana Paula Oliveira da Torre

EMAIL: anatorre90@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 468)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Piletromboflebite, um achado no estadiamento de um adenocarcinoma gástrico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A pileflebite ou infecção da veia porta é uma entidade rara que aparece mais frequentemente como complicação de infecções intra-abdominais. Apresenta-se um caso clínico de trombose portal infectada

em doente com neoplasia gástrica. **Material e Métodos:** Doente de 79 anos recorreu ao SU por quadro de intolerância alimentar e lipotimia. Era portador de EDA recente que revelava extensa neoplasia ulcerada do antro gástrico. Ficou internado para estudo e estabilização hidroelectrolítica. A tomografia computadorizada de estadiamento identificou trombose da veia porta e seus ramos, com bolhas de ar no seu interior, compatível com pileflebite. O doente nunca apresentou quadro de dor abdominal ou febre. O estudo analítico à admissão, evidenciava uma proteína C reactiva (PCR) de 99.7 mg/L, sem leucocitose. Foi realizada antibioterapia de largo espectro durante 7 dias e heparina de baixo peso molecular, em dose terapêutica. **Resultados:** Durante o internamento manteve-se assintomático. As hemoculturas foram negativas. A PCR à data de alta era de 9.6 mg/L. Posteriormente, dada a presença de volumosa neoplasia pré-pilórica, localmente invasiva, optou-se pela realização de gastrojejunostomia. Não foram documentadas complicações. **Discussão:** Até 50% dos casos de pileflebite descritos estão associados a um estado de hipercoaguabilidade. As hemoculturas podem ser negativas em 12 a 56% dos casos. Na ausência de tratamento, esta entidade pode evoluir com a formação de abscessos hepáticos e/ou sépsis, sendo a taxa de mortalidade de 19% a 32%.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica

AUTORES: N Machado, C Freitas, MJ Dantas, C Alvarez, J Carvalho, J Pinto-de-Sousa

CONTACTO: Nuno Manuel Dias Machado

EMAIL: nuno.dias.machado@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 341)

SESSÃO: PO 5

TÍTULO: **Fístula do ângulo de His pós SADI-S – do desafio à resolução**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia bariátrica na super-obesidade constitui um desafio, não só pela dificuldade técnica mas também pelas múltiplas comorbilidades. Novas técnicas, como o SADI-S, têm surgido para permitir o tratamento mais eficaz e tecnicamente menos complexo. Não obstante, o cirurgião bariátrico deve estar capacitado para a resolução das mais variadas complicações nomeadamente as fístulas. Os autores apresentam um caso de tratamento fístula do ângulo de His pós SADI-S. **Material e Métodos:** Homem de 48 anos, IMC de 52Kg/m², antecedentes de DMII, HTA, dislipidemia é submetido a SADI-S laparoscópico sem intercorrências. Recorre ao SU ao D9 pós-operatório por febre e dor abdominal. Constatada coleção subdiafragmática de difícil acesso por via percutânea, pelo que foi submetido a lavagem e drenagem por via laparoscópica. **Resultados:** Após delgado o quadro setico e orientada a fístula do ângulo de His, o doente foi proposto para colocação de prótese endoscópica revestida, a qual foi removida ao final de 8 semanas, com resolução completa da fístula. **Discussão:** Uma das complicações mais temidas na cirurgia bariátrica, especialmente a que compreende a gastrectomia em manga, tanto isoladamente como parte de uma técnica, é a fístula no ângulo de His, pela elevada



morbilidade e dificuldade na resolução. O controle da infeção, drenagem e desbridamento de tecido desvitalizado, tal como a equalização de pressões a montante e jusante são componentes importantes no tratamento destas fístulas.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Ana Marta Pereira, Tiago Fonseca, Joana Magalhães, António José Reis, Marta Guimarães, Rui Ferreira Almeida, Artur Trovão Lima, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Ana Marta Pinheiro Pereira
EMAIL: martappereira@hotmail.com

SALA 10 2017-03-16 14:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 307)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Metastização óssea ou Hiperparatiroidismo – Caso Clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O hiperparatiroidismo primário (HPTp) afeta preferencialmente mulheres adultas e caracteriza-se pela produção excessiva de hormona paratiróide (PTH). Cursa com um quadro clínico variável, acarretando sintomatologia óssea, renal, gastrointestinal, cardiovascular e/ou neurocognitiva. **Resultados:** Os autores descrevem o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 62 anos, que recorreu ao SU por astenia, anorexia, amnésia e dores ósseas com alguns meses de evolução. Como antecedentes relevantes salienta-se litíase renal, DRC, osteoporose e carcinoma anaxial microcístico operado em 2014. A TC-TAP foi sugestiva de disseminação óssea secundária, tendo complementado o estudo com PET que sugeriu lesões ósseas metabólicas. No estudo analítico apresentava hipercalcemia grave (15,8 mg/dl) e PTH aumentada (2397 pg/ml). A ecografia cervical e cintigrafia documentaram nódulo hiperfuncionante, 31 x 9mm, adjacente ao polo inferior do lobo esquerdo da tiróide. Foi submetida a paratiroidectomia inferior esquerda com diminuição superior a 50% da PTH, aos 10 minutos pós remoção. O exame histológico revelou "...neoplasia benigna com características de adenoma da paratiróide." O pós-operatório decorreu sem intercorrências, documentando-se resolução da hipercalcemia. **Discussão:** O diagnóstico do HPTp requer um elevado nível de suspeição pela enorme variabilidade sintomatológica. Como apresentado neste caso, pode inclusivamente, ser diagnóstico diferencial de metastização óssea.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Catarina Longras, Marta Martins, Rita Lourenço, Catarina Nora, André Magalhães, Diana Brito, Cristina Carvalho, Diana Teixeira, Ricardo Moreira, Carla Marina Oliveira, António Abreu, Pinto Correia
CONTACTO: Catarina Longras
EMAIL: aclongras@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 4)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Respostas ao Inquérito de Satisfação do MUSEC – O que os alunos pensam de um curso sobre ecografia**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O MUSEC (Modular UltraSound ESTES Course) é um curso de ecografia criado no âmbito da Sociedade Europeia de Trauma e Cirurgia de Urgência. Pretendeu-se, com este curso, treinar cirurgiões e médicos que trabalham nos serviços de urgência para utilização de um método de imagem de fácil acesso, portátil e inócuo, que permite encurtar o tempo até ao diagnóstico e tratamento. O curso é modular, com módulos básicos e avançados, com ênfase na componente prática e no ensino online. O curso inaugural aconteceu em Lyon, em 2013 e desde então tem tido uma expansão europeia e com interesse demonstrado por países fora da Europa. **Material e Métodos:** Até março de 2016 foram realizados em Portugal 8 cursos, correspondendo a 14 módulos. Para este estudo foram utilizadas as respostas aos inquéritos de satisfação realizados aos 120 participantes. **Resultados:** A maioria dos participantes são médicos jovens, com idade inferior a 30 anos, internos de cirurgia e sem experiência prévia em ecografia. Os participantes entendem ser um curso útil para a sua prática clínica diária com impacto na tomada de decisão. O curso e o seu conteúdo são considerados adaptados aos objetivos propostos, com metodologias de ensino apropriadas. A componente prática é um dos aspectos mais apreciados pelos alunos. **Discussão:** O grau de satisfação dos alunos com o MUSEC é elevado. Todos os alunos que participaram reconhecem o valor e a necessidade de um curso que, como afirmam, desmistifica a ecografia e recomendariam o curso aos seus Colegas de Especialidade.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Centro Hospitalar Tondela-Viseu (1), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2), Hospital Nélcio Medonça-Funchal (3), Centro Hospitalar de Jaen (4), Instituto Clinico Città Studi Milano (5), Ospedale Generale de Legnano (6), Hospital de Pedro Hispano-Matosinhos (7), Policlínico de San Pietro-Bergamo (8)
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Jorge Pereira (1), Luis Pinheiro (1), Júlio Constantino (1), Fernando Valério (1), Carlos Mesquita (2), Pedro Ramos (3), Isidro Martinez Casas (4), Andrea Casamassima (5), Diego Mariani (6), Rodrigues da Silva (7), Mauro Zago (8)
CONTACTO: Jorge Pereira
EMAIL: docjota@netcabo.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 509)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Volvo Gástrico Primário – diagnóstico e tratamento**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Volvo Gástrico (VG) é uma entidade clínica rara, definida como a rotação patológica do estômago ou parte dele em mais de 180°. O VG secundário pode associar-se a hérnias diafragmáticas ou paraesofágicas, doenças do tecido conjuntivo, defeitos da parede abdominal anterior, entre outros. O VG primário, mais raro, não se encontra associado a nenhuma condição



predisponente. Um VG completo pode resultar em estrangulamento e num quadro de oclusão alta, conduzindo a isquémia, necrose e perfuração. Torna-se assim essencial assegurar um diagnóstico precoce, de modo a permitir um tratamento cirúrgico adequado. **Objetivos:** abordar o diagnóstico e tratamento do VG primário; Fazer uma revisão bibliográfica de todos os casos de VG primário descritos na literatura anglo-saxónica; apresentar a experiência do nosso serviço na abordagem do VG primário. **Material e Métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de todos os casos de VG primário publicados na literatura anglo-saxónica. Foi igualmente revista a experiência do nosso serviço nesta patologia. **Resultados:** Foram encontrados 51 casos publicados de VG primário no doente adulto na literatura anglo-saxónica. Nos últimos 10 anos foram identificados e orientados 3 casos de VG primário no nosso serviço, um dos quais já publicado. **Discussão:** O VG constitui uma entidade rara, muitas vezes não reconhecida atempadamente, que se pode tornar uma emergência cirúrgica. O tratamento é cirúrgico, devendo no entanto ser adaptado individualmente a cada caso.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Cirurgia B
CAPÍTULO: Cirurgia Esofago-Gástrica
AUTORES: Marta Costa, Emília Fraga, Carolina Canhoto, Ana Bento, João Almeida, Fernando Manata, Fernando José Oliveira
CONTACTO: Marta Raquel Pereira Costa
EMAIL: martarpocosta@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 427)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **FEOCROMOCITOMA – a propósito de um caso clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Feocromocitoma é um tumor raro, secretor de catecolaminas, que pode originar crises hipertensivas potencialmente fatais. Em 10 % dos casos, é de natureza maligna, contudo, a ressecção cirúrgica é curativa. **Material e Métodos:** Homem de 61 anos de idade, com antecedentes de HTA. Encaminhado para a consulta de cirurgia por lesão tumoral da glândula supra-renal direita. TAC abdomino-pélvico revelou a presença de massa com cerca de 8 cm de maior diâmetro da supra-renal direita sugestiva de Feocromocitoma. O diagnóstico foi apoiado pelo estudo funcional realizado, tendo sido positivo. **Resultados:** Foi submetido a adrenalectomia direita laparoscópica. O procedimento e o pós-operatório decorreram sem intercorrências, tendo tido alta ao 4º dia de pós-operatório. O resultado histológico revelou Feocromocitoma com comportamento biológico benigno, não agressivo. Apresentou-se normotenso nas consultas de seguimento, sem necessidade de terapêutica anti-hipertensiva. **Discussão:** A ressecção cirúrgica da lesão tumoral, pelo seu carácter minimamente invasivo, é o tratamento de escolha, verificando-se uma remissão da HTA. São necessários cuidados específicos no peri-operatório. A adrenalectomia laparoscópica deve constituir a via de abordagem de eleição, em doente selecionados e em mãos experientes, que se associa a uma redução marcada da morbimortalidade, do tempo de internamento hospitalar e a um retorno mais precoce à vida ativa.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Tiago Fonseca, Leonor Matos, António José Reis, Marta Guimarães, Rui Ferreira de Almeida, Artur Trovão, Jorge Costa, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Tiago Feiteira Fonseca
EMAIL: tiagofeiteirafonseca@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 386)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Tumores neuro-endócrinos do pâncreas – revisão casuística**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores neuro-endócrinos do pâncreas(TNEP)constituem um grupo de neoplasias raras,mas diversas,e a sua abordagem terapêutica continua objeto de discussão.Os autores analisam os TNEP operados na sua instituição. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo de TNEP submetidos a cirurgia no período de 01-01-2004 a 31-10-2016 Foram incluídos32pacientes e analisadas características demográficas,apresentação clínica,localização das lesões,abordagem cirúrgica,histologia e evolução clínica. **Resultados:** A idade média é de55,49 anos,sendo a distribuição por género equitativa.Localização da lesão:cabeça(n=15)e corpo/cauda do pâncreas(n=17). Intenção cirúrgica curativa ab initio em93,75%.Abordagem cirúrgica:pancreatectomia distal(n=13;40,62%),DPC(n=11; 34,38%), enucleação(n=5; 15,62%)e pancreatectomia subtotal radical(n=3; 9,38%).Morbilidade maior especifica(graus III-V Clavien-Dindo):fistulas pancreáticas(n=6; 18,75%) e biliar(n=1; 3,12%).A maioria das lesões eram não-funcionantes(71,9%).Entre os tumores funcionantes:5 insulinosmas(15,62%),1 gastrinoma,1 glucagonoma,1 somatostatina e 1 tumor produtor de corticotropina. Mortalidade especifica=3,12% (progressão da doença). **Discussão:** O tratamento de eleição dos TNEP é a ressecção cirúrgica sendo o prognóstico e atitudes subsequentes determinados pelo tipo e grau histológicos. Devido à raridade destas lesões a sua abordagem deve ser concentrada em centros de referência

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: HEBIPA – Unidade Hepatobiliopancreática, Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Catarina Morais, Ezequiel Silva, Pedro Nuno Brandão, Vítor Costa Simões, Cecília Pinto, António Canha, Paulo Soares, Jorge Daniel, Donzília Sousa Silva, José Davide
CONTACTO: Catarina Morais
EMAIL: catarinaamfernandes@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 311)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Experiência de 15 anos em simpaticectomia toracoscópica para o tratamento da hiperhidrose**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hiperhidrose primária afecta 1-3% da população e afecta gravemente as relações inter-pessoais e actividade diária. O estudo pretende avaliar a qualidade de vida dos doentes antes e depois da cirurgia. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos casos submetidos a simpaticectomia toracoscópica



desde janeiro 2002 até setembro 2016. Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS) é um score validado que avalia, através de uma única pergunta com 4 hipóteses de resposta, o grau de comprometimento da qualidade de vida causado pela hiperhidrose. Realizámos um inquérito telefónico para avaliar o grau de satisfação dos doentes. **Resultados:** Avaliámos 57 doentes (66,7% sexo feminino), com idade média de 27,959,11 anos. 56,1% (32 doentes) padeciam de hiperhidrose axilar, 86% (49 doentes) palmar e 66,7% (38 doentes) plantar. Tempo de follow-up médio de 68,6459,19 meses. Obtivemos 44 respostas telefónicas válidas. Através do teste de Wilcoxon foi possível estabelecer uma melhoria estatisticamente significativa ($Z = -5,744$; $p < 0,001$) da qualidade de vida em 97,7% doentes. A hiperhidrose compensatória surgiu em 64,9% dos casos, contudo geralmente pouco incomodativa, pelo que só uma doente se arrepende da intervenção cirúrgica. Observámos pneumotórax residual em 11 doentes (19,3%) e torcálgia ligeira em três (5,3%). **Discussão:** A simpaticectomia por toracoscopia constitui uma técnica simples, rápida, reprodutível, pouco invasiva com baixa morbilidade e com resultados efectivos. O grau de satisfação dos doentes é, na sua maioria, elevado.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A, Hospitais da Universidade de Coimbra (CHUC) e Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC
CAPÍTULO: Cirurgia Vasculuar
AUTORES: Manuel Rosete, Mónica Martins, José Carlos Campos, Francisco Castro e Sousa
CONTACTO: Manuel Rosete
EMAIL: manel_rosete@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 452)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: Hiperaldosteronismo Primário por Síndrome de Conn... a propósito de um caso clínico
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O hiperaldosteronismo primário é uma entidade caracterizada pela produção autónoma de aldosterona pela supra-renal (SR). As causas mais frequentes são a hiperplasia das glândulas supra-renais e adenoma produtor de aldosterona- Síndrome de Conn. É responsável por 0.05-2% de HTA secundária, potencialmente curável. É mais frequente entre os 30-60anos, com um predomínio do género feminino (1.5mulheres:1homem). A hipocalemia está presente em cerca de 30% dos doentes e cursa com mialgias, polidipsia, poliúria, noctúria e parestesias. **Material e Métodos:** Apresenta-se, com recurso a dados clínico-analíticos e iconografia, caso clínico de senhora de 48 anos com antecedentes de acidente vascular cerebral, seguida em Consulta de Medicina Interna por HTA de difícil controlo com diagnóstico de Síndrome de Conn. **Resultados:** Do estudo efetuado, apesar de valores de potássio séricos normais, identificado padrão analítico compatível com hiperaldosteronismo primário e imagem de nódulo de 4cm na SR direita em tomografia computadorizada. A doente foi proposta e submetida a adrenalectomia direita laparoscópica que decorreu sem intercorrências. O estudo anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de adenoma. **Discussão:** O Síndrome de Conn é caracterizado pelo excesso de secreção de aldosterona, baixos níveis séricos de renina, hipertensão

e hipocalemia. Na presente doente a suspeita clínica confirmada pelos doseamentos séricos com identificação de nódulo da SR, permitiu o tratamento considerado gold standard do Síndrome.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Ana Cristina Carvalho, Manuel Ferreira, Diana Brito, Andreia Santos, Pedro Passos, Marta Martins, Catarina Nora, Carlos Santos Costa, Jorge Magalhães, Pinto Correia.
CONTACTO: Ana Cristina Silva Carvalho
EMAIL: anacarvalho.braga@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 476)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: Obstrução intestinal do delgado por aderências – A propósito de um caso clínico
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As aderências, secundárias a uma cirurgia abdominal prévia, são neste momento a causa mais comum de obstrução intestinal. Chegam a ser a causa de 60% de todas as obstruções intestinais. Apresentamos um caso clínico de um doente com a patologia acima descrita assim como os sinais e sintomas que nos indicam a patologia em questão. **Material e Métodos:** Apresentação de um caso clínico. **Resultados:** Realiza-se uma laparotomia exploradora onde se visualiza uma obstrução de ansa de delgado estrangulada, sem isquémia instalada, provocada por uma brida do mesentério. Procedeu-se à secção e laqueação da brida sem necessidade de ressecção de delgado. O pós-operatório do doente decorreu sem complicações. **Discussão:** Apresentamos aqui este caso clínico de modo a reforçar a importância de uma situação, que apesar de muito frequente, ainda pode continuar a ter um diagnóstico desafiante e por vezes tardio o que poderá acarretar consequências graves para o estado de saúde dos doentes.
HOSPITAL: Hospital da Horta, EPE
SERVIÇO: Cirurgia I
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: José Moreira de Azevedo, F. Madeira Martins, N. Rosa, M. Rosa, F. Messias; F. Bairos
CONTACTO: José Gonçalves Moreira de Azevedo
EMAIL: jgmazevedo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 352)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: Traumatismo abdominal por formão
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** No traumatismo abdominal aberto penetrante há violação da cavidade abdominal por arma de fogo ou arma branca. As feridas por arma branca originam ferimentos relativamente uniformes, como lacerações ou lesões punctiformes, com pouca ou nenhuma repercussão nos tecidos circundantes e, portanto, apresentam uma incidência baixa de dano intra-abdominal. Todavia, a gravidade da lesão depende da localização do trauma e da profundidade da ferida. **Material e Métodos:** Apresenta-se um caso de um doente, 70 anos, admitido no Serviço de



Urgência por traumatismo abdominal perfurante auto-infligido no hipocôndrio esquerdo com um formão. Ao exame objectivo, encontrava-se hemodinamicamente estável, com abdómen sem sinais de irritação peritoneal. Decidida laparoscopia exploradora durante a qual se constatou pequena incisão no mesentério de ansa de intestino delgado e extremidade distal do instrumento envolvida pelo grande epíplon; procedeu-se a remoção do formão sem necessidade de qualquer terapêutica adicional. Pós-operatório sem intercorrências. **Discussão:** A abordagem ao doente com traumatismo abdominal penetrante depende do mecanismo da lesão, região atingida e condição clínica do doente. A avaliação inicial deve focar-se em identificar os doentes com lesões que requerem intervenção cirúrgica urgente. A laparoscopia diagnóstica é um procedimento seguro para avaliar e, se necessário, tratar doentes hemodinamicamente estáveis, permitindo reduzir o número de laparotomias não terapêuticas.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral da ULSAM
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Mariana Leite, Manuel Ferreira, Aires Martins, Álvaro Gonçalves, Ana Rodrigues, Ana Gonçalves, Alberto Midões
CONTACTO: Mariana Leite
EMAIL: marianalsleite@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 563)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Adenoma Serreado do Apêndice – Uma Causa Rara de Apendicite Aguda**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Representando 3-9% dos pólipos cólicos, adenomas serreados sésseis são mais comuns à direita, podendo surgir no apêndice ileocecal. Os tumores do apêndice são entidades raras (<1% das apendicectomias). Adenomas serrados são responsáveis por 2% destes casos. Considerados percussores dos adenocarcinomas vigilância endoscópica é recomendada. Recentemente verificou-se associação destas lesões com instabilidade de microssatélites um marcador de risco de tumores do cólon. No apêndice, a maioria apresenta-se sob a forma de apendicite aguda (AA). Descreve-se o caso de adenoma do apêndice como causa de AA. **Material e Métodos:** Doente do sexo feminino, 72 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor no quadrante inferior direito e mal estar geral com 1 dia de evolução. No estudo analítico inicial apresentava leucocitose com neutrofilia. A TC abdominal revelou apêndice retrocecal medindo 9mm com apendicolito proximal milimétrico associando-se densificação da gordura regional e pequena quantidade de líquido. Foi submetida a apendicectomia clássica. O exame histopatológico revelou apendicite aguda e adenoma serreado sésil com linhas de ressecção livres. **Discussão:** Embora raros, os adenomas serrados sésseis do apêndice possuem risco de transformação maligna devendo ser excisados com margens livres. Colonoscopia de follow-up é recomendada cada 5 anos em lesões <10mm e cada 3 anos para lesões maiores. Devido à sua associação com instabilidade de microssatélites, vigilância endoscópica mais apertada seria prudente.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Soares, A.; Mega, M.; Perez, H.; Usurelu, S.; Gouveia, A.
CONTACTO: Alexandra Maria Santos Soares
EMAIL: xana_m_soares@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 581)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Leucocitose e PCR: em qual devemos confiar na Apendicite Aguda?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A apendicite aguda é uma das principais causas de abdómen agudo no Serviço de Urgência. O seu diagnóstico é essencialmente clínico, contudo, é comum socorrermos-nos de alguns exames complementares para estabelecer o diagnóstico, nomeadamente a avaliação analítica, da qual consta normalmente, o hemograma com contagem de leucócitos, e a PCR. O objectivo deste trabalho é encontrar a referência analítica que identifica com maior precisão o diagnóstico de apendicite aguda e que se relaciona com a presença de apendicite complicada. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo, recorrendo a dados clínicos (nomeadamente: nº leucócitos, PCR e histopatologia) de 433 doentes submetidos a apendicectomia, num período de 2 anos, num hospital central. Foram excluídos 74 doentes por apresentarem apêndices sem anatomopatologia de apendicite aguda (N= 46) e por ausência de dados analíticos (N= 28). Foi efectuada a relação entre a presença de leucocitose (leuc>11.000) e aumento da PCR (>10) com a presença de apendicite aguda complicada e não complicada. **Resultados:** Dos 359 doente incluídos no estudo, detectámos que 78% apresentava leucocitose e apenas 41,5% apresentava aumento da PCR. Estes dois marcadores apresentavam-se elevados concomitantemente em 31,5% dos casos. Aquando da análise das apendicites complicadas, 58% dos doentes apresentava aumento da PCR, dos quais 80% com PCR>100 enquanto que nos 78% de doentes com leucocitose, 50% apresentava valores inferiores a 15.000 leucócitos. **Discussão:** Após este estudo podemos concluir que, destes dois marcadores laboratoriais, que usualmente nos auxiliam no diagnóstico de apendicite aguda, é mais seguro confiar na contagem total de leucócitos, uma vez que este se encontra elevado na maioria dos casos de apendicite aguda. O valor de PCR poderá auxiliar na presunção de uma apendicite complicada.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Central
CAPÍTULO: Investigação básica
AUTORES: Sofia Frade, Clara Sampaio, Sofia Pina, Luis Moniz, Helder Viegas
CONTACTO: Sofia Alexandra Marques Frade
EMAIL: samfrade@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 555)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Tratamento da fístula reto-vaginal: casuística de um serviço**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O presente estudo visa analisar a casuística de um serviço de cirurgia geral no tratamento



da fistula reto-vaginal (FRV), entre 2000 e 2015. Sendo uma patologia pouco frequente e cujo tratamento implica experiência do cirurgião, constitui um desafio. **Material e Métodos:** Foram selecionadas as doentes com o diagnóstico de FRV (cód. 61.91 ICD-9) e colhida informação retrospectivamente sobre: idade, tipo de admissão, sintomas, etiologia, terapêutica, complicações e recidiva. **Resultados:** No total foram incluídas 15 doentes, com idade média de 60 anos. A maioria das doentes (9/15) foi admitida eletivamente, por saída de conteúdo fecalóide pela vagina. A etiologia inflamatória foi a mais frequente, 3 casos de doença de Crohn e 3 casos de FRV pós-radio-terapia, seguidas da etiologia pós-operatória, neoplásica e obstétrica. Apenas 12 foram operadas: 4 submetidas a ileostomia derivativa, 3 a retalho de deslizamento (2 delas com esfinteroplastia), duas a esfinteroplastia, duas a fistulotomia com colocação de sedanho e outra a colocação de plug. Houve 42% de cura e 58% de recidiva, a maioria das últimas necessitando de reintervenção. **Discussão:** Na nossa série, a etiologia inflamatória é a mais frequente possivelmente pela referenciação particular no nosso centro. O tratamento eletivo é o habitual e as técnicas com maior sucesso incluem esfinteroplastia. Uma parte significativa das doentes (50%) necessita de mais de 1 intervenção e a recidiva quando existe é habitualmente precoce (<6 meses).

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: J. Simões, L. Donas Boto, F. Cruz, F. Eiró, F. Santos, S. Carlos, R. Cardoso, P. Moniz Pereira, J. Corte Real.
CONTACTO: Joana Simoes
EMAIL: simoes.jff@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 400)

ID: 1616781 SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Ganglioneuroma Retroperitoneal Paravertebral – A Propósito de um Caso Clínico.**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O ganglioneuroma do adulto é um tumor benigno raro, com origem nas células que derivam da crista neural. É encontrado maioritariamente de forma incidental no mediastino ou retroperitoneu e pode apresentar-se com sintomas inespecíficos, pelo efeito de ocupação de espaço. O diagnóstico correto de uma massa retroperitoneal continua a ser um desafio. **Resultados:** Apresenta-se o caso de um ganglioneuroma retroperitoneal numa mulher de 60 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor lombar. A ecografia revelou uma lesão retroperitoneal de significado indeterminado e a tomografia computadorizada identificou uma imagem em alvo sugestiva de invaginação de íleo e, adicionalmente, no retroperitoneu, em localização paramediana adjacente à veia cava inferior, uma coleção fluída de 55x33 mm com calcificações periféricas. A doente foi submetida a resolução cirúrgica do quadro de invaginação intestinal e encaminhada para consulta de Cirurgia Geral. A ressonância magnética abdominal efetuada em regime de ambulatório descreveu uma lesão ovalada retroperitoneal em íntima relação com os corpos vertebrais de L3 e L4, sem características de agressividade, compatível com tumor neurogénico. O estudo das catecolaminas e metanefrinas não revelou alterações. O tumor foi ressecado

completamente via laparotómica. O exame imunohistológico confirmou um ganglioneuroma. **Discussão:** O diagnóstico de ganglioneuroma é um desafio e é mais precisamente identificado através do exame histológico após a sua resseção.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Torre A.; Canotilho R.; Mendes M.; Vieira J.; Santos J.; Maciel J.
CONTACTO: Ana Paula Oliveira da Torre
EMAIL: anatorre90@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 289)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Neoplasia Maligna Incidental da Glândula Tiroideia – Características de uma população operada num intervalo de 5 anos**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A neoplasia da tiroideia tem aumentado a sua incidência nos últimos anos, mas a mortalidade tem permanecido relativamente constante. O objetivo deste trabalho é avaliar o incidentaloma tumoral em doentes operados por bócio multinodular, no período entre 2011 e 2015. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de uma população de 1225 doentes submetidos a cirurgia da tiroideia entre 2011 e 2015, por Bócio multinodular, com sintomas compressivos ou hiperfunção. **Resultados:** Dos 1225 doentes operados por Bócio, 135 doentes (11%) apresentaram neoplasia maligna incidental da tiroideia. A média de idade foi 55.2 anos e 81% do género feminino. Neste grupo temos 128 carcinomas papilares, 4 carcinomas medulares e 3 carcinomas foliculares. A incidência do microcarcinoma papilar em bócio foi de 3.18%. **Discussão:** A incidência de neoplasias malignas em bócio nesta série foi de 11%, que é semelhante às reportadas noutros estudos (11-16%). Nesta série o sexo masculino ou a idade jovem não parecem fatores de risco importantes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Curry Cabral – CHLC
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Nádia Rodrigues Silva (1); José Mário Coutinho (1); Ana Paula Tavares (1); João Santos Coelho (1); Américo Martins (1); Eduardo Barroso (1)
CONTACTO: Nádia Rodrigues da Silva
EMAIL: nadiarsilva@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 291)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Caso clínico de oclusão intestinal**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apresentação de um caso clínico de oclusão intestinal **Material e Métodos:** Homem, 66 anos. Recorreu ao SU por dor e distensão abdominal localizada nos quadrantes superiores, associado a vómitos, com agravamento progressivo. **Resultados:** À observação apresentava-se desidratado, abdómen distendido, com RHA escassos, timpanizado e doloroso à palpação



do epigastro sem defesa ou reação peritoneal. Toque retal sem fezes ou outras lesões. Rx abdómen: NHA de delgado. TC abdómen: distensão de ansas de delgado, com invaginação ileo-ileal na fossa ilíaca direita, condicionando obstrução. Intraoperatóriamente confirmou-se invaginação ileo-ileal condicionada por tumor intraluminal com cerca de 4 cm, a cerca de 100 cm da válvula ileocecal. Submetido a ressecção segmentar de delgado com anastomose primária mecânica. Histologia da peça: pólipos fibróides inflamatórios. **Discussão:** A invaginação intestinal é frequente nas crianças sendo maioritariamente primária e benigna, em oposição aos adultos, que é rara e em 90% dos casos secundárias a uma lesão orgânica, nomeadamente carcinomas, pólipos, divertículo de Meckel, estenoses ou neofomações benignas. É responsável por apenas 1-5% dos casos de oclusão intestinal. Mais frequente no intestino delgado. A apresentação clínica é inespecífica. O diagnóstico pode ser suspeitado através do Rx abdómen e confirmado pela TC. O tratamento consiste na ressecção segmentar em cerca de 70-90% dos casos, dada a elevada probabilidade de ser uma lesão maligna.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia II – Hospital Egas Moniz
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Débora Correia, Joana Romano, Luísa Cabral Moniz, Carlos Nascimento, Rogério Matias
CONTACTO: Débora Correia
EMAIL: correiadebora@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 144)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Manifestação Rara de Carcinoma Epidermoide do Esófago**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O carcinoma esófago-gástrico continua a ser das neoplasias mais fatais globalmente. Apesar dos avanços técnico-cirúrgicos, radioterapia e quimioterapia os resultados ainda estão muito longe do ideal. As manifestações da doença continuam a surpreender os mais experientes clínicos. Nomeadamente, o aparecimento de metastização cutânea de carcinoma do esófago é muito rara, sendo reportada em menos de 1% dos casos. **Material e Métodos:** Relato de caso clínico e revisão bibliográfica sobre o tema. **Resultados:** O caso refere-se a um homem de 62 anos, fumador, referido à consulta de Cirurgia Plástica, por uma história com quatro meses de evolução de uma lesão no couro cabeludo de rápido crescimento, com subsequente aparecimento outras lesões similares no couro cabeludo e na região cervical. Apresentava um diagnóstico recente de carcinoma spinocelular moderadamente diferenciado do terço distal do esófago, com metastização linfonodal paraaórtica e no tronco celiaco evidenciada na tomografia, tendo sido indicada a realização radioterapia e quimioterapia neoadjuvante. A excisão cirúrgica das lesões cutâneas, veio a revelar achados consistentes com lesões metastáticas, tendo acabado por se verificar o óbito do paciente em dois meses. **Discussão:** A apresentação de metástases cutâneas é muito rara, sobretudo em carcinomas do esófago, contudo o aparecimento destas lesões não pode ser subvalorizada pois tem implicações fulcrais no prognóstico e na definição de conduta.

HOSPITAL: Hospital de Braga
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral – Hospital de Braga (1), Serviço de Cirurgia Plástica – Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), São Paulo (2), Departamento de Patologia da Unicamp (3), Cirurgia Gastroenterológica da Unicamp (4)
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: J. P. Pinto (1), L. H. Borges (2), H. R. Aguiar (2), D. R. Calderoni(2), R. F. Stelini(3), N. A. Andreollo(4), P. Kharmandayan(2)
CONTACTO: José Pedro de Almeida Pinto
EMAIL: josepedropinto87@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 477)

SESSÃO: PO 6

TÍTULO: **Dois casos de oclusão intestinal por invaginação jejuno-jejunal após reconstruções em Y-de-Roux**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A invaginação intestinal é uma complicação tardia rara (0,1%) após reconstruções em Y-de-Roux, afetando geralmente a anastomose jejunojejunal (JJ). Apresentamos 2 casos desta complicação, cuja etiologia difere da invaginação intestinal no adulto. **Material e Métodos:** Caso 1: Doente 71 anos com antecedentes de gastrectomia parcial com reconstrução em Y-de-Roux há vários anos, recorreu ao SU por dor e distensão abdominal, compatível com quadro oclusivo. Realizou tomografia computadorizada (TC) que revelou volumosa invaginação do delgado. Na laparotomia exploradora apresentava invaginação da ansa comum na anastomose JJ. Caso 2: Doente 36 anos com antecedentes de bypass gástrico há 2 anos, recorreu ao SU com dor abdominal intensa e súbita, com poucas horas de evolução, sem outras queixas. Pela suspeita de invaginação em TC, foi laparotomizada verificando-se invaginação retrógrada extensa de ansa comum na anastomose JJ associada a herniação pelo defeito mesentérico da anastomose JJ. **Resultados:** Caso 1: redução de invaginação e lise de aderências. A doente teve alta ao 6º dia sem complicações. Caso 2: redução de invaginação (ansa viável) e encerramento do defeito mesentérico. A doente teve alta ao 5º dia assintomática. **Discussão:** A invaginação ao nível da anastomose JJ é uma complicação rara mas com número crescente de casos descritos. A clínica pode ser inespecífica e o TC é o exame de eleição para diagnóstico. A correção cirúrgica é imperativa, apesar da abordagem terapêutica (redução vs. ressecção) não ser consensual.
HOSPITAL: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Nuno Machado, Tatiana Santos, Mariana Santos, Isabel Marques, Mariana Sacchetti, J Pinto-de-Sousa
CONTACTO: Nuno Manuel Dias Machado
EMAIL: nuno.dias.machado@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 85)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Abordagem de um Traumatismo Torácico por Arma de Fogo. Uma Situação de Emergência Rara num Hospital Distrital.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os ferimentos por arma de fogo são uma entidade relativamente infrequente nos hospitais em Portugal, principalmente fora dos principais centros urbanos. Segundo a OMS em 2014 ocorreram 118 suicídios com arma de fogo em Portugal (1.12 mortes/100'000 habitantes). **Resultados:** Homem, 21 anos com AP de depressão medicado com paroxetina, é trazido ao SU por ferida torácica auto-infligida por tiro de caçadeira, com ponto de entrada a nível mamilar esq. e sem pontos de saída. Ao EO o doente apresentava ferida torácica aberta e lesão pulmonar com instabilidade HD. Foram colocados drenos torácicos, EOT e CVC. A TC-TAP com importante esfacelo do lobo pulmonar inferior esq., derrame pleural e atelectasia passiva do pulmão adjacente e fratura de arcos costais. Sem lesões intra-abdominais. Devido à instabilidade do doente com perda ativa de sangue procedeu-se a toracotomia esq. inframamilar no 6º EIC aproveitando o esfacelo torácico existente, e pneumectomia atípica do polo inferior com GIA™, carga azul 100 e sutura contínua de reforço com fio absorvível 1-0. Teve alta ao 17º dia de internamento hospitalar. O controlo em consulta sem alterações respiratórias **Discussão:** Os traumatismos torácicos penetrantes por arma de fogo constituem um desafio, especialmente em hospitais periféricos, quando uma abordagem conservadora com estabilização do doente, controlo de danos e referenciação já não é possível.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral – Unidade Local de Saúde do Nordeste
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: João Carvas, Ana Rodrigues, Leandro Lajut, Júlio Novo, Hermínia Martins
CONTACTO: João Carvas
EMAIL: jmcavas@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 42)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Mucocelo do apêndice cecal – a propósito de um caso**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Mucocelo do apêndice refere-se a dilatação obstrutiva do apêndice ileo-cecal, com consequente acumulação anormal de muco. Trata-se de uma patologia incomum, com uma incidência de 0,1-0,4% em espécimes de apendicectomia. É causado por obstrução do apêndice por fecalitos, tumores, inflamação ou parasitas. De acordo com a sua etiologia podem ser benignos ou malignos. **Objetivo:** Ressaltar a importância da definição de uma abordagem de diagnóstico e de tratamento adequada. **Material e Métodos:** Relato de um caso de mucocelo do apêndice e revisão da literatura sobre esta patologia e a sua abordagem. **Resultados:** Relato de Caso: Paciente do sexo feminino de 76 anos, seguida

em consulta de ortopedia. Após realização de TC articular da anca direita foi identificado mucocelo apendicular. Clinicamente, não apresentava queixas. Foram realizados exames complementares que mostraram provável relação com apendicolito, sem sinais de pseudomixoma peritoneal e sem lesões cólicas intra-luminais. Analiticamente, apresentava Hb 13 g/dL, CA 19.9 elevado, Cromogranina A borderline, ácido 5 hidroxindolacético na urina e NSE-Enolase neuroespecífica normais. A doente foi submetida a apendicectomia. O estudo anatomo-patológico confirmou "Neoplasia mucinosa de baixo grau". O pós-operatório decorreu sem intercorrências. **Discussão:** Trata-se de uma patologia pouco frequente, cujo diagnóstico é maioritariamente incidental. O diagnóstico e o seu tratamento precoce são fundamentais para evitar complicações.

HOSPITAL: Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Hospital Distrital da Figueira da Foz
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: M. Ferreira, N. Guimarães, H. Ribeiro, J. Neves, H. Morais, F. Melo, J. Pinho, V. Vieira, N. Azenha, I. Borges, R. Dias, A. Fonseca, A. Matos, J. Cecílio, L. Conceição.
CONTACTO: Marta Sofia Machado Ferreira
EMAIL: martasmferreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 558)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Resseção laparoscópica do fígado – uma experiência crescente**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia laparoscópica do fígado é uma área em constante crescimento, tendo evoluído de experiências pontuais para uma ferramenta imprescindível do cirurgião hepático. Os autores partilham a sua experiência com a cirurgia laparoscópica do fígado. **Material e Métodos:** Revisão casuística dos doentes submetidos a resseção laparoscópica do fígado (RLF), durante o período decorrido entre 1 de janeiro de 2010 e 30 de outubro de 2016. Análise descritiva e tratamento estatístico com IBM® SPSS Statistics 20. **Resultados:** Foram operados 44 doentes com uma média de idades de 55,46±18,02 anos, sendo 59,10% do sexo feminino. Na grande maioria, as lesões ressecadas eram solitárias, mas, em 8 doentes, foram ressecadas várias lesões. O tamanho médio das lesões foi de 6,31 cm e 45,45% (n=20) destas localizavam-se no lobo direito. Foram realizadas ressecções formais em 36,36% (n=16) dos casos. A taxa de conversão foi de 18,18%, sendo 3 destas motivada por hemorragia. A localização e o tamanho da lesão foram fatores preditivos de morbilidade (p<0,05). Em média, a duração do internamento pós-operatório foi de 4,5 dias e, em 81,8% dos casos, não houve registo de intercorrências. O diagnóstico histológico mostrou que 60,4% eram lesões benignas **Discussão:** A RLF assume-se, cada vez mais, como uma técnica fundamental na cirurgia do fígado pelas vantagens inerentes à cirurgia minimamente invasiva.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: HEBIPA – Unidade Hepatobiliopancreática, Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Catarina Morais, Ezequiel Silva, Vítor Costa Simões, Cecília Pinto, António Canha, Paulo Soares, Jorge Daniel, Donzília Sousa Silva, José Davide
CONTACTO: Catarina Morais
EMAIL: catarinaamfernandes@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 118)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Insulinoma Pancreático – Enucleação Laparoscópica**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os insulinomas são tumores neuroendócrinos pancreáticos raros, sendo na maioria das vezes benignos, solitários e intrapancreáticos. Devido à sua natureza benigna, a excisão cirúrgica é o tratamento de eleição, com excelentes resultados a longo prazo. **Resultados:** Doente, sexo masculino, 36 anos, com antecedentes de vários episódios de crises tonico-clónicas generalizadas com lipotimias acompanhadas de hipersudorese nos últimos 4 meses, tendo sido objectivada hipoglicemia em todos eles. Realizou prova de jejum prolongado com resposta da glicemia ao Glucagon e doseamento de insulina e peptídeo C, com resultados compatíveis com hiperinsulinismo endógeno. Apresentou ainda elevação da Cromogranina A. Foi realizada RMN abdominal que revelou a presença de imagem nodular (14mm) na cauda do pâncreas e PET-DOTA-NOC que sugeria expressão discreta de receptores da somatostatina neste nódulo. Foi então submetido a enucleação laparoscópica de nódulo pancreático com ecografia intra-operatória, que decorreu sem intercorrências. A histologia mostrou tratar-se de um tumor neuroendócrino bem diferenciado (pT1G1). No follow-up de 6 meses o doente encontra-se com glicemias controladas, sem novos episódios de lipotimias. **Discussão:** As técnicas minimamente invasivas na abordagem dos insulinomas, pela redução de tempo de internamento, pelos melhores resultados estéticos, e por complicações pós-operatórias semelhantes às técnicas clássicas, são hoje em dia a técnica preferencial, dependendo da localização do tumor.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do CHVNG/E
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Santos M.; Torre A.; Graça S.; Soares C.; Póvoa A.; Viveiros F.; Maciel J.
CONTACTO: Mariana Santos
EMAIL: marianamsantos@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 261)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Neoplasia intra-epitelial pancreática (PanIN 1A e 1B) em pâncreas ectópico gástrico: relato de caso clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O pâncreas ectópico é uma patologia rara, descrita como a presença de tecido pancreático fora da sua localização anatómica normal. Pode ocorrer em qualquer local do tracto gastrointestinal, mas 25 a 38% dos casos descritos envolvem o estômago. Estas lesões apresentam-se como um tumor submucoso recoberto por mucosa normal e por isso os resultados da biópsia são geralmente inconclusivos. Por esse motivo, o diagnóstico definitivo baseia-se no exame histológico após excisão cirúrgica. **Resultados:** Relatamos o caso de um homem de 81 anos com sintomas de disfagia, regurgitação pós-prandial e perda de peso de 12 kg com evolução de um ano. O estudo endoscópico mostrou uma neoformação localizada no cárdia. A TC também revelou um pequeno foco de densificação da parede do

antro e de gordura perigástrica com conotação neofor-mativa. Decidiu-se realizar uma gastrectomia total com anastomose esófago-jejunal em Y-de-Roux. O exame histológico da peça mostrou um adenocarcinoma da junção esofagogástrica e uma lesão nodular submucosa correspondendo a área de heterotopia pancreática, com componentes exócrino e endócrino e lesões de PanIN-1A e 1B. **Discussão:** As lesões do tipo PanIN, apesar de raras, estão descritas como lesões precursoras de adenocarcinoma. O desenvolvimento de adenocarcinoma em pâncreas ectópico é extremamente raro, mas está descrito, e é mais frequente nas heterotopias gástricas (56%) devendo ser reconhecido como um risco potencial nestes doentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: (1) Internos de Formação Específica de Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal; (2) Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal, (3) Departamento de Oncologia e Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal (4) IPATMUP - Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, Porto, Portugal; (5) i3S – Instituto de Investigação e Inovação da Universidade do Porto, Porto, Portugal; (6) Unidade de Patologia Esofago-Gastro-Duodenal, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal; (7) Directora de Serviço, Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal; (8) Director de Serviço, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
CAPÍTULO: Cirurgia Esofago-Gástrica
AUTORES: Telma Fonseca (1), Ana Sofia Morais (1), Catarina Pestana Muller (1), Fernando Resende (1), Elisabete Rios (2,3,4,5), António Gouveia (6), Fátima Carneiro (3,4,5,7), José Costa Maia (8)
CONTACTO: Telma Fonseca
EMAIL: tnvfonseca@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 293)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Causa rara de obstrução de colostomia**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Complicações diretamente associadas com o uso de material protésico raramente são citadas na literatura. **Material e Métodos:** Os autores descrevem um caso de um doente de 84 anos, que recorreu ao SU por quadro de oclusão intestinal e recidiva de hérnia paraostomal encarcerada. Tratava-se de um doente com antecedentes de cirúrgicos de amputação abdominoperineal há 8 anos e de hernioplastia por hérnia paraostomal há 4 anos. No toque pela colostomia sentia-se uma formação dura na ponta do dedo. Realizou colonoscopia que revelou material protésico com migração transmural, causando obstrução luminal. **Resultados:** Optou-se por intervenção cirúrgica que mostrou hérnia paraostomal encarcerada com isquémia segmentar do ileon e obstrução de colostomia por migração da prótese. O doente foi submetido a ressecção segmentar do ileon, ressecção segmentar do colon com prótese incluída e confecção de colostomia terminal, com colocação de prótese biológica para correção do defeito herniário. **Discussão:** Não existem, na literatura consultada, casos descritos de migração transmural de prótese de correção



de hérnia paraostomal. Os mecanismos fisiopatológicos deste tipo de migração, embora não sejam completamente conhecidos, podem ser atribuídos à reação inflamatória crônica causada pelo material protésico e aos movimentos peristálticos que facilitam a penetração do corpo estranho para o lúmen intestinal.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Manuela Romano, Alexandra Soares, Sergiu Usurelu, Pedro Silva Vaz, Luís Valência, António Gouveia
CONTACTO: Manuela Romano
EMAIL: manezitaromano@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 92)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Biloma Pós Colectomia... Primeira Apresentação de Neoplasia do Duodeno**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O adenocarcinoma do duodeno constitui a forma mais rara dos tumores peri-ampulares, com uma incidência de 0.035%. Os autores pretendem documentar a formação de um biloma após colectomia laparoscópica como forma de apresentação de um adenocarcinoma do duodeno **Material e Métodos:** Homem, 73 anos com antecedentes de gastrectomia subtotal (BII) há 30 anos por patologia benigna, que na sequência de litíase vesicular é submetido a colectomia laparoscópica. O pós-operatório complica com formação de um biloma. Do estudo realizado objetivava-se uma lesão ao nível da 2ª porção do duodeno com cerca de 7 cm **Resultados:** O doente realizou vários estudos de imagem, entre os quais a CPRE que revelou uma lesão polipoide séssil cuja histologia revelou tratar-se de pólopo adenomatoso. O doente foi submetido a Laparotomia Exploradora, confirmando-se a presença da referida lesão polipoide a cerca de 1 cm da ampola de Vater, que foi excisada. O extemporâneo não revelou malignidade. Durante o follow up constata-se recidiva da lesão cuja biópsia revela adenocarcinoma do duodeno, pelo que o doente foi submetido a duodenopancreatectomia ícefalica (DPC) **Discussão:** O adenocarcinoma do duodeno manifesta-se habitualmente como uma massa intraluminal polipoide. Neste doente, inicialmente, foi realizada apenas exérese da lesão pela informação do extemporâneo. O tratamento foi complementado com DPC

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Aires Martins, Manuel Ferreira, Álvaro Gonçalves, Teresa Almeida, José Luís, Jorge Campanário, Conceição Monteiro, Francisco Fazeres, Alberto Midões
CONTACTO: Aires Martins
EMAIL: aires75martins@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 30)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Síndrome de Meigs – Caso Clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Síndrome de Meigs é uma entidade rara que se caracteriza pela presença de ascite e

derrame pleural associados a um tumor sólido benigno do ovário, achados que regredem após excisão cirúrgica do tumor. Apenas 2-5% das neoplasias do ovário são fibromas e destes apenas 1-2% se apresentam na forma de Síndrome de Meigs. **Resultados:** Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino de 68 anos, que realizou ecografia ginecológica onde se identificou presença de ascite e massa pélvica de grandes dimensões. A TC mostrou derrame pleural esquerdo, volumosa ascite e massa pélvica com cerca de 17cm de provável natureza anexial direita. Fez também RM que mostrou volumoso tumor pélvico com aparente origem no fundo uterino. O CA 125 estava aumentado, com restantes marcadores tumorais normais. Foi feita paracentese e citologia ginecológica, ambas negativas para células malignas. Submetida a laparotomia, constatando-se presença de massa com origem no anexo direito, cuja benignidade foi comprovada em exame extemporâneo, procedendo-se a histerectomia total com anexectomia bilateral. No pós-operatório verificou-se boa evolução, com melhoria clínica e imagiológica gradual. A análise histológica revelou tratar-se de fibroma ovárico celular. **Discussão:** A apresentação do Síndrome de Meigs mimetiza a de uma condição maligna metastizada, pelo que o seu conhecimento é importante na decisão terapêutica. O diagnóstico definitivo é geralmente pós-operatório, verificando-se regressão da ascite e derrame pleural.

HOSPITAL: Hospital Litoral Alentejano, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do Hospital do Litoral Alentejano (1), Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Litoral Alentejano (2)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Andreia Ferreira (1), Manuel Colaço (1), Diogo Sousa (1), Diogo Marinho (1), Ana Cruz (1), Daniel Santos (1), Mariana Claro (1), Pierpaolo Cusati (2), José Augusto Martins (1)
CONTACTO: Andreia Ferreira
EMAIL: andreiasiferreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 270)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **A propósito de um caso clínico – Ileus Biliar**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Abordagem temática a propósito de um caso clínico **Material e Métodos:** História clínica Documentação com ilustração radiológica e do procedimento cirúrgico Revisão bibliográfica temática **Resultados:** Ilustração com corpo de póster da temática citada **Discussão:** Revisão epidemiológica, clínica, diagnóstica e de possíveis abordagens cirúrgicas

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Diogo Nogueira Pinto, Alberto Midões, Rui Escalera, Mariana Leite, Telma Brito, Diana Gomes, Luísa Pereira, Manuel Ferreira, Aires Martins, Álvaro Gonçalves, Mário Gonçalves
CONTACTO: Diogo Nogueira Pinto
EMAIL: dp.diogopinto@hotmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 565)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Divertículos do Cólon Sigmóide em Hérnia Deslizante – Quando o Raro e o Frequente se Encontram**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Aproximadamente 75% de todas as hérnias ocorrem na região inguinal. Hérnias deslizantes representam um tipo particular em que parte do saco herniário é constituído por um órgão retroperitoneal sendo maior o risco de lesão. A sua frequência em adultos é estimada em 6-8%. O diagnóstico é, habitualmente, intra-operatório. Embora raros, vários conteúdos para além de epíloon e intestino delgado podem ser encontrados numa hérnia inguinal. Estando apenas reportados 4 casos na literatura consultada, divertículos do cólon como conteúdo herniário são muito raros. **Material e Métodos:** Descreve-se o caso de um homem de 60 anos, com antecedentes de DM e apendicectomia, que recorreu ao médico assistente por tumefacção inguinal esquerda de longa evolução, mais evidente com esforços, não dolorosa e redutível. O exame físico revelou hérnia inguinal não complicada sendo proposta reparação electiva. Intra-operatoriamente, a abertura do saco herniário revelou hérnia deslizante constituída por cólon sigmóide com vários divertículos, sem sinais evidentes de diverticulite. Efectuou-se cuidadosa dissecação e redução do saco herniário. Correção por técnica de Lichtenstein. **Discussão:** As hérnias deslizantes constituem um desafio ao cirurgião. Atualmente, a excisão do saco não é considerada necessária. Cuidadosa dissecação do saco permite reparo livre de tensão como em qualquer hérnia inguinal. Abertura do saco é essencial para confirmar o diagnóstico. A presença de divertículos cólicos é muito rara, estando reportados poucos casos.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Soares, A.; Roque, J.; Mega, M.; Usurelu, S.; Gouveia, A.
CONTACTO: Alexandra Maria Santos Soares
EMAIL: xana_m_soares@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 336)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Hérnias Incisionais mediana e lombar: Relato de Caso**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As hérnias incisionais são soluções de continuidade músculo-aponevróticas secundárias ao encerramento ineficaz dos tecidos após cirurgia abdominal. Desenvolvem-se em 13 a 20% dos doentes laparotomizados. O tratamento com encerramento primário tem 30-50% de recorrência, enquanto a hernioplastia com prótese permite uma correção forte, sem tensão, com recorrência inferior a 10%. **Material e Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura sobre o tema. **Resultados:** Mulher de 44 anos, obesa, com litíase renal e pielonefrite crónica, tratada com nefrectomia direita que complicou com choque hipovolémico e sépsis secundários a lesão da veia cava inferior e perfuração do colón ascendente. Foi submetida a laparotomia exploradora, hemicolectomia direita, confeção de estoma, e posterior reconstrução do trânsito intestinal. Em consulta de pós-operatório foi detetada eventração lombar e mediana com componente

supra e infraumbilical. A TC revelou extensa eventração com 12 cm ântero-posterior, desde o plano subcostal até o plano da crista ilíaca ântero-superior direita. Foi submetida a correção da hérnia incisional mediana pela técnica de Rives-Stoppa e da eventração lombar com prótese retro muscular pré-peritoneal, que decorreu sem intercorrências e com pós-operatório favorável. **Discussão:** A colocação de prótese sintética abaixo dos músculos retos de acordo com a técnica de Rives-Stoppa e no plano pré peritoneal é o tratamento ideal para correção de hérnias incisionais volumosas medianas e laterais, respetivamente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Ricardo Vaz Pereira, Ana Monteiro, José Carlos Lage, Pedro Pinheiro, Arnaldo Nunes, Fernando Próspero
CONTACTO: Ricardo Jorge Vaz Pereira
EMAIL: ricardovazpereira89@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 15)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Colangites de repetição por quistos hidáticos hepáticos: a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O quisto hidático hepático surge como consequência de uma infecção parasitária pelo *Echinococcus granulosus*. Para além das manifestações clínicas causadas pela compressão local, infecção ou ruptura, pode ocorrer fistulização espontânea para as vias biliares intra-hepáticas, com maior incidência para os canais biliares à direita (55-60% dos casos), tendo como consequência a ocorrência de colangites de repetição. **Material e Métodos:** Mulher de 47 anos, com antecedentes de episódios repetidos de dor no hipocôndrio direito, vômitos, febre e icterícia. Em estudo analítico, detectada elevação dos parâmetros de colestase (FA 246, GGT 182). Efectuada TC abdominal que revelou a presença de formação hipodensa calcificada no segmento IV, com 76x66 mm, sugestiva de quisto hidático, tal como dilatação das vias biliares intra-hepáticas à direita, identificando-se dois pequenos quistos com aparente comunicação com a mesma. Anticorpos para hidatidose positivos. **Resultados:** Decidida realização de intervenção cirúrgica – hepatectomia direita e quistoperiquistectomia do segmento IV. Alta ao 6º dia de pós operatório, sem intercorrências, medicada com albendazol. Exame histológico confirmou a presença de ruptura intra-biliar de quistos hidáticos hepáticos. **Discussão:** A abordagem cirúrgica é a base do tratamento das complicações a longo prazo dos quistos hidáticos hepáticos, que deverá ser complementada com a associação a um anti-helmíntico pelo seu efeito sinérgico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A dos HUC (CHUC) e Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Fernando Azevedo, Marco Seródio, Henrique Alexandrino, F. Castro e Sousa
CONTACTO: Fernando Azevedo
EMAIL: fjcr.azevedo@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 560)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Volvo do delgado: e se for uma apendicite?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apresentamos o caso de uma doente idosa a quem foi diagnosticada oclusão intestinal, cuja laparotomia exploradora revelou volvo do delgado e apendicite. Pretende-se a reflexão sobre o diagnóstico diferencial. **Material e Métodos:** Observação da doente, dados clínicos, imagiológicos e histológicos do caso. **Resultados:** Uma doente de 81 anos, sem antecedentes relevantes, é trazida ao serviço de urgência por epigastrias com 3 dias de evolução, associadas a vômitos fecalóides e paragem de emissão de fezes. Ao exame abdominal: distensão e timpanismo, RHA ausentes, dor à palpação generalizada e sinais de irritação peritoneal. Toque retal: fecaloma volumoso. Sonda nasogástrica com drenagem fecalóide. A TC revelou oclusão ileal com ponto de transição na fossa ilíaca direita. Procedeu-se a laparotomia exploradora, constatando-se peritonite generalizada, com oclusão e necrose em ansa fechada de íleon a cerca de 30cm do cego. Observaram-se também sinais inflamatórios da porção distal do apêndice, pelo que foi realizada apendicectomia. A histologia revelou: lesão isquémica transmural do delgado e apendicite com necrose da parede e peritonite periapendicular. **Discussão:** O volvo do delgado é uma entidade muito rara, particularmente na população europeia. Dado o achado intra-operatório de apendicite, deve considerar-se a mesma como provável causa desta obstrução. No entanto, não se encontrou brida junto ao apêndice ileo-cecal que condicionasse esta oclusão. A raridade de ambos os diagnósticos torna difícil a eleição do mais provável.

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: J. Simões, C. Góis, F. Santos, S. Carlos, R. Cardoso, P. Moniz Pereira, J. Corte Real

CONTACTO: Joana Simoes

EMAIL: simoes.jff@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 296)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Um caso raro de dor na fossa ilíaca direita**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apresentação de um caso clínico raro de dor na fossa ilíaca direita (FID). **Material e Métodos:** Sexo feminino, 31 anos. Recorreu ao SU por dor abdominal no hipogastro, com posterior migração para a FID, com 3 dias de evolução. **Resultados:** À observação apresentava abdómen doloroso à palpação da FID, com defesa e reação peritoneal. Analiticamente aumento dos parâmetros inflamatórios e urina tipo II sem alterações. Ecografia abdominal e pélvica sugestiva de apendicite aguda. Colocou-se indicação cirúrgica. Na laparotomia, verificou-se apêndice ileocecal sem alterações, e a 60 cm da válvula ileocecal divertículo inflamado, a nível do bordo mesentérico. Procedeu-se a apendicectomia e diverticulotomia. Histopatologia compatível com apêndice ileocecal com discreta ectasia dos vasos da subserosa e segmento de intestino delgado compatível com divertí-

culo de Meckel. **Discussão:** O divertículo de Meckel é a malformação congénita mais frequente do trato digestivo, devido à persistência do canal onfalomesentérico. Pode complicar-se de ulceração, diverticulite, hemorragia, invaginação, oclusão intestinal, entre outras, ocorrendo mais frequentemente na idade pediátrica. É um verdadeiro divertículo e tipicamente está localizado no bordo antimesentérico. A localização mesentérica é rara, com poucos casos publicados na literatura. Está indicada a sua ressecção mesmo nos casos incidentais, pelo facto de poder ulcerar a vascularização do mesentério com consequências graves.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia II (1), Serviço de Anatomia Patológica (2) – Hospital Egas Moniz

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Débora Correia (1), Joana Romano (1), Luísa Cabral Moniz (1), Carlos Nascimento (1), Rogério Matias (1), Sância Ramos (2)

CONTACTO: Débora Correia

EMAIL: correiadebora@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 295)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: **Alternativas Técnicas à Trombose Portal, a Propósito de 2 Casos Clínicos**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A trombose venosa portal em transplantação permanece um desafio técnico. Sabemos que cerca de 10% dos doentes em lista ativa para transplante terão este diagnóstico no pre-operatório. Dependendo da extensão da trombose existem várias técnicas disponíveis que incluem: trombectomia da porta, uso de enxertos vasculares homólogos ou artificiais, arterialização da porta e ainda técnicas com necessidade de anastomose à veia cava, à veia renal ou à gástrica esquerda. **Material e Métodos:** Apresentamos o caso de dois doentes com trombose parcial da porta que se estendia à confluência espleno-porto-mesaraica com necessidade de reconstrução portal. O primeiro caso trata-se de uma doente de 36 anos de idade com recidiva da cirrose auto-imune com necessidade de 2º enxerto; e o segundo caso trata-se de um doente de 64 anos com cirrose hepática alcoólica. **Resultados:** Ambos os doentes apresentavam um shunt espleno-renal, pelo que foi realizado bypass venoso portal com enxerto em Y à mesentérica superior e à veia renal esquerda que se mantém patente e sem complicações no pós-operatório. **Discussão:** Os casos clínicos apresentados demonstram que a trombose portal não é uma contraindicação absoluta para transplante.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central

SERVIÇO: Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação (Director Prof. Dr. Eduardo Barroso). Hospital Curry Cabral, CHLC, Lisboa (1)

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Nádia Rodrigues Silva (1); João Santos Coelho (1); Américo Martins (1); Eduardo Barroso (1)

CONTACTO: Nádia Rodrigues da Silva

EMAIL: nadiarsilva@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 496)

SESSÃO: PO 7

TÍTULO: Cirurgia da tireoide: Prevalência de malignidade em doentes operados por patologia benigna ou indeterminada

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Actualmente as indicações para tireoidectomia incluem bócio sintomático, hipertiroidismo, nódulos tireoideus suspeitos e carcinoma. O objectivo deste estudo foi determinar a prevalência de patologia maligna quando esta não estava identificada previamente à cirurgia. **Material e Métodos:** Foram incluídos todos os doentes operados entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2015. Foram excluídas as intervenções por patologia maligna ou congénita. O despiste de malignidade foi realizado, quando justificado, com recurso a biopsia por agulha fina guiada por ecografia. **Resultados:** Foram incluídas 1094 cirurgias em 1076 doentes. Um total de 122 doentes (11,2%) apresentou malignidade no pós-operatório. Estes doentes foram operados por nódulos tireoideus (70), bócio multinodular (48), bócio uninodular (3) e bócio difuso (1). A histologia revelou a presença de 39 microcarcinomas papilares (32%), 72 carcinomas papilares (59%), 9 carcinomas foliculares (7,4%), 1 carcinoma medular (0,01%) e 1 carcinoma pouco diferenciado (0,01%). Sessenta doentes foram depois submetidos a totalização, sendo que 7 (11,7%) tinham ainda malignidade residual. Do total, em pelo menos 69 casos (6,3%) de carcinomas não foliculares, o diagnóstico de malignidade não foi realizado apesar de biopsia aspirativa do nódulo em causa. **Discussão:** Apresentamos um número não insignificante de neoplasias malignas diagnosticadas após cirurgia. A caracterização histológica da peça operatória mantém-se como a única possibilidade de diagnóstico numa percentagem importante dos casos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Nuno Machado; Vânia Fernandes; Joana Almeida; Luís Castro Neves; João Pinto-de-Sousa
CONTACTO: Nuno Manuel Dias Machado
EMAIL: nuno.dias.machado@gmail.com

SALA 1 2017-03-17 08:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 8)

SESSÃO: CO 4

TÍTULO: Ressecção anterior do recto com abordagem transanal: experiência inicial em 12 casos

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A excisão de tumores rectais baixos por via laparoscópica é difícil, particularmente nos homens e em doentes obesos. A abordagem interesfíntérica e transanal poderá constituir uma boa alternativa e apresentam-se os resultados iniciais com esta técnica. **Material e Métodos:** Entre Setembro 2013 e Julho 2016 foram avaliados 12 carcinomas rectais baixos seleccionados para a técnica transanal, com registo prospetivo dos dados.

Resultados: Nos 12 casos (7 mulheres) a neoplasia situava-se em média a 1,5 cm (0,5-3,0) da linha dentada. Após dissecação interesfíntérica precedeu à exérese transanal com Gelpoint em 9 doentes. A anastomose colo-anal foi efectuada com EEA nº 33 em 4 casos e manualmente nos restantes. Ocorreu uma lesão do ureter esquerdo, identificada no tempo abdominal, sendo reimplantado na bexiga após conversão. O pós-operatório médio foi de 9 dias (entre 4-20), tendo 2 doentes quadro suboclusivo prolongado. O mesorrecto estava incompleto num caso e a margem lateral invadida noutro. As peças continham 14 gânglios em média (entre 4-20). Não surgiram recidivas locais ou à distância (follow-up médio de 16 meses, entre 5-36). **Discussão:** Os resultados iniciais da ressecção transanal em tumores rectais baixos são promissores, mas sugerem ser necessária adequada aprendizagem e registo prospetivo de todos os casos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC, Serviço de Cirurgia A . CHUC
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Júlio Leite, A Manso, Alexandre Monteiro, Ana Oliveira, Manuel Rosete, F Castro Sousa.
CONTACTO: Julio Soares Leite
EMAIL: julio.s.leite@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 91)

SESSÃO: CO 4

TÍTULO: Técnica de Bascom Modificada no Tratamento da Doença Pilonidal Sacrococcígea

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A doença pilonidal sacrococcígea (DPS) apresenta-se de 2 formas: aguda (abcesso) ou crónica (primária ou recidivada). Um dos fatores predisponentes é a fenda glútea profunda, promotora de ambiente anaeróbico e ingurgitamento dos folículos pilosos, levando à inflamação crónica e abcessos. A exérese descentrada e elevação da fenda glútea (Técnica de Bascom Modificada (TBM)), foi reportada como tendo resultados favoráveis na DPS crónica. O objetivo do estudo é avaliar os resultados desta técnica em regime ambulatorio. **Material e Métodos:** Revisão dos doentes operados por DPS crónica em ambulatorio, entre 01/2014 e 06/2016 pela TBM, com registo dos dados demográficos, histológicos e morbilidade. **Resultados:** Registámos 338 cirurgias de 1/1/2014 a 31/6/2016; em 190 utilizou-se a TBM (56.2%), com média de 28 anos e 78% de homens. A complicação mais frequente foi a deiscência parcial (18.9%), seguida da deiscência total (3.7%). A cura primária foi 98.9% havendo recidiva em 2 casos (1.1%). Foi utilizada a TBM em 14 casos de recidiva (7.4%), 12 dos quais previamente operados por outra técnica. **Discussão:** A TBM é segura em ambulatorio, quer na DPS primária, quer recidivada. Apesar da deiscência parcial necessitar de cuidados de penso prolongados, há uma elevada taxa de satisfação dos pacientes, permite uma boa cicatrização, com bom resultado estético (na maioria dos casos), com retorno precoce à atividade. Temos de referir que o curto tempo de seguimento (5 a 35 meses), pode não ser suficiente para excluir recidiva.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de São João (1)



CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Vítor Devezas (1); Mariana Canelas Pais(1); Alexandre Duarte(1); Telma Fonseca(1); Fabiana Sousa(1); M^a Helena Bessa(1); Rui Soares Costa(1); J. Costa Maia(1)
CONTACTO: Vítor Bruno dos Santos Devezas
EMAIL: vitor.devezas7@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 47)

SESSÃO: CO 4

TÍTULO: **Carcinoma micropapilar invasivo puro da mama: Revisão de uma série de casos num período de 10 anos.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O carcinoma micropapilar invasivo (CMPI) é uma variante especial do carcinoma da mama. As células neoplásicas apresentam ausência de imunoreactividade para E-caderina, indicando perturbação nas moléculas de adesão celular, que poderá explicar maior propensão para invasão linfovascular e metastização ganglionar. **Material e Métodos:** Foram revistos todos os casos de carcinoma invasivo num período de 10 anos (1/2006 a 12/2015). Identificados 65 casos de CMPI puro e analisadas retrospectivamente características clínico-patológicas. **Resultados:** Em 65 doentes, 2 eram homens. O tumor variou de 0,3-10 cm; 41 (65%) casos eram tumores G2. Em 50 doentes com permeação linfática, 38 (76%) mostraram invasão linfovascular. Metastização ganglionar ocorreu em 39 (60%) casos e multifocalidade em 22 (34%). Em 59 (91%) casos registou-se positividade para RE e em 53 (82%) para RP; sobre-expressão HER2 em 21 (32%). Submetidos a neoadjuvância 15 (23%) doentes; cirurgia conservadora (CC) e BGS em 27 (42%); MT e BGS em 16 (25%); CC e EA em 4 (6%); e MRM em 18 (28%). Realizaram QT adjuvante 41 (63%) doentes. Registadas 9 (14%) recidivas, sob a forma local em 2 (3%) casos; regional 1 (2%); e sistémica 6 (9%). Taxa de mortalidade específica pela doença foi 6%. **Discussão:** A elevada taxa de multifocalidade, permeação linfática e metastização ganglionar sublinham o comportamento peculiar do CMPI. A baixa taxa de recidiva e mortalidade observadas poderão ser explicadas por um tratamento adequado e orientado pelas características biológicas do tumor.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral Hospital Central do Funchal (1), Anatomia Patológica IPO Porto (2), Oncologia Cirúrgica IPO Porto (3)

CAPÍTULO: Cirurgia Mamária

AUTORES: Diana Fernandes(1), Ana Luís(2), Carlos Gonçalves Dias(3), Conceição Leal(2), J. Abreu de Sousa(3)

CONTACTO: Diana Fernandes

EMAIL: dianarfernandes@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 256)

SESSÃO: CO 4

TÍTULO: **Cancro Gástrico: avaliação da resposta tumoral e ganglionar à quimioterapia neoadjuvante**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O cancro gástrico é um dos cancros mais comuns, com uma taxa de mortalidade elevada. A

quimioterapia (QT) neoadjuvante nestes doentes pode contribuir para reduzir a carga tumoral e a diminuir a invasão ganglionar. **Material e Métodos:** Foi feita uma análise retrospectiva a todos os doentes que foram submetidos a QT neoadjuvante previamente à cirurgia, entre Junho de 2012 e Março de 2016, demonstrando a taxa de regressão ganglionar (TRG) e tumoral. **Resultados:** Um total de 54 doentes foram incluídos, com uma média de idades de 61.5 anos. 82% dos doentes completaram 3 ciclos. Relativamente ao tratamento cirúrgico, 85,2% apresentaram neoplasias ressecáveis e 74% dos doentes tiveram uma abordagem com intuito curativo. A ressecção R0 foi conseguida em 91,3% dos doentes. Em 17,3% dos doentes foi alcançada uma boa resposta tumoral a QT (<10% de tumor residual), porém em 60,9% só foi possível obter uma regressão inferior a 50%. No que respeita à resposta ganglionar, apenas 4,3% dos doentes obtiveram uma resposta ganglionar completa e em 23,9% não houve resposta ganglionar. A TRG foi tanto mais expressiva quanto maior a regressão tumoral (52% para G1b, 29% para G2 e 11% para G3). Não se registou qualquer óbito no período peri-operatório. **Discussão:** Apesar de não se terem obtido taxas de regressão elevadas, a QT neoadjuvante parece ser útil ao fim de oferecer a possibilidade de ressecções R0 no cancro gástrico. No entanto, são necessários mais estudos de forma a avaliar o seu impacto na regressão e na sobrevida.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: (1) Interna de Formação Específica de Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal (2) Interno de Formação Específica de Ortopedia, Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal (3) Internos de Formação Específica de Anatomia Patológica, Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João, Portugal (4) Unidade de Patologia Esófago-Gastro-Duodenal, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal; (5) Diretor de Serviço, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica

AUTORES: Telma Fonseca (1), Catarina Pestana Muller (1), Ana Sofia Morais (1), Luís Ferreira Pinto (2), Tiago Maia (3), Jennifer Costa (3), José Barbosa (4), José Costa Maia (5)

CONTACTO: Telma Fonseca

EMAIL: tnvfonseca@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 127)

SESSÃO: CO 4

TÍTULO: **Punção de Nódulos Cervicais para Doseamento Bioquímico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A biópsia com agulha para citologia é um exame fundamental no estudo de nódulos cervicais, embora com falhas, sobretudo em lesões císticas. O aproveitamento do material na agulha para doseamento bioquímico aumenta a eficácia do exame. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo da punção de nódulos cervicais guiados por ecografia, para doseamento de tiroglobulina (TG), PTH e calcitonina, efectuada entre Fevereiro de 2010 e Abril de 2016. **Resultados:** Realizaram-se 300 punções em 222 nódulos cervicais e em 78 nódulos tireóides ou da loca tireóidea após cirurgia. Destes casos, 95



foram operados. Em 17 casos o valor elevado da TG no aspirado foi a chave para o diagnóstico da origem tireoideia (14 metástases ganglionares e 3 nódulos da loca) e subsequente cirurgia, porque em 7 a citologia só mostrou cisto, em 2 não revelou malignidade e em 8 foi inadequada. Noutro caso a citologia diagnosticou a metástase apesar da TG ser negativa. Trinta e seis casos de doseamento elevado de TG foram concordantes com a citologia. Em 6 doentes o doseamento de TG ganglionar foi elevado apesar da positividade de anticorpos anti-TG séricos. Em 2 carcinomas medulares com citologia inconclusiva, o doseamento de calcitonina nodular diagnosticou o tumor. Em 6 doentes foi diagnosticada uma paratiroide por PTH elevada em nódulo cervical, 2 dos quais com citologia de patologia tireoideia permitindo alterar a proposta cirúrgica

Discussão: A associação do doseamento bioquímico à citologia é muito importante para diagnóstico e tratamento de nódulos cervicais

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Gabinete de ecografia e biopsias 1,2, Unidade de Cirurgia Endócrina e Cervical 2. Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: João Capela Costa 1, 2, L. Matos Lima 2, José Costa Maia
CONTACTO: João Capela Costa
EMAIL: joacapela@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 415)

SESSÃO: CO 4

TÍTULO: **Colite ulcerosa: Biológicos ou Bolsa ileal?**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Perante um doente com colite ulcerosa moderada a grave que responde mal à terapêutica biológica poderá equacionar-se a alternativa cirúrgica. Contudo persistem as dúvidas sobre a qualidade de vida dos doentes com bolsas ileoanais, sendo o objectivo comparar as duas alternativas terapêuticas. **Material e Métodos:** Aplicação de questionários de IBDQ e SF-36 a doentes com colite ulcerosa sob terapêutica biológica e doentes submetidos a protocolectomia com bolsa ileal. **Resultados:** No grupo Biológico, dos 40 doentes elegíveis, obtiveram-se 24 respostas e no grupo Bolsa responderam 45 dos 62 contactados. Os grupos eram comparáveis relativamente a idade e sexo. No grupo Bolsa associavam casos de neoplasia (n=6), pouchitis (n=4) e fístulas (n=2). O score total do IBDQ foi significativamente inferior no grupo Biológico em relação com o grupo Bolsa (153.9±41.4 vs 178.9±30.1). O score total do SF-36 foi também inferior no grupo Biológico vs Bolsa (61.87±17.5 vs 76.20±17.4, p<0.001), sendo evidente em 6 dos 8 domínios: limitação física, dor corporal, percepção de saúde, vitalidade, actividade social e saúde mental. **Discussão:** A qualidade de vida avaliada pelos questionários IBDQ e SF-36 foi superior na bolsa ileoanal comparativamente à terapêutica biológica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A – Clínica Universitária da Cirurgia III (1), Serviço de Gastroenterologia (2)
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: A. Oliveira (1), M. Tomé (1), M. Rosete (1), A. Amaro (1), P. Lima (1), A. Manso (1), F. Portela (2), J. F. Leite (1), L. Tomé (2), F. Castro-Sousa (1)
CONTACTO: Ana Oliveira
EMAIL: ana_soliveira@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 237)

SESSÃO: CO 4

TÍTULO: **Fatores preditivos do síndrome da artéria esplénica pós transplante hepático: experiência de um centro.**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O síndrome da artéria esplénica (SAS) é descrito como uma diminuição do fluxo da artéria hepática (AH) associado ao aumento do fluxo na artéria esplénica (AE) ou na artéria gastroduodenal que resulta na hipoperfusão arterial. Os autores pretendem identificar factores preditivos do SAS. **Material e Métodos:** Doentes submetidos a transplante hepático (TH) entre 03/2010 e 08/2016. O grupo de estudo (GE) (n=27) corresponde aos casos que desenvolveram SAS e o grupo de controlo (GC) (n=48) aos casos que não desenvolveram. Foram analisadas variáveis dos doadores, receptores e enxertos e desenvolvidos ratios com base no volume do fígado, baço, calibre das AE e AH. **Resultados:** Observam-se diferenças em relação ao volume do baço, ratio volume baço/volume fígado e na diferença de calibres da AE e AH entre o grupo de casos e o controlo (1137,39 ± 512,91 cm³ vs 564,48 ± 377,23 cm³; 0,8517 ± 0,29 vs 0,50 ± 0,53; 2,15 ± 1,62 cm vs 0,83 ± 1,50 cm respectivamente). Em relação ao índice de resistência (RI) pós TH foram identificadas diferenças entre o GE e o GC (0,86 ± 0,13 vs 0,67 ± 0,12). A média da diferença entre o RI pré e pós oclusão é de 0,18 (± 0,14) o que demonstra uma melhoria após a oclusão da AE (p<0,001, IC: 95% 0,11-0,25). A média do rácio volume baço/IMC receptor é de 47,91 (± 24,53) no GE vs 20,31 (± 11,40) no GC. **Discussão:** O volume do baço, ratio volume baço/volume fígado e a diferença de calibres entre a AE e a AH no pré TH apresentam diferenças entre os grupos. A oclusão da AE demonstrou ser um tratamento eficaz.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: 1- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra 2- Unidade de Transplantação Hepática e Pediátrica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 3- Serviço de Imagem Médica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: L. Domingues (1), D. Diogo (2), P. Donato (3), F. Pereira da Silva (3), R. Martins (2), P. Oliveira (2), F. Caseiro Alves (3), E. Furtado (2)
CONTACTO: Dulce Diogo
EMAIL: netdiogo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 474)

SESSÃO: CO 4

TÍTULO: **Trauma torácico – análise retrospectiva de scores de gravidade**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A análise da severidade da lesão no trauma torácico fechado é de extrema importância. O New Injury Severity Score (NISS) e o Thoracic Trauma Severity Score (TTSS) são utilizados habitualmente na avaliação inicial das vítimas. O nosso objetivo foi avaliar se estes índices predizem com acuidade as complicações, a necessidade de ventilação mecânica (VM) e a mortalidade. **Material e Métodos:** Revisão retrospectiva dos doentes admitidos na nossa instituição com trauma torácico fechado em 2015. Análise de dados clínicos e demo-



gráficos e cálculo do NISS e TTSS. Análise estatística utilizando SPSS. **Resultados:** Incluídos 103 doentes, com idade média de 65.9anos, predominantemente do sexo masculino (68%, n=70). O mecanismo de lesão mais frequente foi a queda (54.5%), seguido do acidente de viação (28.2%). A maioria dos doentes tinha fratura de costelas (90.3%), pneumotórax em 42.7%, hemotórax em 36.9% e contusão pulmonar em 39.8%. Lesões traumáticas extra-torácicas em 38.8%. NISS médio foi de 18 (IQR 17). O TTSS foi calculado em 55 doentes – média de 10 (SD 3.094). Houve complicações em 14.1% dos doentes e mortalidade global de 3.8% (n=4). O NISS e o TTSS foram preditores estatísticos da necessidade de VM e de maior tempo de internamento, mas sem significância estatística para a predição de complicações ou mortalidade. **Discussão:** Embora o TTSS pareça ser um preditor de complicações nos doentes internados, seria necessária uma revisão com maior número de doentes. Poderá ser utilizado para uma referência precoce para unidades de cuidados intensivos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral de Trás-os-Montes e Alto Douro
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Cátia Ferreira, Nádia Tenreiro, Sílvia Silva, Ana Melo, Fernando Próspero Luis
CONTACTO: Cátia Marisa Alves Ferreira
EMAIL: catiaferreira7@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 393)

SESSÃO: CO 4

TÍTULO: **Cirurgia hepática laparoscópica – 10 anos de experiência.**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A ressecção hepática laparoscópica tem tido um crescimento progressivo e o espectro de indicações tem vindo a ser alargado, aproximando-se do das ressecções por via laparotómica. Pretendemos analisar a experiência de 10 anos em cirurgia hepática laparoscópica num centro especializado. **Material e Métodos:** Entre outubro de 2006 e outubro de 2016, foram propostos 136 doentes para cirurgia hepática laparoscópica (8% das cirurgias hepáticas) por carcinoma hepatocelular (20), metástases hepáticas (24), lesões sólidas benignas (61) e quistos hepáticos (31). Foram analisadas as variáveis: mediana da lesão, tempo cirúrgico, tempo de internamento, complicações, margens tumorais e sobrevida. **Resultados:** Foram convertidos 8 procedimentos (5,9%) e foram realizadas por laparoscopia 97 ressecções hepáticas (entre as quais 7 hepatectomias e 26 lobectomias esquerdas) e 31 fenestrações. Nas ressecções a mediana da lesão foi de 51,7mm, o tempo médio de cirurgia de 166min, a média de internamento de 5,6dias, verificaram-se complicações Clavien III-IV em 3 doentes (3%), todas as ressecções foram R0 e a sobrevida aos 5 anos nas metástases é de 46,7% e no CHC de 68,7%. Nas fenestrações a mediana da lesão foi de 147mm, a média do tempo cirúrgico de 119 min e a média do internamento de 6,8dias. Não se verificou mortalidade em nenhum dos grupos. **Discussão:** A cirurgia hepática laparoscópica pode ser realizada com segurança e com os benefícios inerentes à abordagem laparoscópica, em doentes selecionados e em centros de referência em cirurgia hepática.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia – CHBPT, Hospital Curry Cabral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Joana Figueiredo, Sofia Corado, Sofia Carrelha, Raquel Mega, Hugo Pinto Marques, João Santos Coelho, Américo Martins, Eduardo Barroso
CONTACTO: Joana
EMAIL: joanabfigueiredo@yahoo.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 76)

SESSÃO: CO 4

TÍTULO: **Perda ponderal na cirurgia bariátrica revisional: comparação de resultados**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia bariátrica revisional é prática comum em muitos centros de cirurgia bariátrica. Apesar de alguns estudos indicarem que pode ser menos eficaz e envolver mais riscos, estudos que comparem a cirurgia bariátrica primária com a revisional são ainda escassos. O objectivo deste estudo foi comparar os resultados das duas abordagens. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 792 doentes submetidos a cirurgia bariátrica primária ou revisional, incluindo 569 bypass gástricos laparoscópicos em Y de Roux (BG) e 223 gastrectomias verticais tipo sleeve (GS), na nossa instituição entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012. Avaliaram-se a percentagem de excesso de peso perdido (%EPP) e complicações. **Resultados:** Foram efectuadas 88 (11%) cirurgias revisionais (70 BG e 18 GS), devido a falha na perda de peso (n=49) ou complicações relacionadas com a cirurgia primária (n=39). O grupo da cirurgia primária esteve associado a uma %EPP aos 12 meses de 82,3% vs. 62,3% (p<0.001) no grupo revisional, para os doentes com BG, e 65% vs. 51,2% (p=0.012) para os doentes com GS. Registaram-se 36 complicações, mas não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na taxa de morbidade entre os grupos. **Discussão:** A cirurgia bariátrica revisional é bem tolerada, com resultados precoces satisfatórios e sem aumento no número de complicações, apesar de a %EPP não ser ainda comparável à da cirurgia bariátrica primária. São necessários estudos, com maior follow-up para determinar a eficácia a longo prazo destes procedimentos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Diana Gonçalves, Marina Morais, Hugo Santos Sousa, António Gouveia, Silvestre Carneiro, Eduardo Lima da Costa, José Barbosa, John Preto, J. Costa-Maia
CONTACTO: Diana Gonçalves
EMAIL: dianamgoncalves@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 245)

SESSÃO: CO 4

TÍTULO: **Avaliação da Recidiva no LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract): Resultados de um Hospital Terciário**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tratamento cirúrgico da fístula anal pode comprometer o aparelho esfíncteriano e resultar em incontinência. O LIFT é uma técnica recente, poupadora de



esfíncter, que permite o tratamento de fístulas complexas. Ao contrário das taxas de sucesso iniciais, metanálises recentes descrevem taxas de sucesso inferiores (76.4% (95% CI 68.9 – 82.5). Propusemo-nos a avaliar a taxa de recidiva e resultados funcionais desta técnica. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a LIFT entre Jan/2013 e Abr/2016 num hospital terciário. **Resultados:** Incluíram-se 31 doentes que completaram um seguimento médio de 10 meses. 10 doentes (32.3%) tinham fístulas simples e 21 (67.7%) fístulas complexas, dos quais 19 com cruzamento de mais de 30% do esfíncter anal externo (EAE) e três recorrentes. A maioria tinha sido submetida previamente a drenagem de abcesso anal e colocação de seton, 21 (67.7%) e 17 (54.8%) respetivamente. A taxa de recidiva foi 29% (n=9), num tempo médio de 6 meses. Não houve incontinência de novo. Na análise univariada, verificamos que os fatores de recidiva foram: recorrência (p=0.03), complexidade (p=0.007) e episódio prévio de drenagem de abcesso anal (p=0.007). O cruzamento de mais de 30% do EAE, seton prévio e tipo de cirurgia prévia, não foram preditivos de recidiva. **Discussão:** Os nossos resultados da utilização do LIFT são sobreponíveis aos relatados em metanálises recentes. Embora a taxa de recidiva seja maior em fístulas complexas, o baixo risco de incontinência constitui a sua maior valia.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: Departamento de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário do Porto (1), Unidade de Cirurgia Digestiva, Departamento de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário do Porto (2), Unidade de Cirurgia Geral de Ambulatório, Departamento de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário do Porto (3)
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Ezequiel Silva (1), Catarina Morais (1), Mónica G. Sampaio (2), Ana Povo (3), Marisa D. Santos (2)
CONTACTO: Ezequiel Silva
EMAIL: ezequiel88@gmail.com

SALA 2 2017-03-17 08:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 205)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **Carcinoma da mama microinvasor: Está justificado o estadiamento ganglionar?**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O carcinoma da mama microinvasor (CMI) define-se pela presença de um ou mais focos de invasão com extensão igual ou inferior a 1mm. Dada a heterogeneidade desta entidade não está ainda estabelecido se o seu perfil biológico a aproxima do carcinoma in situ (CDIS) ou se deverá ser encarada como uma lesão invasora. Pretende-se analisar as suas características clinico-patológicas através da revisão de casos consecutivos tratados na nossa instituição. **Material e Métodos:** Revisão retrospectiva de 142 doentes com o diagnóstico histológico definitivo de CMI, tratadas entre 2008 e 2015. **Resultados:** Observou-se uma mediana de idades de 57 anos e alterações ao exame objetivo presentes em 36 casos (25,3%). Os focos de invasão eram maioritariamente únicos (53,5%). Identificada positividade

para recetores de estrogénio e progesterona em 66,2% e 50,7%, respetivamente. A cirurgia conservadora foi o procedimento cirúrgico inicial em 64,1% dos casos e o gânglio sentinela foi biopsado em 140 doentes, com metastização em apenas 4 (2,9%). Realizado algum tipo de tratamento adjuvante em 79,6% das doentes. Observaram-se 4 casos de recidivas loco-regionais e à distância e a sobrevivência global foi de 97,8% aos 5 anos. **Discussão:** O CMI está habitualmente associado a CDIS extenso e não parece ter características biológicas ou patológicas específicas. Apresenta um baixo potencial de metastização ganglionar e tem globalmente um bom prognóstico. Os dados sugerem que a biópsia de gânglio sentinela requer uma decisão terapêutica individualizada.

HOSPITAL: Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral – Hospital do Divino Espírito Santo Ponta Delgada (1), Serviço de Cirurgia Geral – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (2), Serviço de Oncologia Cirúrgica – IPO Porto (3), Serviço de Oncologia Cirúrgica – IPO Porto (4), Serviço de Anatomia Patológica – IPO Porto (5), Serviço de Anatomia Patológica – IPO Porto (6), Serviço de Oncologia Médica – IPO Porto (7), Serviço de Oncologia Cirúrgica – IPO Porto (8), Serviço de Oncologia Cirúrgica – IPO Porto (9), Serviço de Oncologia Cirúrgica – IPO Porto (10)
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Ana Teresa Bernardo (1), Sílvia da Silva (2), Alexandre P. Sousa (3), Cátia Ribeiro (4), Mónica Farinha (5), Conceição Leal (6), Susana Sousa (7), Rosa Capelo (8), Fernando Castro (9), J. Abreu de Sousa (10)
CONTACTO: Ana Teresa Bernardo Silva
EMAIL: ana_teresasilva@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 112)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **Disfunção Bioenergética Hepática na Patogénese da Toxicidade da Quimioterapia num Modelo Animal de Hepatectomia Major com Clampagem do Pedículo**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A quimioterapia pré-operatória (QT) desempenha papel relevante no manejo de doentes candidatos a hepatectomia (Hp). Contudo, pode condicionar hepatotoxicidade, comprometendo a função hepatocelular pós-operatória. A função mitocondrial parece assumir papel relevante na resposta do parênquima hepático à agressão cirúrgica mas desconhece-se o seu papel na hepatotoxicidade da QT. **Material e Métodos:** Estudo experimental (ratos Wistar machos N=12). Administração intraperitoneal de oxaliplatina e 5-fluorouracil (grupo QT) ou veículo (grupo Ctl) durante quatro semanas. Realização de Hp 70% com clampagem do pedículo hepático (HPC). Sacrifício às 12h e colheita de: tecido hepático para estudos de bioenergética e histologia; sangue para doseamento de marcadores de disfunção hepática (bilirrubina, ALT, AST) e mitocondrial (glutamato desidrogenase GLDH). **Resultados:** A Hp com HPC associou-se a compromisso da fosforilação oxidativa, em particular no grupo QT (p=0.008). Apesar de não se ter verificado maior compromisso da função hepática no grupo QT, a deterioração do potencial de membrana mitocondrial correlacionou-se de forma significativa com o valor das transaminases (p<0.05). Os níveis de GLDH mostraram correlação forte e positiva com a bilirrubina pós-operatória



(p=0.005). **Discussão:** Este estudo experimental sugere o interesse da disfunção bioenergética na fisiopatologia da disfunção hepática pós-operatória após exposição à QT. Esta relação merece investigação mais detalhada, sobretudo do ponto de vista mecanístico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A dos Hospitais da Universidade de Coimbra – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (1), Clínica Universitária de Cirurgia III – Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra (2), Departamento de Ciências da Vida – Faculdade de Ciências e Tecnologia – Universidade de Coimbra (3), Centro de Neurociências e Biologia Celular – Universidade de Coimbra (4), Serviço de Anatomia Patológica dos Hospitais da Universidade de Coimbra – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (5)

CAPÍTULO: Investigação básica

AUTORES: Henrique Alexandrino (1,2), João Soeiro Teodoro (3,4), João Cardoso (2), Anabela Rolo (3,4), Rui Caetano Oliveira (5), Maria Augusta Cipriano (5), José Guilherme Tralhão (1,2), Carlos Palmeira (3,4), Francisco Castro e Sousa (1,2)

CONTACTO: Henrique Alexandrino

EMAIL: halexandrino123@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 590)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **Volume Tumoral Total como Critério de Selecção para Transplante Hepático em Doentes com Hepatocarcinoma Fora dos Critérios de Milão**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A selecção para Transplante Hepático (TH) de doentes com Hepatocarcinoma (HC) em cirrose é ainda hoje baseada nos Critérios de Milão (CM) que têm mais de 20 anos. O objectivo deste estudo é aferir a capacidade preditiva da medição do Volume Tumoral Total (VTT) como critério de prognóstico. **Material e Métodos:** Consulta de uma base de dados prospectiva entre Fevereiro de 1996 e Fevereiro de 2014, seleccionando doentes com HC em cirrose com confirmação histológica. O cálculo do VTT resultou da soma do volume de cada tumor aplicando a fórmula $(4/3)\pi R^3$. Foi aplicado um cut-off de 100 cm³ de VTT. **Resultados:** Estudados 231 doentes submetidos a TH por HC. Tempo de espera médio 3 meses. Sobrevivência global de 67% aos 5 anos, e de 74,5% para doentes dentro dos CM. A invasão microvascular foi a única variável independente de prognóstico. VTT < 100 cm³ obteve 73% de sobrevivência aos 5 anos. Em doentes fora dos CM com VTT < 100 cm³, a sobrevivência aos 5 anos foi de 64%. **Discussão:** O VTT é um indicador morfológico que pode ser usado como critério de selecção para TH por HC fora dos CM. Este é o primeiro estudo que valida este indicador numa população com um tempo de espera para TH curto.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central

SERVIÇO: Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação, Hospital de Curry Cabral, CHLC, Lisboa (Director Prof. Dr. Eduardo Barroso)

CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática

AUTORES: Mafalda Sobral, Sílvia Gomes da Silva, Hugo Pinto Marques, Américo Martins, Eduardo Barroso

CONTACTO: Mafalda Sobral

EMAIL: mafaldasnsobral@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 421)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **Síndrome de Roubo por Fístula Arteriovenosa: a propósito de casos clínicos**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Síndrome de roubo constitui uma entidade nosológica incomum, com um padrão fisiopatológico não totalmente esclarecido e de apresentação clínica variável. Esta síndrome caracteriza-se pela ocorrência de sinais e sintomas de insuficiência arterial distal à fístula arteriovenosa, dada a preferência de derivação do fluxo para esta. A resolução desta síndrome com possibilidade de conservação do acesso vascular apresenta-se como um desafio. **Material e Métodos:** Apresentamos 6 casos clínicos de doentes com Síndrome de Roubo e manifestações de isquémia periférica – avaliados no período de 2013 a 2016, numa amostra de 510 FAV. **Resultados:** Avaliada uma incidência de 1,18% nesta amostra. Na maioria dos casos (n=4) foi realizado tratamento cirúrgico do acesso através da técnica de DRIL (Distal Revascularization and Interval Ligation), com recurso a bypass autólogo (enxerto da veia safena interna), com resolução da síndrome e manutenção do acesso vascular. Num dos casos foi necessário encerramento do acesso vascular. **Discussão:** Com o aumento da incidência e prevalência de doentes renais crónicos em estadios terminais sob hemodiálise torna-se premente a manutenção dos acessos vasculares. A incidência desta síndrome na amostragem utilizada encontra-se de acordo com a reportada na literatura. Na maioria dos casos apresentados foi possível resolver a Síndrome de Roubo conservando a fístula arteriovenosa. Atualmente os doentes encontram-se com acesso viável e sem recorrência de sintomas

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil E.P.E (1); Serviço de Cirurgia C Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2)

CAPÍTULO: Cirurgia Vascular

AUTORES: Baião, J.M. (1); Ferreira, J.J. (2); Gonçalves, A. N. (2); Martins, R. (1); Almeida, C. C. (2)

CONTACTO: José Miguel Pereira Baião

EMAIL: josempbaiao@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 350)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **Carcinoma hepatocelular: estudo de biomarcadores no diagnóstico precoce e no prognóstico em doentes de risco**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Alguns biomarcadores (BM) poderão permitir diagnóstico precoce e conhecer o prognóstico do carcinoma hepatocelular (CHC) em doentes com cirrose. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo (360 doentes) em quatro grupos: Grupo1(G1)-HCC(n=102; estágio BCLC); Grupo2(G2)-cirrose(n=107); Grupo3(G3)-hepatiteHCV(n=33) e Grupo 4(G4)-controlos(n=141). Avaliados o VEGF, β -catenina(CTNNB1), AFP, Cistatina-B(CSTB) e Glipecano-3(GPC3). Os polimorfismos dos genes analisados por PCR/RFLP, expressão génica por qPCR e níveis séricos por ELISA. p < 0.05. **Resultados:**



Níveis aumentados de VEGF foram observados no G1 e G3, relacionados com o alelo mutante VEGF-C936T e VEGF-A1154G ($p=0,028$; $p=0,028$). Sobreexpressão de VEGF no G1 vs G2, G3 e G4 ($p=0,02$); de VEGF e AFP no G1 nos estádios BCLC B ($p=0,001$) e D ($p=0,008$). Sobreexpressão de CTNNB1 no estádio BCLC C vs B ($p=0,008$). Aumento sérico de GPC3, CSTB, VEGF e AFP no G1 vs G4 ($p<0,05$). A GPC3 foi relevante quando se discriminou G1 e G4 (área sob a curva(auc)=0,82). VEGF foi discriminatório de G1 vs G4 ($auc=0,71$). O CSTB discriminatório de G3 vs G4 ($auc=0,74$). Correlação positiva entre todos os genes exceto CSTB que se correlacionou apenas com CTNNB1 ($r=0,43$; $p=0,01$) e GPC3 com VEGF ($r=0,49$; $p=0,008$). **Discussão:** O protector celular CSTB sérico é um BM do diagnóstico precoce do CHC na HVC. O VEGF e GPC3 séricos são BM de diagnóstico precoce e prognóstico do CHC. Os polimorfismos de VEGF-A (C936T e A1154G) não estão associados com cirrose e CHC, no entanto influenciam os níveis séricos de VEGF.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: 1. Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica e de Adultos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal 2. Serviço de Cirurgia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal 3. Clínica Universitária de Cirurgia III, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal 4. Instituto de Biofísica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal 5. CIMAGO, Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal 6. Faculdade Estadual de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, Brasil 7. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Brasil 8. CNC.IBILL, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal 9. Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Ricardo Martins (1,2,3,4,5), R Fernandes-Ferreira (6), G D Tenani (6), M A S Pinhel (7), AL Bonini(6), J L Farto (6), A M Abrantes (4,5,8), R C M A Silva (6), JG Tralhão (1,2,3,4,5,7), M F Botelho (4,5,8), I F S Boin (9), E Furtado (1), F Castro-Sousa (2,3,4), D R S Souza (6), R F Silva (6)
CONTACTO: Ricardo Martins
EMAIL: ricksmarts@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 328)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **Factores de prognóstico no Carcinoma Hepatocelular em Transplantação Hepática: determinantes na alocação de órgãos?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Carcinoma Hepatocelular (CHC) é a neoplasia hepática primária mais frequente, desenvolve-se normalmente em fígado cirrótico, sendo o transplante hepático (TH) opção terapêutica eficaz. **Material e Métodos:** De 1 janeiro 2010 a 31 dezembro 2015, realizaram-se 333 TH (81 por CHC); idade média de 58,7±6,7(35-72) anos, 85% homens. A mediana do MELD foi 13 e 52% Child-Pugh B/C. A mediana de tamanho do maior nódulo foi 3,4(1-8)cm e em 45,6% lesão única; critérios de Milão (CM) em 56% dos casos e em 70% Critérios Universidade de São Francisco (USF); 44% realizaram terapêutica

neoadjuvante. Estudo de factores de prognóstico (FP) de sobrevivência global (SG) e sobrevida livre de doença (SLD). Análises uni e multivariada ($p<0,05$). **Resultados:** Aos 90 dias mortalidade (4,9%) e morbidade major (37%). Após mediana de follow-up de 23±22(1-80)meses, a SG foi de 68±3 meses-83,2% aos 5 anos; SLD foi de 60±4 meses-76,8% aos 5 anos. Os FP ($p<0,05$) de pior SG foram: exclusão dos CM e USF, alfa-fetoproteína (AFP)>200ng/mL, diâmetro do maior nódulo>5cm e 4-5 nódulos. Os FP ($p<0,05$) de pior SLD: invasão microvascular, diâmetro maior nódulo>5cm, AFP>100ng/mL. Na análise multivariada ($p<0,05$) AFP>200ng/mL na SG e invasão microvascular na SLD constituíram-se factores preditivos de pior prognóstico. **Discussão:** O TH é uma excelente opção terapêutica do CHC. Dada a escassez de órgãos, a selecção de receptores deve ser criteriosa, com precauções no uso de critérios expandidos, na presença de invasão microvascular e de valores de AFP>200ng/mL.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: 1 – Unidade Transplantação Hepática Pediátrica e de Adultos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (UTHPA, CHUC) 2 – Serviço de Cirurgia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 3 – Clínica Universitária de Cirurgia III, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) 4 – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra 5 – Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 6 – Instituto de Biofísica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra 7 – CIMAGO, Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: R. Martins (1,2,3,6,7), D. Castanheira (4), RC Oliveira (5), D. Diogo (1), P. Oliveira (1), H. Alexandrino (1,2,3), M. Seródio (1,2,3), C. Bento (1), MA Cipriano (4), JG Tralhão (1,2,3,6,7), E. Furtado (1)
CONTACTO: Ricardo Martins
EMAIL: ricksmarts@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 410)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **A importância da proteína C-reativa na cirurgia colo-rectal: experiência de um serviço**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As complicações anastomóticas na cirurgia colo-rectal são das mais temidas pela morbimortalidade associada. Por isso, têm surgido vários estudos de preditores de complicações anastomóticas como algumas proteínas de fase aguda. O objetivo deste trabalho foi caracterizar o papel da PCR como preditor de complicações anastomóticas na cirurgia colo-rectal. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 346 doentes submetidos a cirurgia colo-rectal com confecção de anastomose primária desde Janeiro de 2013 a Setembro de 2016. Foram recolhidas informações demográficas, clinico-patológicas e morbi-mortalidade, e valores de PCR pré-operatória e do 1º ao 5º dia pós-operatório. **Resultados:** Na amostra estudada, a taxa global de complicações anastomóticas foi de 11,6%, com mortalidade global de 2.1%. A PCR pré-operatória e a do 1º dia não têm valor discriminativo estatisticamente significativo. As PCR do 2º ao 5º dias apresentam discriminação e valor



preditivo negativo (VPN) progressivamente maiores – área ROC > 0.642 e VPN > 92%, respectivamente ($p < 0.005$). A PCR do 5º dia apresenta o melhor poder discriminativo (área ROC 0.801), com cut-off de 14.88 (sensibilidade 83,3%; VPN 94.7%). **Discussão:** Nesta série, a PCR apresenta valor discriminativo significativo a partir do 2º dia, com melhoria da acuidade ao 5º dia. Apesar da sensibilidade ser cerca de 80%, o VPN elevado permite assegurar que um doente com PCR abaixo do cut-off tem baixo risco de complicações anastomóticas, tornando-se um instrumento com utilidade clínica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (2) Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Liliana Duarte (1,2), Sara Catarino (1), Fernando Valério(1), Jorge Gama (2), Carlos Casimiro(1)
CONTACTO: Liliana Duarte
EMAIL: lilianacduarte@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 351)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **Polipose Gastroduodenal na Polipose Adenomatosa Familiar**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Após realização de colectomia profiláctica, o carcinoma gastroduodenal é a principal causa de morte nos doentes com Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), sendo crucial a prevenção e/ou detecção precoce destes tumores de forma a melhorar o prognóstico. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo que inclui os doentes com diagnóstico clínico e/ou genético de PAF seguidos na Consulta de Alto Risco de Tumores Digestivos. **Resultados:** Incluídos 82 doentes. Em 86,6% a polipose colo-rectal foi a primeira manifestação. Durante o período de vigilância, 42 doentes (51.2%) desenvolveram polipose gastroduodenal: 23 pólipos do corpo gástrico, 15 pólipos das glândulas fúndicas e 27 pólipos duodenais. Vinte doentes (24.6%) apresentavam polipose duodenal e gástrica. A mediana de tempo de aparecimento da polipose gastroduodenal após cirurgia colo-rectal foi de 4 anos. Registou-se evolução para carcinoma gástrico em 3 doentes (7.1%) e duodenal em 2 (4.8%). **Discussão:** A polipose gastroduodenal é a 2ª manifestação mais frequente da PAF. Sem estratégias terapêuticas profilácticas a progressão para carcinoma é inevitável, sendo fundamental a instituição de protocolos de vigilância e tratamento (por técnicas endoscópicas ou cirurgia profiláctica). Na nossa série, contrariamente ao descrito na literatura, houve uma maior frequência de carcinomas gástricos, em detrimento dos duodenais, o que tem implicações na reconstrução do trânsito digestivo de forma a permitir a vigilância do duodeno.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João EPE
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Fabiana Sousa (1), Manuela Baptista (1), André Magalhães (1), André Pinho (1), Cristina Fernandes (1), Vítor Devezas (1), José Barbosa (1), José Costa Maia (1)
CONTACTO: Fabiana Sousa
EMAIL: fabiana.s.sousa52@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 233)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **“Análise de padrões histopatológicos de metástases de carcinoma colorretal e correlação com características do tumor primário”**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Nos últimos anos, as características clínico-patológicas (CCP) são um factor de prognóstico do carcinoma colorretal (CCR), nomeadamente o padrão de crescimento (PC) das metástases hepáticas (MxH). A possibilidade de prever esse padrão com recurso às CCP do tumor primário (TP) poderá permitir uma abordagem terapêutica mais adequada desta entidade nosológica. **Material e Métodos:** Analisados CCP de doentes submetidos a ressecção de MxH de CCR entre janeiro de 2010 e julho de 2013 (N=110; 81M;29F), cujo TP foi ressecado na nossa instituição (N=30; 22M; 8F): localização, tamanho, tipo macro e microscópico e caracterização imunohistoquímica com CK20, E-caderina e proteína P53. A maioria dos CCR estavam no cólon direito (34,4%) e eram síncronos (59,4%); mediana de tamanho do TP de $4\text{cm} \pm 1,5$ (1-9cm) e mediana de $3,09 \pm 3,196$ (1-13) MxH. O padrão macroscópico mais prevalente foi o ulcerado (50%) e o microscópico foi o infiltrativo (75%). **Resultados:** Características do TP que se associam com os PC das MxH: subtipo macroscópico ulcerado do tumor primário com MxH de PC expansivo ($p=0,033$); fenótipo nulo P53 no tumor primário e PC expansivo na MxH ($p=0,006$); CK20 positiva e PC expansivo da MxH ($p=0,009$). Houve ainda associação entre subtipo microscópico expansivo e MxH superiores a 3cm ($p=0,037$) e metástases ganglionares cólicas com MxH síncronas ($p=0,037$). **Discussão:** Em função das CCP do TP é possível prever o PC das MxH e identificar doentes com maior risco em que se poderá realizar um follow-up distinto.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (1), CNC.IBILI, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2), Serviço de Cirurgia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (3), Clínica Universitária de Cirurgia III, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (4), Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia (CIMAGO) (5), Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, FMUC (6)
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Rui Caetano Oliveira (1, 2, 5), Henrique Alexandrino (3, 4), Maria Augusta Cipriano (1), Ana Margarida Abrantes (2, 5, 6), Ricardo Martins (3, 4), José Guilherme Tralhão (3, 4, 5, 6), Maria Filomena Botelho (2, 5, 6), Lígia Prado e Castro (1), Francisco Castro e Sousa (3, 4)
CONTACTO: Rui
EMAIL: ruipedrocoliveira@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 583)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **O Papel da Hepaticocoledocostomia na Reparação das Lesões Iatrogénicas da Via Biliar**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As lesões iatrogénicas das vias biliares (LIVB) ocorrem em cerca de 0,2-0,4% dos doentes submetidos a colecistectomia. É um incidente grave, com



impacto na qualidade de vida, estando descritos 3-9% de casos de mortalidade. Classicamente estas lesões são reparadas com hepaticojunostomias (HJ), que a longo prazo podem ter complicações em 20%-40% dos doentes, e que a curto prazo apresentam taxas de complicações superiores as hepaticocoledocostomias (HC). A HC pode ser uma alternativa viável mantendo integra a anatomia da via biliar e possibilitando a abordagem endoscópica. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 75 doentes consecutivos com LIVB submetidos a cirurgia de reparação (CR) primária/precoce com HJ ou HC no nosso Centro entre 2005 e 2016. Analisaram-se variáveis clínico-patológicas e morbi-mortalidade global. **Resultados:** Dos 75 doentes submetidos a CR primária/precoce no nosso centro, em 65,3% a lesão foi reparada com HJ e em 34,7% com HC. Segundo a classificação de Hannover 65,3% destas lesões são D2, D3 e D4. Em 29,3% dos doentes co-existiu lesão vascular, e em 50,7% sepsis/peritonite biliar. A mortalidade operatória global foi de 8% e a morbilidade global foi de 48%. 17,3% tiveram complicações tardias. No grupo HJ a morbilidade foi de 53,1% e a mortalidade de 8,16%. No grupo HC a morbilidade operatória foi de 38,5% e a mortalidade de 7,69%. **Discussão:** A HC parece-nos uma alternativa viável e segura, na reparação de LIBV, devendo ser feita em centros com diferenciação em cirurgia hepato-bilio-pancreática.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Unidade de Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática e de Transplantação, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central
CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática
AUTORES: Susana Rodrigues, Jorge Lamelas, Tânia Almeida, Raquel Mega, João Santos Coelho, Hugo Pinto Marques, Américo Martins, Eduardo Barroso
CONTACTO: Susana Rodrigues
EMAIL: susana.ccr@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 376)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **Variante Folicular de Carcinoma Papilar – Quando uma Doença Benigna?**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A variante folicular do carcinoma papilar é a mais desafiante em termos diagnósticos e prognósticos. Várias publicações documentam o baixo potencial de malignidade deste subtipo histológico, quando encapsulado e sem angioinvasão. Os autores propõem-se a determinar o potencial maligno e comportamento dos carcinomas papilares de variante folicular nos doentes operados num Serviço de Cirurgia Geral. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos casos com diagnóstico de carcinoma papilar variante folicular, em 12 anos. Compararam-se dois grupos de tumores: encapsulados e sem angioinvasão (grupo1) e não capsulados, com invasão da cápsula ou não descrita (grupo2). Foram consultados 1429 processos clínicos e analisados com recurso ao SPSS. **Resultados:** Em 409 doentes obteve-se malignidade: 91.9% eram carcinomas papilares. A variante folicular foi verificada em 133 casos e destes, 28 eram encapsulados e sem angioinvasão. Quanto ao grupo1, 17.8% eram T1a, 39.2% T1b e 7.1% T3. No grupo 1 a ressecção cirúrgica foi R0 na totalidade dos

casos e em nenhum se verificou metastização ganglionar. **Discussão:** Conclui-se pelo estudo em questão que se tem vindo a sobretratar aquilo que se revela agora como uma doença benigna, dado que não se obteve nenhum caso de recidiva ou metastização nos doentes do grupo 1, contrariamente aos do grupo2.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do CHVNG/E
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Fonseca, S.; Torre, A.; Barbosa, L.; Graça, S.; Póvoa, A.; Esteves, J.; Soares, C.; Maciel, J.
CONTACTO: Sofia Filomena Pereira Fonseca
EMAIL: sophia_ffonseca@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 385)

SESSÃO: CO 5

TÍTULO: **Haverá diferença na qualidade da linfadenectomia realizada em cirurgia urgente em relação à eletiva, nos doentes com cancro do cólon?**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O cancro do cólon é uma das neoplasias mais comuns a nível mundial. Programas de rastreio têm levado à sua deteção precoce, contudo, ainda surgem muitos casos de doença avançada, por vezes com necessidade de tratamento urgente. Atendendo às circunstâncias em que as cirurgias urgentes ocorrem, por vezes com risco de vida, muitos acreditam que nem sempre se cumprem os critérios para ressecção oncológica. O objetivo foi comparar as linfadenectomias realizadas eletivamente ou em contexto de urgência em doentes com cancro do cólon. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo onde foram analisados os doentes operados por cancro do cólon no nosso Serviço entre 2010-2014. O nº total de gânglios excisados e a proporção de doentes com linfadenectomias inadequadas para estadiamento (<12 gg) foi comparado. Os dados foram ajustados em relação à idade, localização do tumor, e grau de diferenciação do cirurgião. **Resultados:** 346 doentes cumpriam os critérios de inclusão: 252 (72.8%) operados eletivamente e 94 (27.2%) de urgência. A média de gânglios excisados foi maior no grupo de doentes operados eletivamente (18.58 vs. 17.04), mas a diferença não foi estatisticamente significativa (p=0.209). A proporção de doentes com linfadenectomias inadequadas para estadiamento, também não apresentou diferenças significativas. **Discussão:** Os resultados obtidos neste estudo não confirmam que as linfadenectomias realizadas em cirurgia urgente sejam menos eficazes, permitindo o correto tratamento e estadiamento oncológico da doença.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia B – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; (2) Serviço de Anatomia Patológica – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Viveiros D (1), Simões J (1), Melo C (1), Rodrigues P (2), Lázaro A (1), Oliveira FJ (1)
CONTACTO: Duarte Miguel Albuquerque da Silva Viveiros
EMAIL: duarteviveiros@hotmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 88)

SESSÃO: CO 6

TÍTULO: **Tratamento Cirúrgico do Carcinoma do Esófago – Experiência de um Centro Hospitalar**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O cancro do esófago, considerado o 8º mais comum e a 6ª causa de morte por cancro em todo o mundo, apresenta sobrevidas aos 5 anos de 15-25%. A esofagectomia é a modalidade terapêutica curativa primária para os casos localizados, associando-se contudo a morbimortalidade elevada. Os autores analisam os resultados cirúrgicos obtidos nos doentes submetidos a Esophagectomia por abordagem Totalmente Minimamente Invasiva (TMI) ou Híbrida. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes operados por Carcinoma do Esófago num hospital central entre 08/2007 e 01/2016. **Resultados:** Foram operados 51 doentes, com média de idades de 61 anos; 43 (85%) eram homens. As lesões localizavam-se no terço médio em 22 (43.1%) ou inferior em 23 (45.1%); 36 (70.6%) eram carcinomas epidermóides. Realizaram tratamento neoadjuvante 36 (70.6%), com uma taxa de resposta patológica completa de 22.2%. Foi efetuada a técnica de Ivor-Lewis em 39 (76.5%); em 30 (59%) a abordagem foi TMI. A morbidade global foi 41.2% (21); mortalidade a 30 dias 2% (1) e hospitalar 3.9% (2). Obtiveram-se ressecções R0 em 96.1% (100% nas TMI); a mediana do número de gânglios ressecados foi 16. **Discussão:** Ao contrário da tendência ocidental mais recente, a maioria dos nossos casos são epidermóides. Nos últimos 5 anos, a abordagem preferencial foi a TMI, com vantagens na recuperação pós-operatória dos doentes, sendo 100% das ressecções R0. A técnica de Ivor-Lewis foi a mais utilizada (76.5%). Os resultados cirúrgicos descritos são idênticos aos de outros centros europeus.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de São João (1)

CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica

AUTORES: Vítor Devezas(1); Marisa Aral(1); H Santos-Sousa(1); António Gouveia(1); Fabiana Sousa(1); Eduardo L. Costa(1); John Preto(1); Manuela Baptista(1); António Ferrão(1); António Pereira(1); Vítor Devesa(1); Silvestre Carneiro(1); José Barbosa(1); J. Costa Maia(1)

CONTACTO: Vítor Bruno dos Santos Devezas

EMAIL: vitor.devezas7@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 110)

SESSÃO: CO 6

TÍTULO: **Metástases Hepáticas de Carcinoma Gástrico: Qual o Papel da Ressecção? Revisão Clínica e Patológica da Experiência de um Serviço**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hepatectomia (Hp) por metástases hepáticas de carcinoma gástrico (MHCG) é aceitável em doentes seleccionados. Contudo, os factores com implicações prognósticas são ainda largamente desconhecidos. **Material e Métodos:** Revisão clínico-patológica dos doentes submetidos a Hp por MHCG (Janeiro/1991 a Agosto/2016). Vinte e um doentes (13 do sexo mascu-

lino); idade média 67±9,9 anos. Apresentação síncrona: 17 casos. Nódulo único: 12 doentes. Tamanho médio: 34±23mm. Realizadas 15 Hp minor e seis Hp major. Ressecção síncrona do tumor primário: oito casos. Morbilidade definida aos 90 dias (Dindo-Clavien). Análise estatística (SPSS 23.0). **Resultados:** Morbilidade major: 5 casos (23,8%); mortalidade: 1 caso (4,8%) (sepsis por deiscência anastomótica em ressecção síncrona). Sobrevida média de 35 meses; sobrevida global (OS) aos 5 anos de 16%. Factores associados a melhor sobrevida: ressecção metácrona (p=0.147); intervalo superior a 8 meses entre ressecção do primário e Hp (p=0.067); tumores do corpo ou antro (0.072); tamanho da maior metástase inferior a 20 mm (p=0.017); e ausência de morbilidade major (p<0.001). Análise multivariada (regressão de Cox): ressecção metácrona (OS aos 5 anos: 25%) e tamanho inferior a 20 mm (OS aos 5 anos: 33%) como factores independentes de melhor sobrevida (p<0.05). **Discussão:** Em doentes seleccionados com MHCG, a Hp é uma terapêutica a considerar. A ressecção metácrona e a menor carga tumoral estão associadas a melhor sobrevida, possivelmente traduzindo biologia tumoral mais favorável.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

SERVIÇO: Clínica Universitária de Cirurgia III – Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra (1), Serviço de Cirurgia A dos Hospitais da Universidade de Coimbra – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2), Serviço de Anatomia Patológica dos Hospitais da Universidade de Coimbra – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (3)

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Maria José Temido (1), Henrique Alexandrino (1,2), Rui Caetano Oliveira (3), Luís Ferreira (2), Ricardo Martins (1,2), Marco Seródio (1,2), Mónica Martins (1,2), Maria Augusta Cipriano (3), J. Guilherme Tralhão (1,2), Francisco Castro e Sousa (1,2)

CONTACTO: Henrique Alexandrino

EMAIL: halexandrino123@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 287)

SESSÃO: CO 6

TÍTULO: **Paradigma dos Carcinomas Mucinosos na Abordagem das Metástases Hepáticas – Experiência de 5 Anos de um Centro de Referência**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O objetivo deste trabalho é comparar a sobrevida dos doentes após ressecção de metástases hepáticas de adenocarcinoma colorectal (MHCCR) mucinoso versus não mucinoso. **Material e Métodos:** Neste estudo avaliámos dois grupos com volume tumoral semelhante, operados no período de 2009-2014: um grupo de 248 doentes com MHCCR não mucinoso e um grupo de 30 doentes com MHCCR mucinoso. Comparámos a sobrevida dos doentes com MHCCR mucinosas e não mucinosas, tendo em conta o estadiamento TNM, o intervalo livre de doença entre o tumor primário e a metastização, o número e tamanho máximo das metástases, a presença de doença extra-hepática e a realização de quimioterapia pré-operatória e pós-operatória. **Resultados:** No grupo dos não mucinosos a localização mais frequente do primário foi no cólon sigmoide (52%), 60% tinham N+, 48% apresentavam doença síncrona e 44% tinham metástases bilobares. 45% receberam QT pré-operatória e 60% receberam QT adjuvante. No grupo dos mucinosos



nosos a localização mais frequente do primário foi no cólon direito (40%), 47% tinham N+, 90% apresentavam doença síncrona e 60% tinham metástases bilobares. 63% receberam QT pré-operatória e 70% receberam QT adjuvante. A sobrevida dos carcinomas mucinosos aos 5 anos foi de 24.3% e dos não mucinosos foi de 40.1%. **Discussão:** Na nossa série à semelhança do descrito noutras séries encontramos que a localização dos carcinomas mucinosos é sobretudo ao nível do cólon direito e a sobrevida é inferior à dos não mucinosos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação (Director Prof. Dr. Eduardo Barroso). Hospital Curry Cabral, CHLC, Lisboa
CAPÍTULO: Cirurgia Hepático-Bilio-Pancreática
AUTORES: Nádía Rodrigues da Silva(1); João Santos Coelho(1); Américo Martins(1); Eduardo Barroso(1)
CONTACTO: Nádía Rodrigues Silva
EMAIL: nadiarsilva@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 14)

SESSÃO: CO 6

TÍTULO: **Tamanho do nódulo, sexo e idade – qual a importância nas LFSI da tiróide?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A categoria III de Bethesda para as citologias da tiróide não é consensual. Os autores pretendem estabelecer um valor preditivo para carcinoma em doentes com lesões foliculares de significado indeterminado (LFSI) de nódulos da tiróide através da análise de três variáveis, tamanho do nódulo, sexo e idade **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 671 citologias aspirativas por agulha fina (CAAF) da tiróide, classificadas como LFSI, entre Janeiro de 2012 e Junho de 2015. Foram analisadas as variáveis tamanho do nódulo, sexo e idade através do software SPSS **Resultados:** 3696 doentes, submetidos a 4549 CAAF, sendo 14,8% delas inicialmente classificadas como LFSI. 195 doentes foram submetidos a cirurgia. O risco de malignidade nos doentes operados foi de 29,7%. O tamanho médio dos nódulos foi de 24.4mm, sendo maior nos homens que nas mulheres (27mm/24mm). O tamanho médio dos nódulos benignos foi 26.5mm enquanto que para os nódulos malignos foi 25mm. Os carcinomas foliculares foram maiores que os papilares (34mm/26.8mm). Houve prevalência de nódulos malignos no sexo feminino (30.7%/24.1%) e em idades mais jovens **Discussão:** A única variável preditiva para carcinoma nas LFSI, na nossa série, foi a idade. A análise multifactorial efectuada revelou uma redução de 3%/ano de probabilidade de carcinoma. Doentes acima dos 70 anos tiveram 5 vezes menos probabilidade de lesões malignas que aqueles com 40 anos. Em doentes acima dos 70 anos de idade com nódulos com citologia de LFSI os autores propõem que possa ser feita apenas vigilância

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia II – Hospital Egas Moniz (1), Serviço de Endocrinologia (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Ricardo Rodrigues Marques (1), Ana Alves Rafael (1), Sílvia Sofia Silva (1), João Sequeira Duarte (2), Luís Viana Fernandes (1)
CONTACTO: Ricardo Rodrigues Marques
EMAIL: rm.rodriguesmarques@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 532)

SESSÃO: CO 6

TÍTULO: **Avaliação de Resultados e da Qualidade de Vida após Coloproctectomia Total**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Após a coloproctectomia total (CPT) devemos se possível fazer a reconstrução com uma bolsa ileal. A bolsa ileal altera a qualidade de vida (QdV). A CPT é a cirurgia indicada na Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) entre outras situações. Avaliamos a QdV após CPT nos doentes operados numa instituição entre 1/2007 e 6/2015 **Material e Métodos:** Estudo observacional e descritivo dos doentes, e aplicação dos questionários EORTC QLQ CR30 (QdV global) e EORTC QLQ CR29 específica para o cancro colorectal. Feita revisão dos processos clínicos e análise estatística por SPSS. **Resultados:** Operados 39 doentes, 61,5% eram homens, mediana de idade de 43A. A principal indicação cirúrgica: PAF (53,8%); na série 46% tinham cancro. A CPT foi realizada em 87,2% dos doentes numa única cirurgia, restantes com colectomia total prévia. Foi feita uma bolsa em 74,4% dos casos. Houve morbidade em 71,8% dos doentes, a maioria (82,2%) Clavien-Dindo I. Por óbito de 7 dos 39 doentes, foram aplicados questionários a 32 dos quais responderam 28. No QLQ-C30 a QdV média foi de 55 (escala 0-100); nas escalas funcionais houve melhora score nas performances física e quotidiana, sendo a mais baixa a social (67,5%); nas escalas de sintomas, os piores são a diarreia e as dificuldades financeiras. No QLQ-C29, nas escalas funcionais destaca-se a taxa elevada de má imagem corporal e nas escalas de sintomas, taxas elevadas de irritação cutânea perianal e aumento da frequência de dejeções **Discussão:** A CPT é uma cirurgia segura associada a boa QdV.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Filipa Taré (1); Hugo Capote (1); Rita Barroca (2); Manuel Limbert (2); Luis d'Orey Manoel (2); Ilda Barbosa (1)
CONTACTO: Filipa Alexandra Gonçalves Taré
EMAIL: filipatare@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 59)

SESSÃO: CO 6

TÍTULO: **Impacto funcional do tratamento cirúrgico da neoplasia do recto (convencional vs laparoscópico) na qualidade de vida.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O avanço da cirurgia e a multimodalidade de tratamentos têm permitido uma diminuição da morbi-mortalidade dos doentes com cancro do recto. Este trabalho compara os índices de incontinência anal, proctalgia, tenesmo, disfunção sexual e incontinência urinária em doentes submetidos a cirurgia do recto laparoscópica e convencional. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de 60 doentes submetidos a cirurgia de cancro do recto (30 por cirurgia convencional e 30 por laparoscopia), entre Setembro/12 e Agosto/16, com inquérito telefónico baseado no questionário EORTC QLQ-CR29. **Resultados:** Incluíram-se 60 doentes, 30 tratados convencionalmente e 30 por laparoscopia (21



sexo feminino, 39 sexo masculino). Descrevem-se 44 ressecções anteriores do recto (24 convencionais, 20 laparoscópicas), 13 ressecções abdomino-perineais (6 convencionais, 7 tempos abdominais laparoscópicos), e 3 ressecções interesfincterianas laparoscópicas. O risco relativo (RR) da cirurgia laparoscópica para incontinência anal foi 0,418 (p=0.414), proctalgia 0,40 (p=0,424), tenesmo 0,52 (p=0.665), incontinência urinária 0,28 (p=0.079), e disfunção sexual 0,34 (p=0.084). **Discussão:** Este estudo revela uma tendência para maior benefício da técnica laparoscópica em todos os parâmetros avaliados (menor risco relativo), apesar de não haver significado estatístico. Os resultados vão de encontro ao descrito em séries publicadas, reiterando o benefício da laparoscopia na cirurgia do cancro do recto na qualidade de vida dos doentes.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Marta Reia, Guilherme Fialho, Érika Delgado, Hugo Capote, Eduardo Soeiro, Ilda Barbosa
CONTACTO: Marta de Fátima Oliveira Lourenço Reia
EMAIL: marta.o.reia@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 447)

SESSÃO: CO 6

TÍTULO: **Diverticulite aguda do cólon esquerdo como factor de risco de Adenocarcinoma do cólon esquerdo: estudo populacional**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Objectivo primário: determinar o risco cumulativo de adenocarcinoma do cólon esquerdo (ADC CE) após primeiro episódio de diverticulite aguda do cólon esquerdo (DA CE) em doentes que não foram submetidos a ressecção cólica. Objectivo secundário: determinar se a história natural da diverticulite aguda influencia o risco de neoplasia. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo, com base de dados clínica (2000-2013). Critérios de inclusão: primeiro episódio de internamento por DA CE; colonoscopia sem neoplasia do cólon esquerdo nos 6 meses subsequentes; ausência de ressecção cólica previamente ao internamento por diverticulite aguda e durante o follow up da mesma. Critérios de exclusão: risco genético confirmado de carcinoma colorectal. Variáveis: ADC CE; classificação de Hinchey; número de episódios de diverticulite aguda. **Resultados:** 839 internados por diverticulite aguda. 445 seleccionados tendo por base os critérios de inclusão: 52% sexo feminino, média = 61 anos (16-111). Destes, em 6(2%), foi diagnosticado ADC CE. Apresentavam uma idade média de 61 (28-86). ADC CE foi diagnosticado em média aos 82 meses de follow up (26-164). O risco cumulativo de ADC CE, comparando com a incidência de neoplasia colorectal Portuguesa (49.74/100000) é 28,1 vezes superior. **Discussão:** Apesar da incidência de ADC CE após primeiro episódio de DA CE ser baixa, o risco da mesma é superior à da população nacional. O rastreio com colonoscopia após primeiro episódio de DA CE deve ser mantido, apesar da sua frequência e periodicidade não estarem determinadas para este grupo populacional.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
SERVIÇO: Cirurgia B
CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: David Aparício, Carlos Leichsenring, Ricardo Rocha, Ana Alagoa João, António Soares, Marta Fragoço, Rui Marinho, António Gomes Joana Seabra, Vasco Geraldês, Vítor Nunes

CONTACTO: David Aparício
EMAIL: david.joao.aparicio@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 520)

SESSÃO: CO 6

TÍTULO: **Tratamento Conservador da Colecistite Aguda – Que Resultados?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colecistectomia por via laparoscópica (CVL) é considerada o tratamento gold standard para a colecistite aguda. Realizada de forma precoce é eficaz, com baixa morbimortalidade e baixa taxa de conversão, permitindo uma redução do tempo de internamento e dos custos. Idade avançada, comorbilidades e risco anestésico elevado levam a que uma percentagem dos doentes seja proposta para tratamento conservador e eventual colecistectomia diferida. Os autores propõem-se a avaliar os resultados da abordagem conservadora da colecistite aguda. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes admitidos na nossa instituição com diagnóstico de colecistite aguda, no período de dois anos. **Resultados:** Em 2 anos, foram tratados no nosso hospital 272 doentes com colecistite aguda, dos quais 191 (70%) foram submetidos a CVL precoce e 75 (28%) propostos para tratamento conservador. A taxa de falência do tratamento conservador foi de 36%. A morbidade e mortalidade dos doentes submetidos a CVL precoce foram de 7% e 1,6%, versus 10% e 1,3% no grupo do tratamento conservador, respectivamente. Os doentes propostos para tratamento conservador caracterizam-se por superior mediana de idades, maior gravidade e mais comorbilidades e anticoagulação. **Discussão:** Apesar do perfil de morbimortalidade do tratamento conservador ser adequado, uma elevada percentagem apresenta falência desta abordagem. Na nossa instituição, a maioria dos doentes com colecistite aguda são propostos para o tratamento gold standard.

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: M. S. Ferreira, P. Botelho, G. Oliveira, P. Figueiredo, M. I. Alexandre, C. Luz, J.C. Santos
CONTACTO: Margarida Silva Ferreira
EMAIL: margarida.s.f@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 149)

SESSÃO: CO 6

TÍTULO: **Tratamento de tumores desmóides na Polipose Adenomatosa Familiar: resultados em 17 doentes**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores desmóides (TD) abdominais são uma manifestação extra-colónica da polipose adenomatosa familiar (FAP). Não são malignos, mas têm um comportamento infiltrativo com complicações potencialmente fatais. O objetivo é rever as indicações e modalidades terapêuticas de doentes operados na nossa instituição. **Material e Métodos:** Revisão retrospectiva



de uma série de casos operados entre 1993 e 2016. Os dados foram recolhidos por consulta dos processos clínicos. **Resultados:** Dezassete doentes de 9 famílias tiveram TD abdominais: idade média de 41 anos, 59% do género feminino. Quinze doentes foram inicialmente tratados com sulindac/celecoxib e/ou tamoxifeno, 10 dos quais têm mantido apenas esta terapêutica. Cinco doentes foram operados, 1 por TDs parietais e os outros por complicações agudas de TDs intra-abdominais: 3 por hemorragia digestiva baixa (1 na sequência de aeroportia) e 1 por perfuração intestinal (faleceu). A ressecção foi completa em dois doentes, com recidiva. Em 5 doentes com TD intra-abdominais optou-se por QT: 2 por disfunção da bolsa ileoanal e 3 dos anteriormente operados por novos TDs sintomáticos (hemorragia digestiva crónica, crescimento incontrolável e disfunção da bolsa). Obtivemos uma estabilização das dimensões dos TD em 46% dos casos, regressão em 39%, progressão em 15%. **Discussão:** A cirurgia dos TD intra-abdominais foi reservada para as complicações agudas e não alterou o comportamento natural destes tumores. A QT foi a opção nos casos sintomáticos refratários aos AINEs e hormonoterapia.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: Unidade de Cirurgia Digestiva, Serviço de Cirurgia Geral (1), Serviço de Gastroenterologia (2)
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Wilson Malta (1), Marco Santos (1), Marisa Santos (1), Ricardo Pinto (2), Anabela Rocha (1)
CONTACTO: Wilson Malta
EMAIL: wilsonmalta@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 252)

SESSÃO: CO 6

TÍTULO: **Será seguro uma atitude “wait and see” após um episódio de diverticulite aguda complicada?**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Atualmente, o tratamento cirúrgico eletivo após um episódio de diverticulite aguda complicada (DAC) é um tema controverso. Este estudo tem como objetivo a avaliação do risco de recidiva e de complicações após tratamento conservador eficaz dum episódio de DAC. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes tratados conservadoramente após um primeiro episódio de DAC num Hospital terciário entre 2001 e 2014. Foi utilizada a classificação de Hinchey modificada por Sher para estratificar a gravidade da DAC. **Resultados:** Dos 82 doentes com DAC que recuperaram após tratamento médico eficaz foram excluídos 18, submetidos a cirurgia eletiva após o primeiro episódio. Dos 64 doentes propostos para vigilância (68.7% Hinchey I, 18.8% Hinchey IIA e 12.5% Hinchey IIB), 11 tinham já sido submetidos no episódio agudo a drenagem percutânea ou cirúrgica de abscesso. Ao longo do período de observação, 25 (39.1%) recidivaram, maioritariamente nos primeiros 6 meses; 12 (18.8%) tiveram uma recidiva complicada, contudo apenas 4 doentes (6.25%) necessitaram de cirurgia urgente. Nestes 64 doentes em análise, não foram identificados fatores preditivos de recidiva ou de complicações, nomeadamente comorbilidades, gravidade da DAC de acordo com a classificação Hinchey, ou a drenagem prévia de abscesso por via percutânea ou cirúrgica. **Discussão:** Com base nestes dados, a

atitude “wait and see” parece ser uma medida segura na estratégia terapêutica após um episódio de DAC, o que está de acordo com as recomendações internacionais atuais.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: Unidade de Cirurgia Digestiva, Departamento de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário do Porto
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Ezequiel Silva, Bruno Santos, José P. Fernandes, Cláudia Paiva, Mónica G. Sampaio, Cristina Silva, Marisa D. Santos
CONTACTO: Ezequiel Silva
EMAIL: ezequielssilva88@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 280)

SESSÃO: CO 6

TÍTULO: **Cirurgia Oncoplástica da Mama: Experiência da nossa Unidade**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia conservadora é o procedimento de eleição para o tratamento de cancro da mama, sempre que exequível. Na tentativa de respeitar princípios oncológicos juntamente com a preservação da mama podem gerar-se deformidades. A cirurgia oncoplástica visa responder a este conflito, permitindo ressecções mais extensas com reconstrução simultânea, de forma que o melhor tratamento oncológico e estético se tornam indissociáveis. A cirurgia oncoplástica tem assumido um papel importante no nosso serviço desde 2015. Pretende-se desta forma mostrar, com recurso a iconografia, as técnicas mais utilizadas, juntamente com uma casuística de resultados. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de todos os doentes submetidas a cirurgia oncológica da mama de janeiro 2015 a junho 2016. **Resultados:** Total de 134 doentes. 132 mulheres (98.5%). 28 submetidos a mastectomia radical (21%) e 18 a mastectomia simples (MS) (14.4%). 16 doentes submetidos a cirurgia conservadora clássica (12%). 6 submetidos a MS com reconstrução imediata. 66 doentes submetidos a técnicas de cirurgia oncoplástica (49.3%). As técnicas mais utilizadas foram a tumorectomia com mamoplastia lateral “scarless” em 29 doentes, e com mamoplastia circular “round block” em 23 doentes. **Discussão:** As técnicas de cirurgia oncoplástica têm de ser adaptadas à localização do tumor e ao volume da mama, considerando a implicação da radioterapia e o desejo individual do doente relativamente à imagem, de forma a obter o melhor resultado oncológico e estético-funcional.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Diana Brito, Hugo Mesquita, João Lima Reis, José Monteiro, Ana Cristina Carvalho, Marta Martins, Washington da Costa, Pinto Correia
CONTACTO: Diana Brito
EMAIL: dianasoutobrito86@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 75)

SESSÃO: CO 7

TÍTULO: **Litíase vesicular e Cirurgia Bariátrica: tratar ou não tratar?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A obesidade e a rápida perda de peso após cirurgia bariátrica são factores de risco para a patologia vesicular. Este estudo pretende avaliar a exequibilidade na realização de colecistectomia selectiva concomitante apenas em doentes sintomáticos e estudar os factores de risco para o desenvolvimento de litíase sintomática após cirurgia bariátrica. **Material e Métodos:** Entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012, foram submetidos a cirurgia bariátrica 724 doentes, na nossa instituição. Destes, excluíram-se 81 doentes por colecistectomia prévia ou concomitante. Os restantes 653 doentes com vesícula in situ mantiveram seguimento por 12 meses, sendo avaliados clinicamente para litíase vesicular sintomática ou complicada. **Resultados:** Dos 653 doentes com vesícula in situ, apenas 24 (3,3%) desenvolveram litíase sintomática e apenas 9 apresentaram doença complicada. Nenhum dos doentes com colelitíase na data da cirurgia progrediu para doença sintomática ou complicada. Na doença sintomática houve uma tendência para evolução mais longa da obesidade, níveis inferiores de insulina e de enzimas hepáticas. A análise de regressão multivariável revelou que doentes submetidos a gastrectomia vertical tipo sleeve apresentaram maior probabilidade de desenvolver doença sintomática. **Discussão:** Apesar da necessidade de mais estudos, a orientação da litíase vesicular nos doentes obesos mórbidos não deve ser diferente da dos doentes com peso normal. Por isso, a colecistectomia laparoscópica deve ser realizada apenas em doentes sintomáticos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica

AUTORES: Marina Morais, Gil Faria, Diana Gonçalves, Hugo Santos-Sousa, António Gouveia, Silvestre Carneiro, Eduardo Lima-Costa, José Barbosa, John Preto, José Costa Maia

CONTACTO: Marina Morais

EMAIL: morais1000@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 190)

SESSÃO: CO 7

TÍTULO: **O Impacto da Radioterapia Adjuvante em Doentes com Metástases Ganglionares de Melanoma Maligno com Critérios de Alto Risco Submetidos a Linfadenectomia.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Melanoma Maligno (MM) com envolvimento metastático ganglionar está associado a pior prognóstico. A abordagem destes doentes inclui a linfadenectomia que pode ser seguida de Radioterapia (RT) na existência de critérios para tal. Diversos estudos demonstraram que a RT reduz a recidiva regional (RR), mas também aumenta a morbilidade. Contudo, não há evidência de impacto na sobrevivência. Na nossa instituição introduzimos a RT nestes doentes em 2012. O objetivo deste trabalho é avaliar o impacto da RT adjuvante na RR,

na sobrevivência global (SG) e na sobrevivência livre de doença (SLD) em doentes com metástases ganglionares de alto risco de MM. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo observacional realizado de janeiro de 2008 a dezembro de 2015 na nossa Instituição. Foram avaliados diversos dados relativos a doentes submetidos a linfadenectomia por MM com critérios de alto risco. **Resultados:** Do total de 329 doentes submetidos a linfadenectomia axilar ou inguinal por MM durante este período observacional, 102 apresentavam critérios de alto risco, sendo que 31 (30,4%) foram submetidos RT. A mediana de follow up foi de 12,5 meses. No grupo submetido a RT verificou-se uma redução da RR (p=0,02) e melhoria na SG (p=0,007), mas não na SLD (p=0,07). A RT está associada a elevada morbilidade (48,4%). **Discussão:** Este estudo demonstra que a RT melhora o controlo regional nestes doentes e parece ter impacto na SG. No entanto, o mesmo não se verificou na SLD, e está associada a um agravamento da morbilidade associada à técnica.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Joana Bárto, Rodrigo Oom, Mariana Sousa, Francisco Cabral, Ricardo Nogueira, Marta Santos, Sara Carvalho, Hugo Vasques, Victor Farricha, Nuno Abecasis

CONTACTO: Joana Bárto

EMAIL: joanabartolo@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 84)

SESSÃO: CO 7

TÍTULO: **Gastrectomia Total Profilática em Portadores de Mutação Germinativa do Gene CDH1**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O carcinoma gástrico é o 5º mais comum e a 3ª causa de morte por cancro em todo o mundo. Há agregação familiar em 10%, com 1 a 3% destes devidos à Síndrome de Carcinoma Gástrico Hereditário de tipo Difuso (CGHD); atribuível às mutações germinativas no gene CDH1 (que codifica a caderina-E), com hereditariedade autossómica dominante. Os portadores destas mutações têm um risco cumulativo de cancro gástrico aos 80 anos superior a 80%. Na Síndrome de CGHD há um risco elevado de carcinoma lobular da mama (60% aos 80 anos), carcinoma colo-rectal mucinoso e lábio leporino/fenda do palato. Nos portadores assintomáticos, a gastrectomia total é uma das medidas terapêuticas/profiláticas recomendada. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo e unicêntrico, incidindo nas famílias em risco de CGHD, através da consulta dos processos clínicos. **Resultados:** Num total de 59 famílias suspeitas de CGHD, identificámos uma mutação patogénica missense no gene CDH1 em 5 famílias (total de 37 indivíduos). Faleceram 4 doentes durante a investigação; 14 optaram pela vigilância endoscópica; 14 por gastrectomia total, que decorreu sem complicações; Em 12 (85,7%) havia já adenocarcinoma gástrico difuso, com células isoladas em anel de sinete, pT1a; um sem doença neoplásica e outro aguarda a integração completa da peça cirúrgica. **Discussão:** A identificação dos portadores de mutações de CGHD permite aplicar programas de rastreio e/ou intervenção terapêutica profilática, sendo a gastrectomia total uma medida com risco aceitável e benefício reconhecido.



HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de São João(1), Serviço de Cirurgia Geral – Consulta Alto Risco de Tumores Digestivos (2), Serviço de Cirurgia Geral – Centro de Mama (3), Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de São João (4), Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina do Porto/Ipatimup/i3S (5), Serviço de Genética da Faculdade de Medicina do Porto e i3S (6)
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Vítor Devezas(1); Manuela Baptista(1,2); Fabiana Sousa(1); António Gouveia(1); John Preto(1); Susy Costa(1,3); Irene Gullo(4,5), Jorge Pinheiro(4); Carla Oliveira(5); Sérgio Castedo(6); José Barbosa(1); Fátima Carneiro(4,5); J. Costa Maia(1)
CONTACTO: Vítor Bruno dos Santos Devezas
EMAIL: vitor.devezas7@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 398)

SESSÃO: CO 7

TÍTULO: **Metástases cutâneas no cancro da mama – qual o papel da electroquimioterapia?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O cancro da mama (CM) é a neoplasia com maior taxa de metástases cutâneas. Estas lesões alteram o estadio da doença e podem estar associadas a dor, hemorragia ou desconforto. O CM metastizado apesar de incurável é passível de tratamentos que melhorem a qualidade de vida do doente. A Electroquimioterapia (EQT) é uma técnica inovadora de ablação tumoral utilizada no tratamento de várias lesões malignas cutâneas. O seu princípio baseia-se na aplicação de corrente eléctrica no local do tumor para permeabilizar transitoriamente a membrana plasmática das células e facilitar a entrada de citostáticos. O objectivo deste trabalho é avaliar os resultados da EQT em doentes com CM tratados na nossa Instituição. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo de doentes submetidos a EQT por metástases cutâneas de CM de Maio de 2009 até Outubro de 2016. Foram avaliadas as características clínico-patológicas, tipo de resposta e complicações. **Resultados:** Foram realizadas 37 sessões de EQT em 26 doentes previamente submetidos a vários tratamentos convencionais. A maioria das doentes (61%) teve resposta completa e 39% resposta parcial. Foi realizada mais do que 1 sessão em 27% das doentes. Não se registaram complicações maior. A mediana do tempo de seguimento foi de 10M (5-26). **Discussão:** A EQT representa uma alternativa promissora para o tratamento das metástases cutâneas do CM. Estes resultados mostram a validade e segurança desta técnica que deve ser apresentada aos doentes com CM com metastização cutânea.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Rodrigo Oom, Victor Farricha, Sara Carvalhal, Hugo Vasques, João Leal de Faria, Nuno Abecasis
CONTACTO: Rodrigo Oom
EMAIL: rodrigo.oom@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 177)

SESSÃO: CO 7

TÍTULO: **A biópsia de gânglio sentinela é necessária na totalização de mastectomia por carcinoma ductal in situ?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A BGS está indicada quando se realiza MT por CDIS. Quando a mastectomia é efetuada depois da tentativa de cirurgia conservadora (CCM) por CDIS, a necessidade de efetuar BGS é questionável. O objetivo deste trabalho foi determinar a taxa de upgrade histológico e os resultados da BGS nas doentes submetidas a totalização de mastectomia por CDIS. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de uma série de casos de doentes submetidas a totalização de mastectomia e BGS por CDIS depois tentativa de CCM, entre 2010-2015. **Resultados:** Foram analisados 754 casos e selecionados 62 que cumpriam os critérios de inclusão. A mediana de idades foi de 50A. O diagnóstico foi realizado por exames de rastreio em 83.9% dos casos. Microcalcificações foram a apresentação mais frequente (75.4%). A totalização de mastectomia foi efetuada depois de 1 tentativas de CCM (mediana=1). As margens de ressecção foram positivas em 40.3% dos casos. Foi identificada doença residual na peça de mastectomia em 59.7%. A taxa de upgrade pós-mastectomia foi de 4.8% (2 casos com microinvasão e 1 caso com foco de invasão). A mediana de GS isolados foi de 2 (0-5) e a taxa de metastização ganglionar (MG) foi nula. **Discussão:** Nesta amostra, as doentes submetidas a totalização de mastectomia depois de 1 tentativas de CCM, a taxa de upgrade histológico foi baixa. Nos casos de upgrade a taxa de MG foi nula. Estes achados sugerem que o estadiamento ganglionar pode ser omitido com segurança nas doentes com CDIS submetidas a totalização de mastectomia depois de tentativa CCM.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
SERVIÇO: 1- Serviço de Oncologia Cirúrgica IPO-Porto Serviço de Anatomia Patológica IPO-Porto; 2- Serviço de Anatomia Patológica IPO-Porto
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Cátia Ribeiro1, Ana Mesquita1, Pedro C. Martins1, Marina Peyroteo1, Mónica Farinha2, Pedro Antunes1, Conceição Leal2, Joaquim Abreu1
CONTACTO: Cátia Ribeiro
EMAIL: catia_r_ribeiro@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 117)

SESSÃO: CO 7

TÍTULO: **Doentes submetidos a ressecção pancreática e transplante hepático: experiência de um centro**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A associação de transplante hepático (TH) com a cirurgia de ressecção pancreática é muito pouco frequente mas existem indicações pontuais. Os resultados e complicações da associação destas cirurgias estão pouco descritos na literatura. **Material e Métodos:** Entre 1992 e 2016, foram identificados numa base de dados colhida prospectivamente, 6 doentes que foram submetidos a ressecção pancreática antes e/ou depois de TH: 4 submetidos a ressecção pancreática seguida de TH, 1 submetido a TH seguido de ressecção pancreática e 1 submetido a ressecção pancreática antes e



depois do TH. As indicações para transplante hepático foram metástases hepáticas de tumor neuroendócrino (5 doentes) e metástases de tumor pseudopapilar sólido do pâncreas (1 doente). **Resultados:** Não registamos complicações das pancreatectomias após transplante hepático. Registou-se um caso de mortalidade operatória (17%) por trombose da artéria hepática e subsequente necessidade de retransplante; 2 doentes apresentaram mortalidade tardia aos 2A6m e 5A11m após transplante, por progressão da doença. Dos 3 doentes vivos, 2 apresentam recidiva ganglionar/pulmonar (2 e 3 anos após transplante) e 1 encontra-se há 4A 7m livre de doença. **Discussão:** A necessidade de ressecção pancreática não contraindica o transplante hepático, embora as indicações sejam raras e o risco acrescido. Alguns doentes beneficiam desta abordagem, desde que muito bem seleccionados e tratados em centros com experiência simultaneamente em transplantação e em cirurgia pancreática.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação, Hospital Curry Cabral, CHLC (Director: Prof. Dr. Eduardo Barroso)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática
AUTORES: Sofia Costa Corado, Emanuel Vigia, Jorge Paulino Pereira, Américo Martins, Eduardo Barroso
CONTACTO: Sofia Costa Corado
EMAIL: sofiaorado@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 564)

SESSÃO: CO 7

TÍTULO: **Diferenças de sobrevida e gastos em saúde em 3 países europeus**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apesar de esforços para homogeneizar práticas e tratamentos, a sobrevida de cancro colo-rectal continua radicalmente diferente na Europa. Os gastos em saúde são decididos a nível nacional e logo variáveis entre países. O nosso objetivo é avaliar a correlação entre gastos em saúde e sobrevida por cancro colo-rectal em 3 países europeus **Material e Métodos:** Registados dados de estimativas de sobrevida ajustadas à idade de cancro do cólon e do recto em Portugal, Islândia e Reino Unido entre 1995 e 2009 (estudo CONCORD, Lancet 2015). Gasto em saúde definido como percentagem em função do PIB, obtido no Banco Mundial (databank.worldbank.org; 1/11/2016). Correlação calculada com rho de Spearman. Aplicada regressão linear em cada país isoladamente. Significância para valor-p <0.05 **Resultados:** A sobrevida subiu em todos os períodos analisados. O gasto em saúde subiu globalmente no período analisado, com a excepção do decréscimo na Islândia entre 2005 e 2009. A correlação entre gasto e sobrevida no cancro do cólon foi de 0.37 (valor-p 0.332) e no cancro do recto foi 0.59 (valor-p 0.094). Em regressão linear houve uma tendência positiva ($p > 0.05$) para uma correlação positiva entre gasto e sobrevida **Discussão:** Aumento de gastos em percentagem do PIB não estão correlacionados com a sobrevida no cancro do cólon e recto nas condições avaliadas. Apesar de haver uma correlação positiva, os gastos não parecem ser um factor determinante na sobrevida. Devem ser movidos esforços para clarificar a razão da diferença de sobrevida entre países
HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

SERVIÇO: Cirurgia B (1)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: António Sampaio Soares (1), Ana Alagoa João (1), David Aparício (1), Marta Fragoso (1), Rui Marinho (1), Ricardo Rocha (1), António Gomes (1), Wilma Dias (1), Vítor Nunes (1)
CONTACTO: António Sampaio Soares
EMAIL: antoniosampaioes@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 306)

SESSÃO: CO 7

TÍTULO: **Fatores preditivos de diverticulite aguda complicada – resultados dum estudo num Centro de Referência Terciária**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A diverticulite aguda (DA) é uma doença com incidência crescente e custos socioeconómicos elevados. O seu espectro vai desde a diverticulite aguda não complicada (DANC) passível de tratamento em ambulatório até à diverticulite aguda complicada (DAC) com eventual necessidade de cirurgia urgente com estoma e morbimortalidade elevada. Este estudo tem por objetivo determinar os fatores preditivos de DAC **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 462 doentes admitidos por DA num Centro de referência terciária no período de 2001-2014 tendo sido avaliados os potenciais fatores preditivos de DAC. O estudo inicial destes doentes incluiu de forma sistemática, análises séricas com proteína c-reativa (PCR) e tomografia computadorizada (TC). A TC foi utilizada para confirmação do diagnóstico e caracterização das complicações da DA. Foram consideradas DAC, todos os casos classificados como Hinchey IIA, IIB, III e IV (Classificação de Sher modificada) **Resultados:** Dos 462 doentes admitidos por DA, 368(79.7%) tinham DANC e 94(20.3%) DAC. Na análise multivariada foram fatores independentes preditivos de risco de DAC, a $PCR \geq 120$ mg/L, leucocitose $\geq 13000 \times 10^6/L$, febre, Charlson ajustado à idade ($ACCI \geq 3$) e episódio inaugural de DA **Discussão:** 80 % dos episódios de DA foram considerados complicados e os seus fatores preditivos foram: episódio inaugural de DA, $ACCI \geq 3$, $PCR \geq 120$ mg/L e/ou leucocitose $\geq 13000 \times 10^6/L$. Nestes casos, a realização da TC torna-se imprescindível de forma a quantificar a gravidade do quadro e definir a terapêutica
HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: Unidade de Cirurgia Digestiva, Departamento de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário do Porto
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: José P. Fernandes, Bruno Santos, Ezequiel F. Silva, Cláudia Paiva, Mónica G. Sampaio, Cristina Silva, Marisa D. Santos
CONTACTO: José Miguel Presa Fernandes
EMAIL: zemiguelpreza@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 56)

SESSÃO: CO 7

TÍTULO: **A Relação Neutrófilos / Linfócitos distingue a apendicite fleimonosa da necrosada**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Introdução Os neutrófilos (Ne) são os principais granulócitos, a sua elevação é pro-



porcional à gravidade da agressão. Os linfócitos (Li) são os principais agranulócitos, em situações de sepsis o seu número pode reduzir-se. Objetivo Avaliar se Ne e Li e Relação Neutrófilos / Linfócitos (RNL) se relacionam com a ocorrência e histologia da apendicite aguda (AA). **Material e Métodos:** Material/Métodos Estudo retrospectivo observacional de 217 doentes operados com diagnóstico de AA. Histologia de acordo com distribuição de neutrófilos na parede do apêndice. Considerou-se AA quando a infiltração de Ne atingia a túnica muscular. Ocorreram 147 AA fleimonosa, 45 AA gangrenada e em 22 casos (10 %), apêndice sem alterações. Estatística com teste T de Student e Mann-Whitney. **Resultados:** Resultados Não houve diferença na contagem de Ne, Li ou relação N / L no grupo sem AA e no grupo com AA. A contagem de L foi menor na AA gangrenada versus AA fleimonosa, a relação N/L foi maior na AA gangrenada versus AA fleimonosa. **Discussão:** Discussão A elevação dos Ne é proporcional à gravidade da agressão. Os Li na presença de quadro séptico reduzem o seu número. Será expectável que na presença de sepsis, de acordo com a gravidade da situação, como documentado por histologia do apêndice, a contagem de Ne, Li e RNL possam prever a histologia do apêndice. **Discussão/ Conclusão** 1- A contagem de Ne, de Li e a relação N/L não distingue AA de não apendicite. 2- Com relação N/L > 7 a probabilidade de AA gangrenada quadruplica

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE

SERVIÇO: 1 – Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal; 2 – Unidade Curricular Cirurgia I, Faculdade de Medicina de Lisboa. Prof Dr. Paulo Costa 3 – Service de Urgence, Hôpital Fribourgeois, Suisse

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Nuno Carvalho^{1,2}, Gisela Marcelino³, Liliana Gonçalves¹, Carla Antunes⁴ Filipe Borges¹, Margarida Ferreira^{1,2}, Miguel Borges^{1,2}, J Corte-Real^{1,2}

CONTACTO: nuno manuel duarte de carvalho

EMAIL: nunomdc@sapo.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 176)

SESSÃO: CO 7

TÍTULO: **Factores preditivos de margem radial positiva na cirurgia do carcinoma do recto médio e baixo após tratamento neoadjuvante**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O controlo da recidiva local na cirurgia oncológica do recto está dependente da capacidade de assegurar uma margem radial adequada. Após tratamento neoadjuvante os métodos de avaliação imagiológica são limitados pelas alterações pós-terapêuticas nos tecidos envolventes **Material e Métodos:** Foram revistos os doentes admitidos por adenocarcinoma do recto entre 2013-2014 que reuniram critérios para tratamento neoadjuvante, localizados até 10cm da margem anal. Endpoint primário: avaliar os factores preditivos de uma margem radial histológica positiva após terapêutica neoadjuvante. Endpoint secundário: recidiva, SLD e SG **Resultados:** Incluídos 140 doentes. A idade mediana foi de 63 anos com predomínio do género masculino (59%). A maioria dos tumores foram estadiados como T3/4 (92%) e N+ (86%). Cerca de 46% dos localizavam-se no reto baixo. A proporção de tumores com margem radial positiva (<1mm) foi igual a 9 (6,4%) e os factores

de risco associados foram a localização baixa, o tamanho longitudinal na colonoscopia pré-operatória, a fixação da neoplasia no exame proctológico e a regressão tumoral grau 2 e 3. Para uma mediana de follow-up de 34 meses, a recidiva global foi de 30% e a recidiva local única de 3,6%. A sobrevivência global aos 3 anos durante o seguimento foi de 82 % e a sobrevivência livre de doença de 65 % **Discussão:** A presença de fixação, tamanho e a má resposta patológica ao tratamento neoadjuvante são factores de risco para uma margem radial positiva, particularmente em neoplasias do recto baixo

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

SERVIÇO: Ipo, Porto

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Pedro Martins, Mariana Peyroteo, Cátia Ribeiro, Helena Pereira, Abreu de Sousa

CONTACTO: Pedro Carvalho Martins

EMAIL: pedrocm05@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 422)

SESSÃO: CO 7

TÍTULO: **10 anos de cirurgia da glândula supra-renal: experiência de um serviço de Cirurgia Geral**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Com o maior reconhecimento clínico, melhoria da acuidade dos ECD, padronização de técnicas cirúrgicas e dos cuidados perioperatórios, constata-se diminuição da morbimortalidade associadas à cirurgia da glândula supra-renal. Os autores apresentam a sua série de cirurgia da glândula supra-renal, revendo indicações, via de abordagem, técnica cirúrgica, histologia e morbimortalidade **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo baseado na consulta do processo clínico de doentes submetidos a adrenalectomia, entre Jan/2007 e Nov/2016 **Resultados:** 30 doentes, idade média 53 anos, submetidos a adrenalectomia unilateral; 28 (93%) por via laparoscópica e 2 (7%) laparotómica (1 conversão); duração média do procedimento de 118 min; 16 do sexo masculino. Em 18 doentes, o achado pré-operatório foi incidental, apresentando-se como nódulo com 4.7cm de diâmetro médio (1-15cm). Estudo funcional positivo em 13 casos. Internamento médio 4 dias. 6 doentes necessitaram de UCIP. Morbilidade global 6% (1 abscesso intra-abdominal; 1 infeção de ferida operatória). Nenhum doente re-operado. Sem mortalidade. Resultado histológico: Adenoma (60%), Feocromocitoma (20%), Mielolipoma (13%) e o Pseudocisto (3%) **Discussão:** Adrenalectomia laparoscópica deve constituir a via de abordagem de eleição para a maioria das lesões da glândula supra-renal, sendo o carcinoma a única eventual contra-indicação absoluta. Nesta série foi possível a abordagem laparoscópica em 93,3% dos casos, com morbilidade de 6% e sem mortalidade, o que está de acordo com os dados publicados

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Tiago Fonseca, Leonor Matos, António José Reis, Marta Guimarães, Rui Ferreira de Almeida, Artur Trovão, Jorge Costa, Gil Gonçalves, Mário Nora

CONTACTO: Tiago Feiteira Fonseca

EMAIL: tiagofeiteirafonseca@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 429)

SESSÃO: CO 8

TÍTULO: **Resultados globais da proctocolectomia reconstrutiva com bolsa ileoanal – experiência de 30 anos**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A proctocolectomia com bolsa ileoanal permite resolver as complicações da colite ulcerosa e prevenir a degenerescência maligna na polipose familiar. O objetivo do estudo foi a avaliação dos resultados globais e dos fatores de risco de complicações. **Material e Métodos:** Foram avaliados os dados registados de todos os doentes operados entre 1985 e 2015. Efetuou-se análise univariável e multivariável relativamente a fatores de risco de complicações. **Resultados:** Foram operados 118 doentes, com idade média 39±14 anos, 70 homens e 48 mulheres, 57 (48%) por colite ulcerosa, 60 (51%) por polipose familiar e 1 caso de doença de Crohn. Foram efetuadas 107 bolsas em J, 5 em S e 6 em W; a anastomose foi mecânica em 101 (86%). A bolsa foi construída no primeiro tempo em 94 casos e após colectomia em 24. Efetuaram-se 4 redo. Não ocorreu mortalidade e a morbilidade global foi 37%. Com o follow-up médio de 160 meses, a falência da bolsa surgiu em 10 doentes (8%) e a pouchitis em 7 (6%). Na análise multivariável, foram fatores de risco de falência a anastomose manual, presença de tumores desmóides e a existência de complicações pós-operatórias (p<0,05). A morbilidade pós-operatória influenciou significativamente a presença de pouchitis (p<0,05). **Discussão:** O presente estudo demonstrou uma reduzida taxa de falência da bolsa e de pouchitis, associando-se particularmente à ocorrência de complicações pós-operatórias bem como anastomose manual e presença de tumores desmóides.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A – Clínica Universitária de Cirurgia III
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: A. Oliveira, A. Manso, J. F. Leite, F. Castro-Sousa
CONTACTO: Ana Oliveira
EMAIL: ana_soliveira@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 371)

SESSÃO: CO 8

TÍTULO: **Fatores de Risco para Ostomia Permanente após Resseção Anterior do Reto com Ostomia Derivativa**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A ostomia derivativa tem um papel protetor da anastomose colorrectal, com impacto na morbilidade das complicações anastomóticas. No entanto, esta ostomia planeada como temporária pode tornar-se permanente. O objetivo foi avaliar a incidência de ostomia permanente (OP) e identificar potenciais fatores de risco. **Material e Métodos:** Revisão de doentes submetidos a resseção anterior do reto com ostomia derivativa por adenocarcinoma do reto entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2011. Foi calculada a incidência de ostomia permanente primária – OPP (não encerramento da ostomia) e secundária – OPS (nova ostomia após encerramento). **Resultados:** Das 415 cirurgias realizadas, 153 (36,9%)

efetuaram ostomia derivativa. Foram analisados 122 casos após aplicação dos critérios de exclusão. A incidência de OP foi 19,7% (24): 18 casos de OPP e 6 de OPS. Os principais motivos para OPP foram metastização sistémica (n=5), degradação do estado geral (n=3) e deiscência da anastomose (n=3); para OPS foi fístula retovaginal (n=2). O grupo de OP tinha maior proporção de fumadores, doentes com ASA>II, estadio III, mesorreto incompleto e fístula anastomótica (pII, tabagismo e cirurgia abdominal prévia (p<0,05). **Discussão:** A incidência de ostomia permanente não é desprezível, sobretudo em doentes com tumor avançado e maior risco cirúrgico. É fundamental ponderar a morbilidade a longo prazo de uma ostomia derivativa que se poderá tornar permanente.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

SERVIÇO: Serviço de Oncologia Cirúrgica
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Mariana Peyroteo, Pedro C. Martins, Isabel Armas, Alexandre Sousa, Ana Ferreira, Cátia Ribeiro, Ana Mesquita, José Pedro Silva, Abreu de Sousa
CONTACTO: Mariana Peyroteo
EMAIL: mariana.peyroteo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 123)

SESSÃO: CO 8

TÍTULO: **O valor da ecografia no diagnóstico de malignidade dos nódulos tiroideus em cada Categoria da Classificação de Bethesda**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Avaliar a relação entre os dados ecográficos e os resultados da citologia aspirativa no diagnóstico de malignidade dos nódulos tiroideus **Material e Métodos:** Estudaram-se retrospectivamente 156 doentes (23 homens; 133 mulheres) com idade média de 52 anos, submetidos a tiroidectomia total. Os resultados da citologia, conforme a classificação de Bethesda (CB) foram: I (Não diagnóstica): 1,3%; II (Benigno): 52%; III (AUS/FLUS): 4,5%; IV (Tumor folicular): 26%; V (Suspeito de malignidade): 5,2%; VI (Maligno): 11%. Segundo a ecografia, os nódulos foram classificados: 26,3% benignos; 22,4% indeterminados; 51,3% malignos. O estudo histológico pós-operatório revelou: doença benigna em 53,2%; carcinoma em 46,8%. Determinou-se a sensibilidade (S), especificidade (E), valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) da ecografia nas categorias da CB **Resultados:** A capacidade diagnóstica da ecografia foi superior nas categorias III (S 100%; VPP 67%) e V (S 86%; VPP 86%). Na categoria IV apresentou menor capacidade diagnóstica (S 43%; VPP 35%). As características relacionadas com diagnóstico de malignidade foram: nódulo sólido e morfologia oval do nódulo. Nos 27 casos falsos negativos as características ecográficas mais comuns foram: hipoecogenicidade (11) e nódulo sólido (14), e nos 34 casos falsos positivos foram: microcalcificações (16) e margem irregular (9) **Discussão:** Nas categorias III e V a ecografia apresenta elevada capacidade de diferenciação entre patologia maligna e benigna, ajudando na orientação terapêutica

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Cirurgia B
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço



AUTORES: Catarina Melo, Ana Emília Fraga, António Bernardes, Fernando José Oliveira
CONTACTO: Catarina Melo
EMAIL: catarinajmcmelo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 454)

SESSÃO: CO 8

TÍTULO: **Cirurgia conservadora no tratamento do cancro de mama: demasiados alargamentos?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia conservadora(CC) é a abordagem preferencial nos doentes com cancro de mama em estadio inicial, contudo está associada a margens positivas em 20-40%. Embora haja consenso no alargamento dos doentes com margem positiva, o mesmo não acontece em relação aos pacientes com margens próximas, havendo controvérsia tanto na definição de “margem próxima” como na necessidade de re-operar vs radioterapia. Nos doentes submetidos a alargamento, muitas vezes não há doença residual na nova peça operatória, questionando assim, a necessidade desse procedimento **Material e Métodos:** Análise retrospectiva das doentes submetidas a CC de Janeiro2014-Dezembro2015. **Resultados:** 100 doentes foram submetidas a CC da mama. O exame histológico definitivo demonstrou margens<1mm em 9doentes e margens positivas (descritas como neoplasia “rasada”ou“intercetada”) em 24doentes. 28 pacientes foram propostas para alargamento: em 16doentes (57,1%) não houve doença residual na nova peça operatória e nas restantes 12 houve persistência de carcinoma invasor (5doentes) ou persistência de carcinoma in situ (7doentes) sob a forma de CDIS, CLIS ou ambos. Apenas 1 doente foi proposta para nova re-excisão por margem insuficiente **Discussão:** As re-excisões são frequentes após CC, e na nossa série foi de 28%. Em 57,1% destas doentes não houve evidência de doença residual na peça operatória. Este resultado levanta questões relativamente aos critérios de alargamento bem como a necessidade de definir com clareza o significado de margem livre, próxima ou positiva

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Joana Magalhães, Luísa Frutuoso, Teresa Santos, Florinda Cardoso, Joseph Silva, Alexandre Alves, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Joana da Silva Magalhães
EMAIL: juana_magalhaes@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 449)

SESSÃO: CO 8

TÍTULO: **Embolização das Veias Supra-Hepáticas: Uma lição bem aprendida**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A embolização portal (EP) pré-operatória induz atrofia do lobo embolizado e regeneração compensatória do lobo contra-lateral. Porém nem sempre é suficiente para impedir a insuficiência hepática pós-operatória. Várias técnicas têm sido utilizadas com o intuito de aumentar o volume do futuro fígado remanescente (FFR) e destas, a embolização sequencial de uma ou

mais veias supra-hepáticas (EVSH) após embolização portal é uma opção promissora. **Material e Métodos:** Entre Abril de 2009 e Agosto de 2016, foi realizada EVSH por volume insuficiente, em 26 doentes com patologia hepática maligna, no nosso Centro. **Resultados:** Foram realizados 28 procedimentos em 26 doentes e destes 25 com sucesso técnico (89,2%). Todos apresentaram hipertrofia do FFR insuficiente após EP e a EVSH foi realizada com intuito de induzir hipertrofia adicional. Foi registado um caso de complicação tardia associada ao procedimento com migração do Amplatzer para a veia cava inferior e trombose parcial da mesma (4%). O volume de fígado restante médio após EP foi de 30.9%, subindo para 39.3% após EVSH, o que traduz um aumento médio de 8.4%. **Discussão:** A EVSH induz de forma segura e eficaz hipertrofia adicional do futuro fígado remanescente em doentes inicialmente considerados irressecáveis. Os autores apresentam a segunda maior série mundial no tratamento de 26 doentes com embolização sequencial da veia porta e das veias supra hepáticas. A confirmação destes resultados deve idealmente ser feita num estudo prospectivo multicêntrico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Centro Hepato-Bílio-Pancreático e de Transplantação, Hospital Curry Cabral, CHLC (Director: Prof. Dr. Eduardo Barroso)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bílio-Pancreática
AUTORES: Mafalda Sobral, Sílvia Gomes da Silva, Tiago Bilhim, Filipe Veloso Gomes, Élia Coimbra, Hugo Pinto Marques, Américo Martins, Eduardo Barroso
CONTACTO: Mafalda Sobral
EMAIL: mafaldasnsobral@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 322)

SESSÃO: CO 8

TÍTULO: **Análise de Resultados no Tratamento do Adenocarcinoma do Pâncreas Marginalmente ressecável: Neoadjuvância Vs Cirurgia de princípio**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Comparar os resultados de doentes com adenocarcinoma do pâncreas no marginalmente ressecáveis (borderline), no grupo de doentes submetidos a tratamento neoadjuvante e nos doentes submetidos a Cirurgia sem tratamento neoadjuvante. **Material e Métodos:** Analisámos a nossa série de 1030 ressecções pancreáticas das quais 601 DPC no período de 2004 a 2014; destes, 32 doentes foram submetidos a tratamento neoadjuvante e 53 doentes foram submetidos a Cirurgia de ressecção sem tratamento neoadjuvante por adenocarcinoma ductal borderline. Pretendeu-se comparar as seguintes variáveis: comorbilidades no pré-operatório, complicações no pós-operatório, mortalidade no primeiro internamento e sobrevida aos um, dois e cinco anos nos dois grupos. **Resultados:** A distribuição por género foi equitativa; a comorbilidade nos dois grupos foi semelhante em termos de índice ASA. Houve uma ligeira maior percentagem de morbidade pós-operatória no grupo da ressecção vascular sem significado estatístico. A mortalidade no primeiro internamento foi maior no grupo da ressecção vascular. A sobrevida aos um e dois anos é melhor para o grupo da ressecção vascular (55,3 e 31% Vs 45,2 e 22,6%) mas aos três e cinco anos são semelhantes (22,1 e 11,8% Vs 22,6 e 11,3%). **Discussão:** Na nossa série



os resultados foram semelhantes nos dois grupos. É necessário mais tempo e maior casuística para avaliar a eficácia do tratamento neoadjuvante.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Centro Hepatobiliopancreático e de Transplantação do Hospital de Curry Cabral – CHLC
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Emanuel Vigia, Mafalda Sobral, Ana Marta Nobre, Luís Bicho, Edite Filipe, Jorge Paulino Pereira, Américo Martins, Eduardo Barroso
CONTACTO: Emanuel Vigia
EMAIL: vigiacarla@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 516)

SESSÃO: CO 8

TÍTULO: **Contando com complicações: seis anos de tireoidectomias**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A proposta cirúrgica e consentimento informado são momentos importantes na cirurgia da tireoide, nomeadamente em casos de malignidade não documentada no pré-operatório. O objectivo deste estudo foi avaliar a prevalência de complicações nestes doentes. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2015. Foram incluídas todas as tireoidectomias, hemitireoidectomias e totalizações realizadas sem diagnóstico de malignidade estabelecido no pré-operatório. **Resultados:** Foram incluídas 1094 cirurgias em 1076 doentes. A hipocalcemia foi a complicação mais frequente, tendo sido transitória em 19 casos (1,7%) e permanente em 7 (0,6%). Foi registado um total de 13 disfonias transitórias (1,2%) e 3 disfonias permanentes (0,3%). Dois doentes necessitaram de reintubação temporária por compromisso da via aérea devido à paralisia das cordas vocais. Quatro doentes necessitaram de reintervenção emergente por hematoma cervical com comprometimento da via aérea. Foi também registada uma anemia pós-operatória com necessidade de transfusão e uma infecção da ferida operatória. O estudo anatomopatológico revelou malignidade em 122 doentes (11,2%). A presença de malignidade não esteve necessariamente envolvida na ocorrência de complicações. **Discussão:** O número de complicações neste grupo de doentes foi inferior ao apresentado em alguns estudos, não sendo no entanto desprezível. O conhecimento detalhado destes casos permite-nos informar com mais precisão os riscos e benefícios da intervenção cirúrgica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Nuno Machado; Joana Almeida; Vânia Fernandes; Luís Castro Neves; João Pinto-de-Sousa
CONTACTO: Nuno Manuel Dias Machado
EMAIL: nuno.dias.machado@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 102)

SESSÃO: CO 8

TÍTULO: **Impacto da preparação mecânica do cólon na ocorrência de complicações pós-operatórias na cirurgia de ressecção do cólon esquerdo**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Avaliar a ocorrência de infeção da ferida operatória (IFO) e de deiscência de anastomose (DA) na cirurgia eletiva de ressecção do cólon esquerdo desde o abandono da estratégia de preparação mecânica pré-operatória sem antibiótico (PMPO) por oposição à ocorrência destes eventos em doentes submetidos a PMPO. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de doentes operados desde outubro/2012 até setembro/2016. Foram avaliados dados clínicos, analíticos, intraoperatórios e histológicos dos dois grupos, ou seja, com e sem PMPO. Análise estatística: SPSS 20. **Resultados:** Dos 134 doentes incluídos, 50 fizeram PMPO e 83 não foram submetidos a PMPO. Objetivou-se DA em 10 doentes (7,5%) e IFO em 17 (12,7%). A ocorrência destes eventos foi mais frequente nos doentes não submetidos a PMPO e esta diferença resultou num valor que se aproxima da significância estatística quer na IFO ($p=0,073$) quer na DA ($p=0,063$). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos na idade, valor de hemoglobina pré-operatória, prevalência de Diabetes Mellitus ou classificação ASA. Apesar da distribuição desigual entre os dois grupos do número de abordagens por laparoscopia vs. laparotomia e da diferente distribuição na classificação TNM, estes fatores não se traduziram em diferença com significado estatístico na ocorrência de IFO ou DA quando avaliados de forma independente. **Discussão:** Nesta análise há uma diferença relevante na ocorrência de IFO e DA favorecendo a utilização de PMPO o que contraria as recomendações atuais.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Rodrigues Brito, T.; Rodrigues, AC.; Gonçalves, MR.; Calais Pereira, L.; Gomes, D.; Pinto, D.; Ferreira, S.; Midões, A.
CONTACTO: Telma Anita Rodrigues Brito
EMAIL: rodriguesbrito.telma@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 366)

SESSÃO: CO 8

TÍTULO: **Precisão diagnóstica da RM na predição de doença residual invasora após quimioterapia neoadjuvante no cancro da mama**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A ressonância magnética (RM) é 1 método utilizado na avaliação da resposta tumoral à quimioterapia neoadjuvante (QTNA) e consequentemente no planeamento da cirurgia no cancro da mama (CM), permitindo aumentar as taxas de cirurgia conservadora. O nosso objectivo é avaliar a precisão da RM na predição de doença residual invasora e tamanho do tumor residual após QTNA e identificar factores clínico-patológicos que a afectem. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com o diagnóstico de CM submetidos a QTNA entre 2007 e 2016. Foram estudadas 211 doentes consecutivas e seleccionadas 72, que realizaram RM



mamária no início e no final da QTNA **Resultados:** A maioria dos tumores eram T1/T2 (56), grau 3 (55) com axila negativa (40); subtipos intrínsecos: 11 luminal A, 10 luminal B HER2 negativo, 17 luminal B HER2 positivo, 12 HER2 e 21 triplo negativo. A sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acuidade de diagnóstico para doença residual invasora da RM foram 32%, 89%, 64%, 67% e 66%, respectivamente. O coeficiente de correlação de Pearson (r) entre o tamanho de tumor determinado pela RM e a histologia foi r=0,46. A discrepância de tamanho foi significativamente mais baixa nos tumores com tamanho inicial < 50 mm (p= 0.003); receptores hormonais negativos (p= 0.013); HER 2 negativo (p= 0.037) e nos triplos negativos (p= 0.026) **Discussão:** Nesta série a RM permitiu identificar os verdadeiros portadores de tumor residual mas é insuficiente na identificação da resposta patológica completa

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral (1) Serviço de Imagiologia(2)
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Beatriz Caldeira(1), Fabiana Sousa(1), Ana Sofia Preto (2), António Cardoso(2), André Magalhães(1), Henrique Mora(1), Susy Costa(1), Fernando Osório(1), José Luís Fougo(1), José Costa Maia(1)
CONTACTO: Ana Beatriz Mendes Caldeira
EMAIL: caldeirabeatriz@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (C 525)

SESSÃO: CO 8

TÍTULO: **Rectopexia Ventral laparoscópica no prolapso rectal completo: resultados de um serviço**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Rectopexia Ventral Laparoscópica (RVP) tem demonstrado melhores resultados funcionais com menor taxa de recidiva e complicações que outras técnicas convencionais para o tratamento do prolapso rectal completo. O nosso objectivo foi avaliar os resultados da implementação desta técnica no nosso serviço **Material e Métodos:** Foram avaliados os doentes com prolapso rectal completo submetidos a RVP entre 2006 e 2016. Utilizaram-se os scores de Wexner para obstipação e incontinência na avaliação dos resultados funcionais **Resultados:** Realizaram-se 21 RVP em 16 mulheres e 5 homens com idade média de 50+/-25 (31-85) anos, com um follow up médio de 35 (6-120) meses. A taxa de recidiva foi de 9,5% (2 casos), com 4,8% de complicações e sem mortalidade. A demora média foi de 3,5 dias com um tempo médio de cirurgia de 150 minutos. Houve uma melhoria da continência traduzida por uma redução do score pré e pós operatório médios de 8 para 5 e uma redução do score da obstipação de 9 para 6. **Discussão:** A RVP está associada a uma baixa taxa de recidiva e de morbilidade, apresentando melhorias funcionais e boa satisfação dos doentes, sem o agravamento da obstipação associado à rectopexia posterior.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A – Clínica Universitária da Cirurgia
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: A. Manso, A. Oliveira, A. Amaro, J. Leite, F. Castro e Sousa
CONTACTO: António Manso
EMAIL: acmanso@netcabo.pt

SALA 4 2017-03-17 08:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 9)

SESSÃO: V 2

TÍTULO: **Rectopexia ventral laparoscópica em doente do sexo masculino**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O prolapso rectal é raro no homem, sendo geralmente atribuído a obstipação associada a excessivo esforço defecatório. A abordagem habitual é perineal mas atualmente admite-se a vantagem da rectopexia ventral laparoscópica (RVL). **Material e Métodos:** Um doente de 43 anos apresentava obstipação defecatória e prolapso rectal completo com 8 cm desde a infância; a pressão anal basal era baixa e existia intussuscepção na defecografia. **Resultados:** No vídeo confirmou-se a presença de fundo de saco rectovesical profundo, com mobilidade mesentérica rectal. Procedeu-se à incisão do peritoneu a nível do promontório sagrado, com atenção à veia ilíaca esquerda e aos nervos hipogástricos. A dissecação progrediu distalmente à direita do mesorrecto até ao plano entre a bexiga/vesículas seminais/próstata e o recto e excisou-se o excesso peritoneal. Colocou-se uma rede de 20/4cm na face ventral do recto, fixando-se com pontos musculares separados de ethibond 2/0 e alguns no no recto intraperitoneal. Fixou-se a rede ao promontório com 3 tacks e encerrou o peritoneu pélvico. O doente teve alta ao 3º dia e está assintomático após 9 meses. **Discussão:** Este caso sugere que a RVL no homem é uma intervenção segura que permite rápida recuperação pós-operatória.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC, Serviço de Cirurgia A. CHUC
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Júlio S Leite, Henrique Alexandrino, Ana Oliveira, F Castro Sousa
CONTACTO: Julio Soares Leite
EMAIL: julio.s.leite@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 417)

SESSÃO: V 2

TÍTULO: **Paratiroidectomia endoscópica transaxilar**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As técnicas endoscópicas para cirurgia cervical ganham cada vez mais adeptos em virtude dos resultados cosméticos altamente apelativos. O objetivo deste trabalho é apresentar por primeira vez em Portugal uma paratiroidectomia endoscópica transaxilar. **Material e Métodos:** Doente de 61 anos com clínica de hiperparatiroidismo, referenciada por adenoma da paratiroide inferior esquerda com 10 mm de diâmetro. Doença localizada por cintilograma com Tc 99, TAC e Ecografia. Confirmação ecográfica da lesão na mesa operatória. Monitorização intra-operatória da PTH. Praticada abordagem por 3 portas, 2 axilares e uma no rebordo mamilar. Dissecação até ao triângulo anterior do pescoço, avulsão do lobo esquerdo da tiroide, identificação do adenoma e sua enucleação. **Resultados:** Cirurgia sem complicações. Diminuição superior a 50 % da PTH 10 minutos após ressecção. Tempo total 45



minutos. Resultado cosmético ótimo. **Discussão:** Esta é uma abordagem a considerar pela excelente exposição e resultado estético. A localização pre-operatória exata é imprescindível uma vez que a exploração contra-lateral não é possível nesta abordagem.

HOSPITAL: Outro
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral – Hospital da Luz Arrábida e Aveiro (1), Unidade de Cirurgia Endócrina – Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca – Murcia, Espanha (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Jaime Vilaça (1), António Rios (2), José Manuel Rodriguez (2)
CONTACTO: Jaime Vilaça
EMAIL: jaimevilaca@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 438)

SESSÃO: V 2

TÍTULO: **Abordagem anterior do tronco celíaco para pancreatetectomia distal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Nos tumores volumosos da cauda do pâncreas, a mobilização do istmo e abordagem da artéria esplénica na origem por via retropancreática pode ser um gesto técnico difícil e com risco de acidente intra-operatório. O objetivo deste trabalho é apresentar uma abordagem anterior do tronco celíaco com linfadenectomia e isolamento da artéria esplénica na origem. **Material e Métodos:** Doente de 35 anos com achado incidental de volumoso tumor cístico do corpo do pâncreas com 9 cm de diâmetro. Praticada abordagem laparoscópica por 5 portas. Libertação do bordo inferior do pâncreas até ao istmo. Abertura da pars flácida e isolamento da artéria hepática comum que se diseca em sentido proximal até ao tronco celíaco. Identificação dos seus 3 ramos. Laqueação sucessiva da artéria esplénica e da veia junto à confluência espleno-mesentérica. Transsecção pancreática com máquina. Pancreatoesplenectomia e retirada da peça por incisão de Pfannenstiel. **Resultados:** Cirurgia sem complicações. Abordagem arterial com facilidade técnica e sem acidentes. Boa evolução pós-operatória. Anatomia patológica compatível com tumor papilar cístico-sólido. **Discussão:** A variação técnica apresentada pode ser mais uma opção na abordagem da artéria esplénica para realização de pancreatetectomia corporocaudal com esplenectomia. É na opinião dos autores, uma abordagem tecnicamente mais segura para ressecção de volumosos tumores, como o caso apresentado.

HOSPITAL: Outro
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Luz Arrábida e Aveiro
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Jaime Vilaça, Humberto Cristino, Luís Lencastre, Ana Fonte Boa
CONTACTO: Jaime Vilaça
EMAIL: jaimevilaca@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 333)

SESSÃO: V 2

TÍTULO: **Ressecção hepática ex-situ por Colangiocarcinoma intra-hepático – Hepatectomia esquerda alargada aos segmentos 1, 5, 8 e subsegmentectomia 6 com ressecção da Veia Cava Inferior retro-hepática e substituição por Prótese**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Colangiocarcinoma intra-hepático (CCI) é o segundo dos tumores hepáticos primitivos malignos mais frequente, sendo a hepatectomia parcial (HP) a única terapêutica com intuito curativo. Alguns, não podem ser ressecados utilizando abordagem convencional (envolvimento das veias hepáticas (VH) e/ou da veia cava inferior (VCI). Nestas situações, a HP ex-situ, é uma alternativa. Os autores apresentam um vídeo referente a uma HP ex-situ por CCI com invasão da VCI e das três VH. **Material e Métodos:** Homem, 48 anos, lesão hepática (Sg 1, 2, 3, 4, 5, 8) de 16 cm, invasão do confluente das VH sem plano de clivagem com a VCI. Quimioterapia com ligeira diminuição das dimensões. Submetido a HP ex-situ. Insuficiência hepática pós-hepatectomia (IHPH) segundo ISGLS **Resultados:** Apresentam-se as diferentes fases da intervenção cirúrgica: exclusão de localizações extra-hepáticas, hepatectomia total com ressecção da VCI, hepatectomia esq alargada aos Sg 1, 5, 8 e subsegmentectomia 6, substituição da VCI por prótese vascular (PV) e re-implante do fígado restante na PV com anastomose dos cotos das VH média e direita em prolongamento da PV. No pós-operatório apresentou IH de grau B, alta ao 24º dia. **Discussão:** A técnica de HP ex-situ é um procedimento complexo, muitas vezes única oportunidade potencialmente curativa em pacientes com tumores que invadem a VCI e/ou as VH. A indicação e criteriosa seleção dos pacientes são determinantes dado os riscos associados a este procedimento.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: 1 – Unidade Transplantação Hepática Pediátrica e de Adultos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (UTHPA, CHUC) 2 – Serviço de Cirurgia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 3 – Clínica Universitária de Cirurgia III, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 4 – Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 5 – Serviço de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil 6 – Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: R. Martins (1,2,3), D. Diogo (1), P. Oliveira (1), C. Seco (1,4), A. Eufrásio (1,4), P. Jacinto (5), RC Oliveira (6), MA Cipriano (6), JG Tralhão (1,2,3) e E. Furtado (1)
CONTACTO: Ricardo Martins
EMAIL: ricksmarts@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 138)

SESSÃO: V 2

TÍTULO: **TaTME no tratamento do ADC do Recto com Fístula rectovaginal pós-TAMIS**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A utilização de técnicas endoscópicas para excisão de lesões rectais por via transanal remonta da década de 80. Desde 2010 que a plataforma TAMIS



facilitou a abordagem destas lesões, permitindo alargar os critérios de inclusão. Os primeiros casos de excisão total do mesorecto por via transanal (TaTME) foram realizados em 2009 pela equipa do Dr. Antonio M Lacy, com os primeiros resultados a serem publicados em 2012. Os autores propõem-se a apresentar um caso clínico em que se realizou uma TaTME em 2 campos (Cecil Approach), numa doente previamente submetida a TAMIS por ADC recto T1, complicada por fístula rectovaginal. **Material e Métodos:** Colheita de vídeo durante o procedimento: câmara de laparoscopia convencional 10mm Olympus; câmara de laparoscopia 3D 10mm Olympus; GoPro **Resultados:** Realização de ressecção anterior do recto baixa com anastomose coloanal manual e ileostomia de proteção; reparação de fístula rectovaginal com excisão do tajepto fistuloso. Cirurgia sem intercorrências. Alta ao 5º dia de pós-operatório a tolerar dieta, com trânsito mantido e sem perdas vaginais. Resultado histológico da peça – ADC pT2N0 (0/13). **Discussão:** A incidência de fístula recto-vaginal pós TAMIS é < 1%. A TaTME parece ser uma boa opção no tratamento destes doentes, permitindo a obtenção de um resultado oncológico satisfatório sem as dificuldades da abordagem abdominal. A realização do procedimento com 2 campos e 2 equipas distintas reduz significativamente o tempo operatório.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral C Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca (1), Cirurgia Gastrointestinal Hospital Clínic Barcelona (2)
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: NOGUEIRA Sara (1), PINTO Bruno (1), DIAZ DEL GOBBO Rafael (2), DELGADO Eduardo (2), DIAZ DEL GOBBO Gabriel (2), SILVA Eduardo (1), LACY Antonio M (2), CARNEIRO Francisco (1)
CONTACTO: Sara Tavares Nogueira
EMAIL: sara.tav.nogueira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 559)

SESSÃO: V 2

TÍTULO: **SADI-S: Opção Técnica no Tratamento da Super-Obesidade**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O SADI-S (Bypass duodeno-ileal com gastrectomia vertical ou omega switch) trata-se de uma evolução da derivação biliopancreática com switch duodenal e foi introduzido como técnica bariátrica por Sanchez-Pernaute e Torres. A realização de uma única anastomose com preservação do piloro diminui o tempo operatório, bem como o risco de complicações pós-operatórias. Por outro lado, a combinação com uma gastrectomia vertical elimina o problema do estômago excluído, existente no bypass gástrico em Y de Roux. Com efeito, o SADI-S parece ser uma técnica promissora, nomeadamente nos pacientes com super-obesidade e/ou síndrome metabólico associado. **Material e Métodos:** Os autores apresentam em vídeo a técnica de SADI-S a propósito do caso clínico de um doente do sexo masculino, 48 anos, com super-obesidade (IMC=50), HTA e dislipidemia. **Resultados:** Submetido a SADI-S por via laparoscópica: realizada gastrectomia vertical calibrada por sonda de Fouchet nº36 com secção duodenal a 3cm do piloro e com laqueação da artéria gástrica direita; confecção de anastomose duodeno-ileal termino-lateral a 300 cm da válvula ileocecal. O procedimento e o pós-

-operatório decorreram sem intercorrências, com alta hospitalar ao 3º dia pós-operatório.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Leonor Matos, Tiago Fonseca, Tiago Ferreira, António José Reis, Rui Almeida, Artur Trovão, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Leonor Matos
EMAIL: leonormatos@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 209)

SESSÃO: V 2

TÍTULO: **GIST Gástrico Gigante – Ressecção Laparoscópica**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os GIST são neoplasias mesenquimatosas raras e potencialmente malignas. Apesar do desenvolvimento de novas terapêuticas alvo, a cirurgia mantém-se como a única terapêutica curativa, na doença localizada. **Resultados:** O vídeo trata-se de um caso clínico de um homem de 65 anos que recorre ao SU por dor abdominal. Foi realizada TC abdominal que revelou na face anterior do estômago, uma lesão tumoral com crescimento endoluminal de 57mm de maior diâmetro. Na sequência do estudo, realizou endoscopia digestiva alta que identificou volumosa neoplasia submucosa. As biópsias da mucosa eram normais. O doente foi submetido a ressecção laparoscópica da lesão. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. A histologia da peça operatória revelou GIST gástrico com 10,7cm, com comportamento biológico agressivo. Assim, foi proposto para terapêutica adjuvante em consulta de grupo oncológico. **Discussão:** A laparoscopia em tumores > 5cm é controversa. Centros experientes em laparoscopia incentivam esta prática desde que mantendo os princípios de ressecção em bloco, com margens livres e sem violação da pseudocápsula.

HOSPITAL: Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral, Hospital São Sebastião, CHEDV
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Jessica Neves, Ana Marta Pereira, Tiago Ferreira, António Reis, Marta Guimarães, Rui Almeida, Trovão Lima, Mário Nora
CONTACTO: Jessica Neves
EMAIL: sicaneves1987@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 11)

SESSÃO: V 2

TÍTULO: **Volumoso tumor quístico retro-rectal: abordagem abdominal laparoscópica e perineal**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores retro-rectais são raros e o seu tratamento é complexo, dependendo do tamanho, localização e malignidade potencial. A abordagem laparoscópica tem-se revelado vantajosa, como se mostra neste vídeo. **Material e Métodos:** Uma doente de 51 anos apresentava dor perianal e tumoração na região isquiorrectal. A punção revelou líquido cremoso sem cultura de germens. A RM pélvica revelou tumor quístico retro-rectal de 12 cm. O vídeo mostra na abordagem laparoscópica a dissecação do quisto na face esquerda do mesorecto, a separação da face posterior do recto e a mobilização



até ao plano dos elevadores. Foi dissecada a extensão retroanal e isquioanal da massa quística através de abordagem perineal. Houve abertura do quisto durante a secção das aderências ao sacro e ao cóccis, mas este foi completamente excisado. Foi deixado dreno aspirativo no períneo. **Resultados:** O doente teve alta ao 4º dia sem complicações e a anatomopatologia revelou hamartoma benigno. **Discussão:** Este caso demonstra a vantagem da ressecção laparoscópica deste volumoso tumor e a necessidade da abordagem perineal combinada para adequada remoção da extensão perineal.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC, Serviço de Cirurgia A. CHUC
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Julio S. Leite, L. Ferreira, S. Martins, M.J. Koch, S. Hilario, F. Castro-Sousa
CONTACTO: Julio Soares Leite
EMAIL: julio.s.leite@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 160)

SESSÃO: V 2

TÍTULO: **Divertículo do esófago médio**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Doente do sexo feminino, de 60 anos de idade, com quadro de disfagia associada a episódios de regurgitação frequentes, que realizou uma endoscopia digestiva alta que mostrou um volumoso divertículo esofágico aos 30 cm dos incisivos, com abundantes restos alimentares. Foi realizado um trânsito esófago-gástrico que revelou no terço médio do esófago, uma imagem aditiva ao contorno postero-lateral direito, medindo cerca de 49 x 45 mm, compatível com formação diverticular que condicionava estase do produto de contraste. A manometria esofágica mostrou valores típicos de um Espasmo Difuso do Esófago. **Material e Métodos:** A doente foi submetida a diverticulectomia com miotomia esofágica por via toracoscópica lateral direita. **Resultados:** O período pós-operatório decorreu sem complicações e a doente teve alta ao 7º dia pós-operatório. **Discussão:** Os divertículos do esófago torácico são raros, sendo uma causa frequente de disfagia. A sua ressecção por via toracoscópica é segura, eficaz e permite uma redução substancial da morbilidade pós-operatória.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Cirurgia B
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Emília Fraga, Cristina Camacho, Catarina Melo, João Almeida, Fernando José Oliveira
CONTACTO: Emília Fraga
EMAIL: aemiliacfraga@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 317)

SESSÃO: V 2

TÍTULO: **Sigmoidectomia laparoscópica por doença diverticular com lesão ureteral intra-operatória**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A doença diverticular pode ser uma indicação para sigmoidectomia laparoscópica. Os repetidos processos de inflamação levam a alterações das referências anatómicas que podem ser um verdadeiro

desafio para o cirurgião mais experienciado. **Material e Métodos:** O autor propõe-se a apresentar um vídeo de uma sigmoidectomia por via laparoscópica por doença diverticular, com lesão ureteral intra-operatória. **Resultados:** Mulher de 54 anos, com vários episódios de diverticulite. Sigmoidectomia laparoscópica: Dissecção de plastron inflamatório pélvico que envolve sigmoide, anexos, útero, ansas intestinais e apêndice ileocecal. Abordagem do mesocólon de lateral para medial, com laqueação da artéria e veia mesentéricas inferiores com hem-o-locks. Libertação do angulo esplénico, descolamento do colon transversal e esquerdo. Lesão acidental incompleta do ureter esquerdo. Colocação de cateter duplo J no ureter esquerdo e sutura do ureter com ponto simples de monofilamento reabsorvível 5/0. Transecção do mesocólon e mesosigmoide com energia ultrassónica. Transecção do recto superior endo-agrafadora linear. Extração da peça por Pfannestiel. Anastomose colorectal termino-terminal com agrafadora circular 29mm. Comprovou-se anastomose com endoscopia flexível. **Discussão:** Pós-operatório com febrícula, tratada com antibiotico oral, sem alterações analíticas. Alta ao 6º dia pós-operatório.

HOSPITAL: Hospital de Santarém, EPE
SERVIÇO: 1 – Serviço de Cirurgia do Hospital de Santarém, 2 – Serviço de Cirurgia do Hospital Marques Valdecilla
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Olga Oliveira (1), Marcos Gomez (2), Javier Rivera (2), Marta Andaluz (2), Nuno Vilela (1), Julio Castillo(2)
CONTACTO: Olga Oliveira
EMAIL: ooliveira8@hotmail.com

SALA 4 2017-03-17 14:30:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 424)

SESSÃO: V 3

TÍTULO: **Microlaparoscopia para colecistectomia – Cirurgia sem cicatriz**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** uma sociedade com preocupações cada vez maiores com o conforto e a estética, novos desenvolvimentos se produzem para diminuir o trauma e a cicatriz. Os instrumentos de calibre mais fino reproduzem o standard de qualidade da colecistectomia multiportas, com os citados benefícios. O objetivo deste trabalho é apresentar uma colecistectomia com micro-instrumentos simples e com pontas substituíveis. **Material e Métodos:** Doente de 33 anos com litíase vesicular sintomática. Sem passado de complicações biliares e estudo pré-operatório sem indícios de dificuldade técnica. Praticada abordagem por 4 portas. Laparoscópio de 10 mm por incisão umbilical vertical. 3 instrumentos de 2,8 mm introduzidos por punção directa sem trocar. Substituição de pontas no instrumento da mão direita do cirurgião: ponta monopolar, aplicador de clips plásticos e tesoura. Retirada da peça pela incisão umbilical. **Resultados:** Cirurgia sem complicações. Os instrumentos revelaram uma deformação mínima e a troca de ponta de 5mm é fácil e mantém o desempenho dos instrumentos convencionais. Cumpridos todos os passos de segurança da colecistectomia. A doente teve alta no dia seguinte à cirurgia. Resultado cosmético



ótimo. **Discussão:** Com novos instrumentos super-finos é possível manter a qualidade do procedimento e um resultado excelente.

HOSPITAL: Outro
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Hospital da Luz Arrábida e Aveiro
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Jaime Vilaça, André Gonçalves, Rui Mendes da Costa
CONTACTO: Jaime Vilaça
EMAIL: jaimevilaca@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 461)

SESSÃO: V 3

TÍTULO: **Operação de Frey na Pancreatite Crónica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A pancreatite crónica é uma doença debilitante, sendo a dor o seu sintoma mais severo. Nos casos de massa inflamatória da cabeça do pâncreas com dilatação do Wirsung, a operação de Frey pode ser usada. O objectivo deste vídeo é mostrar o tratamento eficaz desta doença, com a operação de Frey, num doente previamente submetido a desbridamento pancreático por pancreatite aguda severa. **Material e Métodos:** Homem de 44 anos, previamente tratado por pancreatite aguda recorrente, tendo um dos episódios sido severo, com necessidade de desbridamento pancreático por necrose infectada, laparostomia e estadia prolongada em UCI. Nos 30 meses seguintes, o doente foi internado várias vezes por episódios recorrentes de dor, e mais recentemente com icterícia devido a compressão inflamatória da VBP. Doses em crescendo de opióides foram necessárias, tornando-se insuficientes para controlar a dor. A TC mostrava massa inflamatória cefalopancreática e dilatação do Wirsung. Assim, foi submetido a ressecção local da cabeça do pâncreas, com pancreatojejunosomia latero-lateral à Frey, sem complicações. **Resultados:** Aos 2 meses de seguimento apresentava ganho ponderal de 10Kg, metabolismo normal da glicose, necessidade discreta de suplementação enzimática e mantinha-se anictérico e sem necessidade de qualquer analgesia. **Discussão:** A operação de Frey oferece excelentes resultados em casos seleccionados de pancreatite crónica, mesmo após história de desbridamento pancreático por necrose infectada.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Unidade HBP
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Júlio Constantino, Milene Sá, Jorge Pereira, Carlos Casimiro
CONTACTO: Júlio Constantino
EMAIL: constantino.julio@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 515)

SESSÃO: V 3

TÍTULO: **Abordagem laparoscópica de doença de Crohn ileocecal com fistula enterovesical**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A abordagem laparoscópica tem sido a opção preferencial na Doença de Crohn. Em presença de processo inflamatório e fistulização é previsível maior dificuldade na identificação das estruturas e na dissecação da doença intestinal promovendo a conversão. **Material e Métodos:** No presente vídeo mostra-se a realização

de uma ressecção ileocecal laparoscópica numa doença de Crohn ileocecal complexa com suspeita de fistula enterovesical e enterocólica. **Resultados:** Doente de 33 anos com diagnóstico recente de Doença de Crohn após vários internamentos por quadros oclusivos e fistula enterovesical optou-se por uma abordagem laparoscópica eletiva para recessão ileocecal e encerramento da fistula enterovesical. No vídeo mostra-se a aderência inflamatória íntima do ileon terminal à bexiga e cólon sigmoide, com suspeita de fistulas não confirmadas, evidenciando-se que é possível uma dissecação laparoscópica segura mesmo nos casos mais complexos. O doente teve alta ao 6º dia, sem complicações, mantendo sonda vesical durante 15 dias e encontra-se assintomático. **Discussão:** Apesar da intensa inflamação e fibrose característica da doença de Crohn é possível uma dissecação laparoscópica segura mesmo nos casos mais complexos com claro benefício para os doentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A – Clínica Universitária da Cirurgia III
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: A. Manso, A. Marinho, A. Amaro, F. Castro Sousa
CONTACTO: António Manso
EMAIL: acmanso@netcabo.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 355)

SESSÃO: V 3

TÍTULO: **Esofagectomia Ivor-Lewis mini-invasiva com toracoscopia em decúbito ventral**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A esofagectomia radical está associada a morbilidade e mortalidade pós-operatória elevadas, a maioria complicações respiratórias. A abordagem mini-invasiva pode melhorar estes resultados, estando a abordagem toracoscópica em decúbito ventral associada a menor tempo operatório e menor incidência de pneumonia que em decúbito lateral esquerdo. **Material e Métodos:** Homem, 57 anos, adenocarcinoma em esófago de Barrett, estadiado após ressecção mucosa endoscópica como pT1(m3)cN0M0. Após discussão em reunião multidisciplinar e por preferência do doente, foi submetido a esofagectomia Ivor-Lewis mini-invasiva. Tempo abdominal 1: mobilização gástrica e manobra de Kocher, linfadenectomia peri-celíaca e construção do conduto gástrico. Tempo torácico em decúbito ventral: dissecação do esófago com linfadenectomia mediastínica em bloco, laqueação e secção da veia ázigos, secção esofágica e anastomose manual. Tempo abdominal 2: fixação do conduto gástrico aos pilares diafragmáticos e extracção da peça operatória via incisão de Pfannenstiel. **Resultados:** Pós-operatório sem intercorrências, trânsito contrastado em D6 sem evidência de leak. Alta em D8. Histopatologia: metaplasia de Barrett com ausência de tumor residual, 20 gânglios colhidos, pT1N0. **Discussão:** A abordagem mini-invasiva permite obter resultados favoráveis em relação ao tempo operatório, perda sanguínea, tempo de internamento e complicações pós-operatórias.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia 1, Centro Hospitalar Lisboa Central; (2) Service de Chirurgie Digestive ou Abdominale, Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre, Bruxelas, Bélgica; (3) Servicio de Cirugia General, Hospital Universitario



Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Espanha

CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica

AUTORES: Diogo Carrola Gomes (1), Guy-Bernard Cadière (2), Ion Surdeanu (2), Anny Cadenas Febres (2), Sixte-Henry Sondji (2), Adrià Rosat (3)

CONTACTO: Diogo Carrola Gomes

EMAIL: carrolagomes.md@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 224)

SESSÃO: V 3

TÍTULO: **Duodenopancreatectomia cefálica totalmente laparoscópica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apesar do número crescente de procedimentos cirúrgicos major agora realizados por via minimamente invasiva, a duodenopancreatectomia cefálica (DPC) continua a ser uma das mais desafiantes intervenções cirúrgicas. Nos últimos anos, tem havido um interesse crescente e maior aceitação na sua execução, com a constatação de resultados oncológicos comparáveis à via convencional. O objetivo dos autores é apresentar um caso clínico de uma DPC totalmente laparoscópica. **Material e Métodos:** Documentação de caso clínico em vídeo com ênfase nos principais passos cirúrgicos. **Resultados:** Relata-se o caso de doente do sexo feminino com 60 anos de idade referenciada ao nosso centro a partir de outra instituição hospitalar, onde, em endoscopia digestiva alta, se identifica uma lesão sugestiva de neoplasia da ampola. O resultado histológico da biópsia realizada foi compatível com um adenoma tubular com displasia de baixo grau (ADBG). Completou estudo imagiológico e, após reunião multidisciplinar, foi proposta para tratamento cirúrgico. Foi submetida a DPC laparoscópica, que decorreu sem intercorrências. A doente teve alta ao 7.º dia pós-operatório sem registo de complicações. O resultado histológico foi compatível com ADBG. **Discussão:** Sendo a dificuldade técnica o principal entrave à maior aplicabilidade da DPC laparoscópica, em centros de referência, onde a experiência acumulada permite a realização destes procedimentos, é possível oferecer, em casos selecionados, este tipo de via de abordagem, com os mesmos resultados oncológicos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE

SERVIÇO: HEBIPA – Unidade Hepatobiliopancreática, Serviço de Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Pedro Nuno Brandão, Vítor Costa Simões, Cecília Pinto, António Canha, Paulo Soares, Jorge Daniel, Donzília Sousa Silva, José Davide

CONTACTO: Pedro Nuno Brandão

EMAIL: pedronunobg@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 370)

SESSÃO: V 3

TÍTULO: **Sigmoidectomia laparoscópica passo a passo – a nossa técnica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Há vários anos que o nosso hospital introduziu a laparoscopia na cirurgia colo-retal. Para minimizar o erro, as intercorrências e melhorar o outcome

e o tempo cirúrgico, a Unidade de cirurgia colo-retal decidiu standardizar a técnica. Este vídeo foi realizado com intuito pedagógico, no sentido de sistematizar os pontos que achamos fulcrais para obtenção de uma boa técnica cirúrgica. **Material e Métodos:** Vídeo de sigmoidectomia laparoscópica. **Resultados:** Doente do sexo masculino, 80 anos, antecedentes de cardiopatia e AVC isquémicos, dislipidémia. Colonoscopia: “neoplasia deprimida, margem distal aos 18cm e que envolve cerca de ½ da circunferência”. Anatomia patológica: “adenocarcinoma ulcerado”. TC TAP: sem evidência de doença à distância. A cirurgia iniciou-se com a colocação de 5 portas de trabalho (duas de 10 mm e três de 5 mm). – Libertação do ligamento falciforme e colocação do cólon tranverso e grande epiplon sob o fígado; – Abordagem do bordo inferior da veia mesentérica inferior, acesso retroperitoneal, e dissecação de medial para lateral do mesocólon esquerdo; – Exposição da parede do estômago com acesso à retrocavidade através do mesocólon transverso; – Laqueação da veia mesentérica inferior; – Libertação do mesocólon do pâncreas; – Laqueação da artéria mesentérica inferior; – Dissecação infra-arterial; – Libertação do cólon da goteira parieto-cólica até ao ângulo esplénico; – Dissecação da parede do cólon e secção do cólon com EndoGia; – Extracção da peça e anastomose intra-corporal.

HOSPITAL: Hospital de Santarém, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Martins, Sónia; Vilela, Nuno; Ferreira, Luís; Sintra, Paulo; Lima, José

CONTACTO: Sónia Alexandra Fortuna Martins

EMAIL: soniaafmartins@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 519)

SESSÃO: V 3

TÍTULO: **Derivação Biliopancreática com Switch Duodenal no Tratamento da Super-Obesidade**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A super-obesidade constitui uma percentagem crescente na população de obesos e um desafio para os cirurgiões bariátricos. A falência na perda de peso com técnicas tão eficazes como o bypass gástrico chega aos 40% nesta população. Técnicas mais agressivas como a derivação biliopancreática com switch duodenal, uma evolução da técnica de Scopinaro, têm demonstrado resultados surpreendentes na super-obesidade, tanto na perda de peso como na resolução de FRCV. Os autores apresentam em vídeo um caso de duodenal switch via laparoscópica em tempo único para tratamento da super-obesidade. **Material e Métodos:** Mulher de 36 anos, IMC de 51 kg/m², com antecedentes de dislipidemia é observada em consulta de AMTCO e proposta para Duodenal Switch por via laparoscópica em tempo único. A técnica consiste na gastrectomia vertical calibrada com sonda de fouchet 36F, secção duodenal a 3cm do piloro com laqueação da artéria gástrica direita na sua origem; anastomose duodenoileal com reconstrução em Y de Roux com canal comum de 100cm e ansa alimentar de 200cm. **Resultados:** A doente iniciou dieta bariátrica segundo o protocolo e alta ao 3º dia pós-operatório. **Discussão:** A técnica em tempo único tem demonstrado resultados superiores na perda ponderal relativamente à realizada em 2 tempos. Ainda que constitua um desafio,



o duodenal switch é seguro e eficaz nesta população de super-obesos se realizado em centros com experiência.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Tiago Fonseca, Leonor Matos, Ana Marta Pereira, António José Reis, Marta Guimarães, Rui Ferreira de Almeida, Artur Trovão, Jorge Costa, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Tiago Feiteira Fonseca
EMAIL: tiagofeiteirafonseca@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 226)

SESSÃO: V 3

TÍTULO: **Gastrectomia total radical por via laparoscópica com anastomose intracorpórea**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A gastrectomia total laparoscópica é um procedimento minimamente invasivo cada vez mais aceite como tratamento curativo para carcinoma gástrico. Apresenta particularidades técnicas no que concerne à anastomose esófagojejunal intracorpórea e disseção ganglionar, permanecendo ainda duvidas acerca da sua eficácia oncológica. **Resultados:** Apresenta-se vídeo de um caso clínico de doente 46 anos, enviado à consulta de Cirurgia após ter realizado EDA, por queixas de pirose. A EDA demonstrou uma úlcera com 30 mm na pequena curvatura do corpo gástrico, com biópsia de adenocarcinoma do tipo intestinal. A TC não demonstrou adenopatias locais ou metastização à distância, nem evidência clara da lesão gástrica. Realizou ecoendoscopia que estadiou como uT2N0. Em Consulta de Grupo de Oncologia decidida Gastrectomia total radical. Foi submetido a Gastrectomia Total radical com reconstrução em Y de Roux por laparoscopia. O pós-operatório decorreu sem intercorrências tendo tido alta ao 8º dia pós-operatório. A anatomia patológica revelou um adenocarcinoma intestinal bem diferenciado do corpo gástrico com 24 gânglios excisados, nenhum metastizado-pT1bG1N0. Sem indicação para tratamento adjuvante em Consulta de Grupo mantendo vigilância sem evidência de doença aos 22 meses de pós operatório. **Discussão:** A laparoscopia na Gastrectomia total radical pode revelar-se um desafio. Demonstrou-se com este vídeo que em casos selecionados obtém-se bons resultados oncológicos com vantagem na recuperação do doente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral- Unidade de Cirurgia Esofagogastroduodenal
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Carlos Santos Costa, Ana Cristina Carvalho, Juliana Oliveira, Manuel Ferreira, Andreia Santos, Hugo Mesquita, Teresa Santos, Marta Martins, Diana Brito, Catarina Nora, J. Pinto Correia
CONTACTO: Juliana Oliveira
EMAIL: juliana.c.oliveira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 222)

SESSÃO: V 3

TÍTULO: **Gastrectomia subtotal laparoscópica Y de Roux por adenocarcinoma gástrico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apesar da incidência e mortalidade por carcinoma gástrico terem diminuído, Portugal

mantém-se como um dos países líderes na incidência e na mortalidade, por este tipo de tumor. A cirurgia é o tratamento de eleição e a abordagem laparoscópica está associada a uma menor morbimortalidade com resultados oncológicos seguros por esta técnica na gastrectomia parcial por cancro gástrico. **Resultados:** Apresenta-se o vídeo de um caso clínico. Doente, 71 anos, com antecedentes de HTA, DM II e Doença coronária isquémica, seguido na consulta de Medicina Interna onde realizou EDA por anemia que revelou uma úlcera gástrica do antro distal com 8mm e biópsia de adenocarcinoma intestinal. Sem queixas gastrointestinais. A neoplasia gástrica não teve tradução na TC, bem como não foram identificadas adenopatias. A EcoEDA revelou tratar-se de uT1N0. Em consulta de Grupo Oncológico decidida cirurgia. Foi submetido a Gastrectomia subtotal laparoscópica com reconstrução em Y de Roux. A cirurgia decorreu sem intercorrências e teve alta ao 7º dia pós operatório. A Anatomia patológica revelou adenocarcinoma pouco diferenciado tipo misto do antro, sem invasão ganglionar em 16 gânglios excisados-pT1aG3N0. Foi decidida em reunião de Grupo vigilância em consulta de Cirurgia Esofagogástrica. O doente encontra-se sem evidência de recidiva aos 9 meses de pós operatório. **Discussão:** Com este vídeo pretendemos demonstrar que a cirurgia oncológica laparoscópica do carcinoma gástrico é exequível com bons resultados técnicos e oncológicos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral- Unidade de Cirurgia Esofagogastroduodenal
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Juliana Oliveira, Carlos Santos Costa, Andreia Santos, Vania Castro, Catarina Nora, J. Pinto Correia
CONTACTO: Juliana Oliveira
EMAIL: juliana.c.oliveira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 466)

SESSÃO: V 3

TÍTULO: **Hemicolectomia esquerda: Excisão Completa de Mesocólon Via Laparoscópica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A excisão completa do mesocólon melhorou os resultados oncológicos dos doentes com adenocarcinoma do cólon. Na literatura a excisão completa do mesocólon por via laparoscópica apresenta resultados anatomo-patológicos e oncológicos semelhantes à abordagem laparotómica. **Objectivo:** Demonstração dos passos cruciais da excisão completa do mesocólon – hemicolectomia esquerdo – por via laparoscópica **Material e Métodos:** Compilação de vídeos dos passos principais de excisão completa do mesocólon em hemicolectomias esquerdas por via laparoscópica, em doentes com adenocarcinoma do cólon esquerdo **Resultados:** Descrição pormenorizada de excisão completa do mesocólon esquerdo com preservação do plano do mesocólon, laqueação vascular a 1cm da origem da veia mesentérica superior e artéria mesentérica superior, margens proximais e distais adequadas conforme localização do tumor **Discussão:** A excisão completa de mesocólon, por adenocarcinoma do cólon esquerdo, é exequível e segura. Deve ser realizada em centros com experiência avançada em laparoscopia e cirurgia colorectal

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE



SERVIÇO: Cirurgia B
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: David Aparício, Carlos Leichsenring, António Soares, Ana Alagoa João, Marta Fragoso, Rui Marinho, Ricardo Rocha, Cisaltina Sobrinho, Énio Afonso, Carla Carneiro, Vasco Gerales, Vítor Nunes
CONTACTO: David Aparicio
EMAIL: david.joao.aparicio@gmail.com

SALA 12 2017-03-17 14:30:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 301)

SESSÃO: V 4

TÍTULO: **Abordagem laparoscópica de deiscência de anastomose colo-rectal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A laparoscopia é uma arma pouco invasiva para verificação de qualidade de anastomoses quando existe alguma alteração clínica no paciente que nos leve a suspeitar de descendência. **Material e Métodos:** O autor propõe-se a apresentar um vídeo de uma abordagem laparoscópica de deiscência de anastomose colo-rectal termino-terminal e sua resolução. **Resultados:** Homem de 80 anos de idade, com antecedentes de Parkinson. Por rectorragias efectuou colonoscopia que revelou neoplasia aos 7 cm da margem anal. O estadiamento com TAC toraco-abdominal e RMN pélvica que revelou tratar-se de um T3N0M0. Foi submetido a quimio e radioterapia neoadjuvante. Foi submetido a ressecção anterior do recto por via laparoscópica. Procedimento decorreu sem incidentes. Ao 4º dia pos-operatório verificou-se drenagem turva e elevação da PCR. Realizou-se laparoscopia exploradora, verificou-se presença de peritonite generalizada, foi feita lavagem abundante da cavidade abdominal e desmontagem da anatomose com colostomia terminal e abandono do coto rectal. **Discussão:** Após a segunda cirurgia o doente teve evolução favorável, tendo alta ao 7º dia pos-operatório. A abordagem laparoscópica de deiscências de anatomoses é segura e traz menor morbidade ao doente. O alto índice de suspeição e vigilância apertada dos doentes no pos-operatório é essencial.

HOSPITAL: Hospital de Santarém, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Olga Oliveira, Luís Ferreira Nuno Vilela, Joana Miranda, Aldo Jarimba
CONTACTO: Olga Oliveira
EMAIL: ooliveira8@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 214)

SESSÃO: V 4

TÍTULO: **Cisto hepático ciliado – A inovação na raridade**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os cistos hepáticos ciliados são lesões congénitas raras, benignas e habitualmente solitárias. Com cerca de 100 casos descritos na literatura, e uma predilecção reconhecida para o segmento 4, são frequentemente assintomáticos e diagnosticados inciden-

talmente, sendo a queixa mais comum a presença de dor abdominal. Com um risco de transformação maligna de cerca de 5% a sua ressecção cirúrgica é atualmente recomendada, sendo a via laparoscópica assistida por robot uma técnica segura e eficaz na abordagem hepática. **Resultados:** Caso clínico: Homem, 63 anos, sem antecedentes de relevo, encaminhado para consulta externa de Cirurgia Digestiva com o diagnóstico de cisto hepático, após episódio de dor abdominal localizada a nível do quadrante superior direito, sem outras queixas associadas. Analiticamente sem alterações de relevo. Estudo imagiológico revelou a presença de cisto hepático atípico a nível do segmento 4, com cerca de 5cm e de parede fina, não totalmente líquido, sugestivo de cisto ciliado. Foi submetido a enucleação laparoscópica assistida por robot, sem registo de intercorrências. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. **Discussão:** Os autores relatam um caso de um cisto hepático ciliado com apresentação de um vídeo demonstrativo do tratamento cirúrgico por via laparoscópica assistida por robot.

HOSPITAL: Centre Hospitalier Universitaire Henri Mondor
SERVIÇO: Cirurgia Geral do Hospital de Braga (1), Cirurgia Digestiva, HBP e Transplantação Hepática do CHU de Henri Mondor (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática
AUTORES: Cláudio Branco (1), Concepcion Gomez I Gavara (2), Chady Salloum (2), Daniel Azoulay (2)
CONTACTO: Cláudio Branco
EMAIL: branco.cgp@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 490)

SESSÃO: V 4

TÍTULO: **Aneurisma gigante da artéria esplênica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os aneurismas da artéria esplênica (AAE) correspondem a uma entidade rara, compreendendo a terceira causa de aneurismas abdominais. Habitualmente assintomáticos e diagnosticados incidentalmente a sua importância reside no potencial de complicações como a rutura espontânea. Quando associados a maiores dimensões, nomeadamente os AAE gigantes (≥5cm), podem ser detetados através de dor abdominal, vômitos, ou como uma massa abdominal pulsátil. O tratamento cirúrgico é uma opção terapêutica sendo a via laparoscópica uma técnica segura e eficaz na abordagem destas lesões. **Material e Métodos:** Caso clínico **Resultados:** Mulher, 77 anos, referenciada por vômitos e náuseas, com o diagnóstico de quisto volumoso do pâncreas relatado em ecografia abdominal. Ao exame objetivo sem alterações de relevo. O estudo imagiológico adicional revelou tratar-se de um aneurisma sacular da artéria esplênica, medindo 5x4,7cm, localizado nos planos imediatamente craniais à cauda do pâncreas. Adicionalmente, no rim esquerdo, foi identificada lesão cística exofítica, sugestiva de tumor renal. Doente foi submetida a ressecção cirúrgica de aneurisma da artéria esplênica com nefrectomia parcial por via laparoscópica. Pós-operatório decorreu sem intercorrências. A anatomia patológica revelou um oncocitoma renal e aneurisma da artéria esplênica, tendo alta da consulta assintomática. **Discussão:** Os autores relatam um caso de um aneurisma gigante da artéria esplênica com apresentação de um vídeo demonstrativo do tratamento cirúrgico por via laparoscópica.



HOSPITAL: Hospital de Braga
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bílio-Pancreática
AUTORES: Cláudio Branco(1), Patrícia Araújo Silva(1), Sónia Vilaça(1),
Joaquim Falcão(1), Humberto Cristino(1)
CONTACTO: Patrícia Manuela Araújo da Silva
EMAIL: patriciasilva.brg@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 216)

SESSÃO: V 4

TÍTULO: **Estenose do antro gástrico pós gastrectomia marginal por Gist**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores do estroma gastro-intestinal (GIST), são os tumores mesenquimatosos mais comuns do aparelho gastrointestinal, mas a incidência é rara, correspondendo a 1% das neoplasias desta localização e destes, 60% ocorrem no estômago. A ressecção da lesão com margens de 1 a 2 cm está indicada. A abordagem laparoscópica assume um papel de destaque na cirurgia dos GIST gástricos. **Resultados:** Apresenta-se o vídeo de uma doente que realizou EDA no contexto de anemia, que demonstrou volumosa lesão subepitelial da parede posterior do corpo gástrico. A TC revelou uma massa exofítica submucosa. Realizada gastrectomia marginal laparoscópica por suspeita de GIST. Alta ao 5º dia, sem complicações. A anatomia patológica confirmou GIST (baixo potencial de malignidade) e em Consulta de Grupo decidido envio da doente ao IPO, sem indicação para realização de imatinib. Ao 3º mês pós operatório iniciou quadro de vômitos. Realizou trânsito Esofagogastroduodenal que revelou estenose do antro distal. A TC e EDA excluíram recidiva da lesão. Realizou gastrectomia subtotal laparoscópica com anastomose Y Roux. Teve alta ao 7º dia pós operatório. Ao 10º mês mantem-se sem queixas e sem evidência de doença. **Discussão:** A gastrectomia marginal laparoscópica é atualmente a abordagem “Gold Standard”, no tratamento do GIST gástrico, apesar de por vezes o tamanho e localização da lesão, exigirem ressecções mais alargadas que podem comprometer, apesar de correta calibragem intra-operatória, a função do órgão posteriormente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Unidade de Cirurgia Esofagogastroduodenal
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Juliana Oliveira, Marta Martins, Carlos Santos Costa, Manuel Ferreira, Vania Castro, Cristina Carvalho, Catarina Nora, J. Pinto Correia
CONTACTO: Juliana Oliveira
EMAIL: juliana.c.oliveira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 458)

SESSÃO: V 4

TÍTULO: **Na corda bamba: Duas abordagens diferentes no tratamento de tumores do fígado com invasão da veia cava inferior**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A ressecção hepática com ressecção da veia cava inferior (VCI) é uma solução possível em doentes no limite da ressecabilidade. Os autores

apresentam um vídeo de 2 cirurgias de ressecção hepática com ressecção da VCI, com diferentes graus de complexidade. **Material e Métodos:** Caso1. Mulher, 57 anos, hepatectomia direita alargada ao segmento IVa com ressecção parcial da VCI sem uso de prótese, por volumoso colangiocarcinoma intra-hepático (CCIH) em Abril 2011. Em Abril 2016 recidiva no segmento I com invasão da VCI. Proposta segmentectomia do I com ressecção da VCI poupando a confluência das veias supra-hepáticas (VSH), com interposição de prótese sem bypass veno-venoso (BVV). Caso2. Mulher, 67 anos, colangiocarcinoma intra-hepático do lobo direito com invasão da VCI e das 3 VSH. Foi proposta trisectorectomia direita com ressecção da VCI com interposição de prótese sob BVV. **Resultados:** Em ambas realizada a cirurgia planeada. No 1º caso, cirurgia sem intercorrências e sem uso de hemoderivados/vasopressores. Alta ao 8º dia de pós-operatório. A histologia confirmou CCIH, actualmente sem evidência de doença. No 2º caso, necessidade de suporte transfusional/vasopressor na cirurgia e nos 2 primeiros dias de pós-operatório, com evolução favorável. **Discussão:** Tumores hepáticos que invadem a VCI não são necessariamente irresssecáveis. O seu tratamento implica técnicas de exclusão vascular muitas vezes complexas e só é possível com equipas multidisciplinares experientes em ressecção e transplantação hepática.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Centro Hepato-Bílio-Pancreático e de Transplantação, Hospital Curry Cabral, CHLC (Director: Prof. Dr. Eduardo Barroso)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bílio-Pancreática
AUTORES: Mafalda Sobral, Hugo Pinto Marques, Raquel Mega, Jorge Lamelas, João Santos Coelho, Américo Martins, Eduardo Barroso
CONTACTO: Mafalda Sobral
EMAIL: mafaldasnsobral@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 50)

SESSÃO: V 4

TÍTULO: **Anastomose esófago-jejunal mecânica intracorporal: stapler circular vs linear**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia minimamente invasiva (laparoscópica e robótica) do cancro gástrico tem vindo a desenvolver-se progressivamente por todo o mundo, com o objectivo de melhorar a recuperação pós-operatória do doente. Deste modo, a confecção da anastomose esófago-jejunal mecânica intracorporal (AEJMI) pós gastrectomia total é um passo fundamental deste procedimento. Este trabalho tem como objectivo mostrar as diferenças na realização da AEJMI, com stapler circular vs. stapler linear. **Material e Métodos:** Apresentam-se um vídeo com o excerto de 2 cirurgias realizadas num centro diferenciado de Cirurgia do Cancro Gástrico internacional. **Resultados:** A AEJMI pode ser conseguida igualmente com um stapler circular (EEA 25mm) ou stapler linear (Endo-GIA). Na primeira técnica o anvil é inserido no coto esofágico antes da sua secção e o stapler circular é introduzido na ansa de jejuno através de uma mini-laparotomia. A anastomose é então realizada através do encerramento do dispositivo. Na anastomose com stapler linear, é seleccionada a ansa de jejuno onde será



inserida uma das lâminas do Endo-GIA, enquanto que a lâmina oposta é introduzida no orifício esofágico. Posteriormente é seccionado o remanescente da ansa jejunal e o esôfago terminal, extraindo-se a peça operatória. **Discussão:** Ambas as técnicas de AEJMI são efetivas na realização desta anastomose, não existindo até ao momento estudos que mostrem a supremacia de uma das técnicas sobre a outra.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
SERVIÇO: (1): Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Doutor José Maria Grande; (2): Gastric Cancer Department of Seoul National University Hospital
CAPÍTULO: Cirurgia Esôfago-Gástrica
AUTORES: Beatriz Mourato (1), Partida O. (2), Choi H. (2), Kim T. (2), Suh Y. (2), Lee H. (2), Yang H. (2)
CONTACTO: Maria Beatriz Baptista de Oliveira Mourato
EMAIL: mariamourato@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 10)

SESSÃO: V 4

TÍTULO: **Ressecção anterior do recto com abordagem transanal alta e baixa**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Nos tumores rectais a menos de 5 cm da margem anal é necessária ressecção intersfíntérica prévia e posterior dissecação transanal, considerando-se uma ressecção anterior transanal (RAta) baixa. Mostram-se 2 casos, um de RAta alta e outro RAta baixa. **Material e Métodos:** Mostram-se 2 casos, um de RAta alta e outro RAta baixa. **Resultados:** Numa doente de 48 anos, com tumor rectal a 6 cm e mrT2N+ foi efectuada RAta alta após radioquimioterapia. Após colocação de Gelpoint realizou-se bolsa-de-tabaco, secção circular do recto e dissecação ascendente no plano da fáscia mesorectal. A dissecação do terço superior do recto foi por via laparoscópica abdominal e efectuou-se anastomose latero-terminal mecânica com EEA 33. No segundo caso, uma mulher de 46 anos, com cancro rectal a 4 cm e mrT4N0 por invasão do elevador, efectuou RAta baixa após radioquimioterapia. Na dissecação interesfíntérica excisão parcial da vagina por suspeita de invasão e encerramento do recto com bolsa-de-tabaco. Colocação do Gelpoint para dissecação ascendente no plano da fáscia mesorectal até ao peritoneu pélvico. Após extracção transanal da peça anastomose latero-terminal manual. Anatomia patológica revelou, respectivamente, ypT2N1 e ypT2N0 com margens livres. **Discussão:** A RA com abordagem transanal permite contornar as dificuldades da RA laparoscópica nos tumores baixos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC, Serviço de Cirurgia A. CHUC
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Julio S. Leite, A. Manso, A. Amaro, P. Lima, M.P. Monjardino, F. Castro-Sousa
CONTACTO: Julio Soares Leite
EMAIL: julio.s.leite@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 552)

SESSÃO: V 4

TÍTULO: **Adrenalectomia Direita Laparoscópica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O diagnóstico incidental de uma massa localizada na glândula supra-renal é um problema clínico cada vez mais frequente. Atualmente a abordagem laparoscópica é o procedimento de escolha em lesões benignas. **Material e Métodos:** Doente sexo masculino, 61 anos de idade, com antecedentes de HTA. Encaminhado para a Consulta de Cirurgia Geral por incidentaloma da glândula supra-renal direita. **Resultados:** Realizou TAC abdomino-pélvico que revelou a presença de massa com cerca de 8 cm de maior diâmetro da supra-renal direita sugestiva de Feocromocitoma. O diagnóstico foi apoiado pelo estudo funcional realizado, tendo sido positivo. Foi submetido a adrenalectomia direita laparoscópica. O procedimento e o pós-operatório decorreram sem intercorrências, tendo tido alta ao 4º dia de pós-operatório. O resultado histológico revelou Feocromocitoma com comportamento biológico benigno, não agressivo. **Discussão:** A adrenalectomia laparoscópica deve constituir a via de abordagem de eleição, em doente seleccionados e em mãos experientes, no tratamento de lesões benignas da glândula supra-renal, sendo uma cirurgia segura, que se associa a uma redução marcada da morbimortalidade, do tempo de internamento hospitalar e a um retorno mais precoce à vida ativa relativamente às restantes abordagens.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Leonor Matos, Tiago Fonseca, Jessica Neves, Tiago Ferreira, António José Reis, Rui Almeida, Artur Trovão, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Leonor Matos
EMAIL: leonormatos@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (V 268)

SESSÃO: V 4

TÍTULO: **Técnica de Martius – uma alternativa na fístula reto-vaginal recidivante**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tratamento da fístula reto-vaginal é um desafio cirúrgico tanto na decisão de adequar a técnica a cada caso particular, como pelas condições de cicatrização locais que podem comprometer o sucesso terapêutico. **Material e Métodos:** O caso retratado refere-se a uma doente de 49 anos cuja fístula retovaginal teve origem em trauma obstétrico, previamente submetida a múltiplas intervenções. Foi proposta para cirurgia de Martius, tendo sido gravada a técnica em vídeo. **Resultados:** A técnica do Retalho de Martius visa o isolamento de um retalho muscular e adiposo que inclui o músculo bulbo-esponjoso e o tecido adiposo situado entre este músculo e o ísquio-cavernoso, mantendo a sua vascularização através de ramos da artéria pudenda interna. Após a identificação, disseção e rafia dos orifícios fistulosos vaginal e retal, este retalho é interposto entre os 2 defeitos funcionando como reforço das suturas e como barreira para que o trajeto fistuloso não recidive. Adicionalmente, através da sua vascularização própria (cuja manutenção deve



ser cuidadosa no decorrer do procedimento) promove a neovascularização local. **Discussão:** O Retalho de Martius afigura-se como uma alternativa terapêutica para fistulas reto-vaginais recorrentes, visto que promove o afastamento dos orifícios fistulosos com a interposição de tecido viável entre eles, assim como a neovascularização local e a cicatrização eficiente. A literatura apresenta taxas de cicatrização entre os 65-70%, dependendo da etiologia da fístula.

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: J. Simões, L. Donas Boto, F. Cruz, F. Eiró, F. Santos, S. Carlos, P. Moniz Pereira, J. Corte Real
CONTACTO: Joana Filipa Ferreira Simões
EMAIL: simoes.jff@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 201)

SESSÃO: V 4

TÍTULO: **Leiomioma esofágico – Enucleação laparoscópica transhiatal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores benignos do esôfago são lesões raras correspondendo a menos de 1% das neoplasias do esôfago, sendo os leiomiomas a entidade mais frequente no âmbito destas lesões benignas. Habitualmente assintomáticos e diagnosticados incidentalmente, a sua localização mais frequente é a nível do esôfago distal, sendo a queixa mais comum a presença de disfagia. Com um potencial de degeneração maligna baixo, a sua ressecção está recomendada quando sintomático ou perante um tamanho superior a 5cm. **Resultados:** Caso clínico: Mulher, 53 anos, encaminhada para consulta externa de Cirurgia Geral após diagnóstico de lesão nodular do esôfago. Encontrava-se assintomática e ao exame físico sem alterações. Analiticamente com evidência de anemia, sem outras alterações de relevo. Estudo imagiológico revelou a presença de massa com densidade tecidual com cerca de 7cm de diâmetro na dependência da porção terminal do esôfago, com crescimento exofítico. Realizou ecoendoscopia que confirmou a presença de lesão de 60x40mm a nível do mediastino postero-inferior, heterogénea e limites bem definidos, com diagnóstico provável de leiomioma. Foi submetida a enucleação laparoscópica de leiomioma esofágico por via transhiatal, sem registo de intercorrências. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de leiomioma do esôfago. **Discussão:** Os autores relatam um caso de um leiomioma esofágico com apresentação de um vídeo demonstrativo do tratamento cirúrgico por via laparoscópica.

HOSPITAL: Hospital de Braga
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Esôfago-Gástrica
AUTORES: Cláudio Branco, Teresa Carneiro, Dina Luís, António Gomes
CONTACTO: Cláudio Branco
EMAIL: branco.cgp@gmail.com

SALA 5 2017-03-17 08:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 248)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Tumor síncrono do cólon e estômago – relato de um caso**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Cerca de 27% dos tumores primários do tracto gastrointestinal (TGI) são classificados como síncronos. A coexistência de um GIST com outros tumores primários embora rara, tem vindo a ser relatada com maior frequência nos últimos anos, sendo normalmente detectada de forma incidental durante uma cirurgia programada para o outro tumor, mais comumente um adenocarcinoma. **Material e Métodos:** Descreve-se um caso clínico de um tumor síncrono do TGI após revisão da literatura nesse âmbito. **Resultados:** Doente do sexo feminino e 79 anos que, na sequência de estudo de anemia, realizou colonoscopia que detectou lesão vegetante do ângulo hepático cuja biópsia revelou um adenocarcinoma (ADC). TC-TAP efectuada excluiu doença à distância. Proposta para cirurgia tendo sido realizada uma hemicolectomia direita. Durante o acto cirúrgico constatou-se a presença de outra lesão na face anterior da pequena curvatura gástrica, não conhecida, pelo que também esta foi excisada. O resultado histológico foi de ADC G2 do cólon direito, com 4 gânglios linfáticos metastizados em 27 isolados e GIST do estômago de baixo grau, 1 figura de mitose em 50. A neoplasia do cólon foi estadiada em pT3N2aM0. Após consulta de decisão terapêutica iniciou QT adjuvante dirigida apenas ao carcinoma do cólon, sob a qual se encontra actualmente com boa tolerância. **Discussão:** Apesar de raro, devemos ter em conta a existência de tumores síncronos durante uma cirurgia do TGI, para garantir o correto diagnóstico e assegurar o melhor tratamento e prognóstico para o doente.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Costa C., Salvador D., Pratas N., Gomes A., Reia M., Mourato B., Taré F., Romero M., Silva V., Barbosa I.
CONTACTO: Cristina Sofia Saraiva dos Santos Costa
EMAIL: c.s.s.santos.costa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 250)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Gangrena de Fournier – Um Caso Clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A gangrena de Fournier (GF) é uma fascíte necrotizante agressiva e rara, causada por infecção polimicrobiana dos tecidos moles com ponto de partida perineal e com uma mortalidade até 67%. **Resultados:** Apresenta-se o caso de um homem de 69 anos trazido inconsciente ao SU onde se verificou tumefação e descoloração do escroto com evolução em poucas horas até à axila esquerda sugestivo de GF com ponto de partida escrotal. Foi submetido de imediato a amplo desbridamento cirúrgico dos tecidos necrosados desde o escroto até à axila esquerda. Colocou-se uma cistostomia, por atingimento parcial da uretra, e uma manga retal para derivar a eliminação fecal da ferida operatória. Iniciou



antibioterapia (AB) empírica. O exame bacteriológico foi inconclusivo e o diagnóstico foi confirmado histologicamente. Foi submetido a sucessivos desbridamentos cirúrgicos e a posteriori a encerramento dos tecidos e reconstrução por Cirurgia Plástica e Urologia. Alta a D75 de internamento com ferida perineal vestigial e cateterização uretral. **Discussão:** A GF tem início fulminante e pode progredir rapidamente para falência multiorgânica e morte, pelo que é crucial o diagnóstico e intervenção atempada. A utilização de manga retal permite evitar a realização de colostomia se margem anal poupada. O extenso desbridamento cirúrgico de tecidos necrosados e a AB são o tratamento de eleição. Este caso ilustra uma situação de GF muito extensa e de rápida evolução, de previsível mau prognóstico, cujo tratamento agressivo foi bem-sucedido.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Setúbal(1); Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de Setúbal(2); Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Centro Hospitalar de Setúbal(3)

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: Xavier de Sousa(1), Pedro Ferreira(1), Luís Branco(1), Vítor Rigueira(1), Gustavo Gomes(2), Macemino Gomez(3), Luís Cortez(1)

CONTACTO: Xavier Ponte de Sousa

EMAIL: xavierpdesousa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 46)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Politraumatizado: o que fazer?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A abordagem do doente politraumatizado evoluiu significativamente, diminuindo a morbimortalidade associada. **Material e Métodos:** Homem de 39 anos, vítima de acidente de moto, apresentava-se em choque com dor no hemitórax direito. FAST revelou líquido livre intra-peritoneal. Dada a resposta transitória à fluidoterapia, realizou TC que revelou fracturas de arcos costais à direita e pneumotórax; lesão hepática grau IV com blush arterial; lesões esplénica e renal grau II. Rx revelou fracturas da clavícula, omoplata e peróneo. **Resultados:** Foi colocado dreno torácico, iniciado suporte transfusional e o doente foi submetido a laparotomia exploradora com confecção de packing hepático e laparostomia. Feita revisão cirúrgica às 48h, com necessidade de desbridamento ressecional dos segmentos hepáticos VI e VII e encerramento da parede abdominal. As fracturas ósseas foram tratadas conservadoramente. O pós-operatório foi complicado de deiscência aponevrótica e pneumonia necrotizante. O doente teve alta ao 28º dia de internamento. **Discussão:** A avaliação inicial do doente politraumatizado deve contemplar a sua estabilização e identificação de lesões ameaçadoras da vida. Se instabilidade hemodinâmica e evidência de hemorragia activa/hemoperitoneu nos exames imagiológicos, deve ser realizada uma cirurgia urgente para controlo da hemorragia. As lesões hepáticas são complexas e o seu tratamento definitivo exigente, pelo que, em situações de trauma, é recomendada a cirurgia de controlo de danos inicial e o tratamento definitivo protelado.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: Sara Catarino, Liliana Duarte, Marta Ferreira, Jorge Pereira, Vitor Marques, Carlos Casimiro

CONTACTO: Sara Catarino

EMAIL: saracatarinosantos@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 274)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Impacto da metformina, estatinas e ácido acetilsalicílico na história natural de doentes com metástases hepáticas de carcinoma colorrectal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O cancro colorrectal (CCR) é o terceiro mais frequente e 50% dos doentes desenvolvem metástases. A metformina (M) e as estatinas (E) podem atuar como potencial agente anticancerígeno. O ácido acetilsalicílico (AAS) é um conhecido agente anti-tumoral. **Objetivo:** avaliar o impacto da toma de M, insulina, E e AAS na sobrevivência dos submetidos a hepatectomia (H) por metástases de CCR (MCCR). **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 412 casos de H por MCCR. Calculou-se a sobrevida global (SG) e a sobrevida livre de doença (SLD) para cada doente, sendo que estes valores foram comparados nos diferentes grupos em estudo. Recorreu-se ao teste t-student de amostras independentes para comparar a SG e SLD ($p < 0,05$). **Resultados:** Não se verificou diferença estatisticamente significativa na SG ($p=0,997$) e SLD ($p=0,8$) em doentes diabéticos e não diabéticos. Ausência de diferença da SG ($p=0,775$) e SLD ($p=0,748$) nos tratados com M. Não existe diferença com significado na SG ($p=0,992$) e SLD ($p=0,949$) nos insulino-tratados. Ausência de diferença na SG ($p=0,311$) e na SLD ($p=0,721$) nos doentes com e sem dislipidemia. Não se constatou diferença significativa na SG ($p=0,346$) e SLD ($p=0,733$) nos tratados com E. A SG dos doentes que tomam AAS é menor (27,52 vs 41,18 meses) ($p=0,034$), mas sem diferença estatisticamente significativa na SLD ($p=0,148$). **Discussão:** Na nossa série os doentes com MCCR submetidos a H e medicados com M e E não tiveram maior SG ou SLD. Nos tratados com AAS a SG foi menor.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

SERVIÇO: Cirurgia A – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: A Marinho; R Martins; JG Tralhão; H Alexandrino; M Seródio; M Martins; F. Castro e Sousa

CONTACTO: Ana Catarina de Oliveira Marinho

EMAIL: anacatarina.marinho.fmuc@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 87)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **O BOM, O MAU E O VILÃO. Perfuração Intestinal por Espinha de Peixe: Três Casos Clínicos com Três Abordagens Distintas.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A ingestão acidental de corpos estranhos é um problema frequente na prática clínica mas que raramente é causa de perfurações do TGI. No entanto a ingestão espinhas de peixe apresenta maior potencial de perfuração especialmente nos locais de maior angulação ou de menor calibre do sistema diges-



tivo como no íleo terminal na região da válvula ileocecal ou na transição retosigmoideica. A prevalência destas perfurações foi estimada globalmente em 1%. **Resultados:** Três casos de perfuração por espinha de peixe em diferentes partes do TGI (colon ascendente, descendente e duodeno), que condicionaram 3 abordagens terapêuticas diferentes. Todos os casos correspondiam a pacientes idosos, um grupo etário particularmente em risco à ingestão destes corpos estranhos alimentares. Em dois dos casos, a sintomatologia inicial levou a que os doentes fossem internados com suspeita de pancreatite aguda e de AVC hemorrágico. **Discussão:** No paciente idosos existe um aumento do risco de ingestão de corpos estranhos alimentares devido a múltiplos fatores incluindo o uso de próteses dentárias que prejudicam o retorno sensitivo necessário à identificação de corpos pontiagudos bem como a completa mastigação dos alimentos. A perfuração por espinha de peixe apresenta-se como um desafio diagnóstico, imitando outras patologias médicas ou cirúrgicas especialmente quando não se identifica a perfuração em exames de imagem.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Unidade Local de Saúde do Nordeste
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: João Carvas, Pedro Fernandes, Diego Perez, Júlio Novo, Catarina Rocha, Hermínia Martins
CONTACTO: Joao Carvas
EMAIL: jmcarvas@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 119)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Tumores do estroma gastro-intestinal: casuística e fatores influenciadores do curso da doença**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Este trabalho teve como objetivo avaliar os resultados do tratamento cirúrgico de uma casuística de doentes operados por tumores do estroma gastro-intestinal (GIST) e detetar fatores influenciadores do curso da doença **Material e Métodos:** Estudaram-se retrospectivamente 58 doentes (30 homens; 28 mulheres), com idade média de 66 anos (min. 28; máx. 89) operados entre 2000 e 2014 (seguimento médio de 45 meses). As apresentações clínicas mais frequentes foram dor abdominal (25) e hemorragia digestiva (21). Os tumores localizavam-se no: estômago (36), jejuno/íleo (15), duodeno (3), esófago (2) e cólon (2) **Resultados:** A resseção foi completa em 86,2%. Os tumores tinham dimensão média de 7,1cm, 57% foram classificados no Estadio I, 51,7% apresentavam histologia de células fusiformes. Os marcadores CD117, CD34 e AML foram identificados em 91%, 61% e 39% dos casos. Aquando do diagnóstico a doença estava confinada ao órgão em 51 casos, em 2 casos o tumor invadia órgãos adjacentes e 5 casos apresentavam metastização. Efectou-se terapêutica adjuvante em 17 doentes. Três doentes faleceram devido à doença e 5 apresentaram recidiva/metástases. A sobrevivência estimada aos 5 anos foi de 94,7%. As variáveis com impacto na sobrevivência foram: idade, clínica, localização, estadio ao diagnóstico, invasão de estruturas adjacentes, índice mitótico >5/50HPF, presença de necrose **Discussão:** Os GIST são tumores raros, mas com elevada sobrevivência estimada. O prognóstico

dos doentes depende de fatores clínicos, histológicos e imunohistoquímicos

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Cirurgia B
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Catarina Melo, Duarte Viveiros, António Bernardes, Fernando José Oliveira
CONTACTO: Catarina Melo
EMAIL: catarinajmcmelo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 44)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Hérnia de Morgagni gigante – a propósito de um caso**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Hérnia de Morgagni é uma forma rara de hérnia diafragmática congénita, com uma incidência de 3%. Deve-se a um defeito na fusão da porção esterno-costal com o tendão central do diafragma. Raramente causam sintomas e o seu diagnóstico é habitualmente incidental. **Material e Métodos:** Relato de um caso de Hérnia de Morgagni e revisão da literatura sobre esta patologia e a sua abordagem. **Resultados:** Paciente do sexo feminino de 90 anos, com vômitos e intolerância alimentar. Após avaliação foi diagnosticada volumosa hérnia de Morgagni, constituída por porção gástrica e ansa cólica. Após realização de trânsito gastroesofágico contrastado, verificou-se progressão do contraste para o fundo gástrico (intra-abdominal), antro (intra-torácico) e, em vez de progredir para o duodeno, voltava para o fundo gástrico. Tendo em conta as comorbilidades da doente optou-se pela realização de gastroenterostomia. Ao 10º dia pós-operatório, apresentou evisceração. Foi reoperada e objetivou-se que não havia sinais de deiscência da anastomose ou ansas em sofrimento e foi possível a redução do estômago e rafia do defeito diafragmático. **Discussão:** Devido ao fato da Hérnia de Morgagni ser incomum, com sintomas inespecíficos, o seu diagnóstico torna-se mais difícil. Este é facilitado com recurso a exames como a tomografia computadorizada ou os estudos contrastados. Uma vez feito o diagnóstico, há indicação para correcção cirúrgica, sendo o procedimento de escolha baseado nos critérios individuais de cada paciente.

HOSPITAL: Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral –Hospital Distrital da Figueira da Foz
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: M. Ferreira, N. Guimarães, H. Ribeiro, J. Neves, H. Morais, F. Melo, J. Pinho, V. Vieira, N. Azenha, I. Borges, R. Dias, A. Fonseca, A. Matos, J. Cecílio, L. Conceição.
CONTACTO: Marta Sofia Machado Ferreira
EMAIL: martasmferreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 65)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Perfuração do colón por migração de cateter de derivação ventrículo-peritoneal: caso clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As complicações relacionadas com a porção distal dos cateteres de derivação ventrículo-peritoneal (DVP) podem ocorrer em 10 a 30% dos doentes. Tais incluem infecção, deslocação ou desconexão do cateter, e em casos mais raros, perfuração de



víscera oca. **Material e Métodos:** Mulher de 42 anos, com antecedentes de colocação de DVP por papiloma dos plexos coroídeos. Trazida ao SU por febre, vômitos e cefaleias com 12 horas de evolução. Apresentava rigidez da nuca e sinal de Brudzinski positivo. Foi internada na Neurologia com o diagnóstico de meningite aguda por E. Coli. Alta após 21 dias de antibioterapia. 4 meses após, novo episódio de meningite aguda bacteriana a E. Coli, com internamento complicado por abscesso cerebral, com necessidade de remoção da porção proximal da DVP. Durante o internamento, por queixas de dor abdominal inespecífica, efectuou TC que mostrou extremidade distal da DVP em posição endoluminal no colón descendente. **Resultados:** Após discussão do caso entre a Cirurgia Geral e a Gastrenterologia, e dada a estabilidade clínica da doente, optou-se pela remoção da porção distal da DVP por colonoscopia. O procedimento decorreu sem intercorrências. A doente mantém-se em seguimento, completamente assintomática. **Discussão:** A opção pelo tratamento em casos de perfuração do colón devido a DVP depende do estado geral do doente. Em situações em que não haja evidência de complicação intra-abdominal, pode ser tentada uma abordagem endoscópica ou percutânea, reservando-se a intervenção cirúrgica para os restantes casos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A dos HUC (CHUC) e Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Fernando Azevedo, Alexandre Monteiro, F. Castro e Sousa
CONTACTO: Fernando Azevedo
EMAIL: fjcr.azevedo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 31)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Invaginação Intestinal secundária a Divertículo de Meckel**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A invaginação intestinal é um prolapso do intestino proximal para o lúmen do intestino distal adjacente. No adulto é uma forma rara de oclusão intestinal e representa 5% de todos os casos de invaginação. O Divertículo de Meckel é a alteração congénita gastrointestinal mais comum, presente em 1-2% da população. **Material e Métodos:** Descrição de caso clínico. **Resultados:** Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino de 25 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal peri-umbilical associada a vômitos alimentares, sem outras queixas. Referia vários episódios semelhantes, de menor intensidade, nos últimos meses. Apresentava abdómen ligeiramente doloroso à palpação da região peri-umbilical e hipogastro e empastamento na FID. Analiticamente com ligeira leucocitose e neutrofilia, sem outras alterações. A TC foi sugestiva de invaginação ileo-cólica. Intra-operatoriamente constatou-se presença de invaginação de íleon na última ansa ileal e cego, tendo sido reduzida com posterior evidência de Divertículo de Meckel como ponto de partida. Foi feita ressecção segmentar de intestino delgado incluindo o divertículo de Meckel. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. **Discussão:** A invaginação intestinal no adulto constitui um desafio diagnóstico dada a ines-

pecificidade da sintomatologia e forma subaguda de apresentação, sendo secundária em cerca de 90% dos casos. O Divertículo de Meckel é sintomático em apenas 4% dos casos, podendo constituir o ponto de partida para invaginação intestinal no adulto.

HOSPITAL: Hospital Litoral Alentejano, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do Hospital do Litoral Alentejano (1), Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Litoral Alentejano (2)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Andreia Ferreira (1), Caferra Amaro (1), Manuel Colaço (1), Diogo Sousa (1), Diogo Marinho (1), Ana Cruz (1), Daniel Santos (1), Mariana Claro (1), Pierpaolo Cusati (2), José Augusto Martins (1)
CONTACTO: Andreia Ferreira
EMAIL: andreiasiferreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 299)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Adenoma tubuloviloso em Apendicite Aguda**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os pólipos apendiculares são uma condição rara. A maioria dos doentes são assintomáticos ou podem apresentar-se como quadros de apendicite aguda por obstrução do lúmen. Os tipos mais frequentes são o adenoma mucinoso e o adenoma viloso. **Material e Métodos:** Apresenta-se um doente do sexo masculino de 62 anos internado por quadro clínico e imagiológico compatível com apendicite aguda sob terapêutica médica por recusa de intervenção cirúrgica. **Resultados:** Devido ao agravamento clínico e imagiológico aceitou a intervenção cirúrgica verificando-se apendicite aguda com abscesso apendicular. O estudo anatomopatológico revelou adenoma tubuloviloso com displasia de alto grau no contexto de apendicite aguda com margens de ressecção livre. **Discussão:** O potencial maligno do adenoma do apêndice não está bem esclarecido, mas a lesão parece ter o mesmo comportamento biológico que os adenomas em outras localizações como o colón e o reto.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Manuela Romano, Pedro Silva Vaz, Gina Melo, Antonio Gouveia
CONTACTO: Manuela Romano
EMAIL: manezitaromano@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 271)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **A propósito de um caso clínico – Adenoma da paratiroide**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Abordagem temática a propósito de um caso clínico. **Material e Métodos:** História clínica Documentação com ilustração do procedimento cirúrgico Revisão bibliográfica temática. **Resultados:** Ilustração com corpo de póster da temática citada. **Discussão:** Reflexão sobre a possível logística diagnóstica e consequente impacto no qualidade de vida do doente
HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral



CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Diogo Nogueira Pinto, Alberto Midões, Rui Escaleira, Mariana Leite, Telma Brito, Diana Gomes, Luísa Pereira, Manuel Ferreira, Aires Martins, Álvaro Gonçalves, Mário Gonçalves
CONTACTO: Diogo Nogueira Pinto
EMAIL: dp.diogopinto@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 2)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **GIST Perfurado do Delgado – Um Caso de Abdómen Agudo**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os GIST's são os tumores mesenquimatosos mais frequentes do trato gastrointestinal. A forma de apresentação é variável. Na sua maioria são assintomáticos e o seu diagnóstico é muitas vezes incidental. **Resultados:** Caso clínico: homem, 76 anos, admitido no SU por dor abdominal; realizada TC que demonstrou formação nodular heterogénea de 93x85 mm de maiores diâmetros com bolha de ar no seu interior, adjacente a ansa de intestino delgado, bem como lesão nodular com 38 mm no segmento VIII. Submetido a laparotomia exploradora, constatando-se presença de massa perfurada e abcedada na dependência de ansa de intestino delgado, pelo que foi realizada enterectomia segmentar. Pós-operatório sem intercorrências. O exame macroscópico revelou, na dependência de segmento de intestino delgado, massa neoplásica irregular e lacerada, com 10,5 cm de eixo maior. O exame histológico e imunohistoquímico confirmou tratar-se de GIST perfurado, com um índice mitótico de 9 / 50 c.g.a e topos cirúrgicos livres. Proposto para tratamento adjuvante com Imatinib. **Discussão:** Os GIST's são tumores pouco frequentes. O abdómen agudo como forma de apresentação é extremamente raro. A cirurgia de ressecção com margens livres e sem rutura tumoral, continua a ser o gold standard no seu tratamento.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Joana Magalhães, Ana Marta Pereira, Maria Rosa Sousa, Teresa Santos, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Joana da Silva Magalhães
EMAIL: juana_magalhaes@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 337)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Abdómen Agudo – GIST gástrico com rutura pós-traumática: Relato de Caso**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) correspondem a menos de 1% das neoplasias gastrointestinais. Localizam-se mais frequentemente no estômago e intestino delgado. A sua apresentação clínica é variável. **Material e Métodos:** Relato de caso clínico e revisão clássica da literatura sobre o tema. **Resultados:** Mulher de 81 anos, antiagregada, recorre ao serviço de urgência por dor no hemitórax esquerdo, na sequência de queda. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável. O estudo imagiológico com TC Tórax

mostrou estrutura subdiafragmática esquerda suspeita de hematoma. A TC abdominopélvica e RM revelaram lesão tumoral heterógena com 11cm de maior diâmetro compatível com GIST associado a líquido livre intra-abdominal. Por agravamento clínico, com diminuição significativa da hemoglobina e hipotensão foi submetida a laparotomia exploradora urgente. Verificou-se uma massa intra-celômica no ligamento gastroesplénico com pedículo gástrico na grande curvatura, com rutura da cápsula e hemoperitoneu de 1500cc. Procedeu-se a exérese da massa, gastrectomia parcial atípica e aspiração de hemoperitoneu. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de GIST com envolvimento focal da subserosa gástrica. Dada a extensão e a rutura da lesão foi proposta terapêutica adjuvante. **Discussão:** As urgências relacionadas com os GIST, apesar de raras, devem ser consideradas para um rápido diagnóstico e tratamento. A ressecção cirúrgica continua a ser o tratamento gold standard para os GIST localizados.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Ricardo Vaz Pereira, Ana Monteiro, António Oliveira, Paulo Jorge Sousa, Fernando Próspero
CONTACTO: Ricardo Jorge Vaz Pereira
EMAIL: ricardovazpereira89@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 369)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Mastite lúpica – Um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A mastite lúpica é uma forma de apresentação rara (2-3%) da Lúpus Eritematosa Sistémica (LES). Tem várias formas de manifestação, podendo mesmo mimetizar doença maligna da mama. Este trabalho tem como objetivo o relato de um caso clínico. **Material e Métodos:** Mulher de 70 anos com múltiplos antecedentes, incluindo LES, doença renal crónica, foi enviada ao serviço de urgência por mastalgia, associado a tumefacção da mama esquerda com evidentes sinais inflamatórios e necrose do complexo areolo-mamilar (CAM) com 5 dias de evolução. Realizou ecografia mamária que revelou várias coleções líquidas intramamárias, a maior retro-areolar. Foi submetida a drenagem cirúrgica com excisão do CAM e iniciou antibioterapia empírica. **Resultados:** Completou 18 dias de antibioterapia dirigida ao exsudato do abcesso. O diagnóstico histológico foi de mastite abcedada compatível com mastite lúpica. Discutiu-se o caso com a Medicina, que decidiu não iniciar terapêutica dirigida ao LES. A doente teve várias intercorrências no internamento, sobretudo cardiovasculares. Foi programada limpeza cirúrgica com excisão de loca 1 mês após a drenagem do abcesso. Teve evolução desfavorável com isquémia e necrose extensa da pele, com necessidade de desbridamento cirúrgico. Houve progressão das lesões para a restante mama e parede torácica, com consequente óbito. **Discussão:** A mastite lúpica é rara e o tratamento é sobretudo médico. A cirurgia tem o seu papel no caso de existir abcesso com necessidade de drenagem, podendo no entanto exacerbar as lesões.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Cova da Beira (1), Serviço de Cirurgia Geral I (Hospital de



S. Francisco Xavier) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (2)

CAPÍTULO: Cirurgia Mamária

AUTORES: Tobias Teles (1)(2), Isabela Gil (2), Zacharoula Sidiropoulou (2), Carlos Ascensão (2), Pedro Fidalgo (2), Vitor Pereira (2)

CONTACTO: Tobias Teles

EMAIL: tteles@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 131)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Bacteriemia a Streptococcus gallolyticus/bovis – do laboratório ao bloco operatório**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A bacteriemia a *S. gallolyticus/S. bovis* tem sido associada a cancro colorrectal e pólipos malignos do cólon. **Material e Métodos:** caso clínico **Resultados:** Mulher 75 anos sem AP, recorreu ao SU por dor lombar súbita com impotência funcional, anorexia e febre. No EO destacava-se dor à palpação da coluna lombar (L4-S1). Rx evidenciava espondilodiscartrose de L4 e espondilolistese de L5/S1. Apresentava anemia normocítica e normocrômica, elevação de PCR (13 mg/dl) e VS (71 mm/h). Na TC lombar era evidente ante-espondilolistese associada a discartrose L5-S1 e alterações degenerativas lombares. Durante o internamento colheu hemoculturas. RM lombar mostrou espondilodiscite de L4 associado a fleimão paravertebral. Iniciou AB com piperacilina-tazobactam. Hemocultura isolou *S. gallolyticus* spp *pasteurianus* (*Streptococcus bovis* biótipo I). Dados os achados fez colonoscopia que revelou lesão vegetante no cólon transverso proximal. TC TAP sem evidência de N+ ou M1. Submetida a hemicolectomia direita laparoscópica. Pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo alta ao 7º dia pós-operatório. Diagnóstico anatomopatológico: adenocarcinoma G1 pT1 N0(0/15 gânglios) R0 V0. **Discussão:** Existe uma associação entre a infeção a *S. bovis*, sobretudo o biótipo I e a presença de adenomas e adenocarcinomas do cólon, contudo o papel do *S. bovis* na sua carcinogénese ainda não está esclarecido. A bacteriemia a *S. bovis* exige a realização de colonoscopia total.

HOSPITAL: Hospital Beatriz Ângelo

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Mariana Sousa; Marisa Peralta; Marta Santos; Joana Bártolo; Susana Ouró; Rui Maio

CONTACTO: Mariana Rosa Ferreira Sousa

EMAIL: marianarosasousa87@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 297)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Hemorragia Espontânea em Hiperplasia Nodular Focal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hemorragia hepática espontânea é uma apresentação rara, mas quando presente está mais frequentemente associada à rutura espontânea do carcinoma hepatocelular ou do adenoma. A hemorragia espontânea associada a hiperplasia nodular focal é uma condição rara, estando apenas descritos 10 casos a nível mundial até 2015. **Material e Métodos:** Trata-

-se de uma doente de 45 anos de idade há 6 anos em follow-up por nódulo hepático com 9 cm de maior eixo sugestiva de Hiperplasia nodular focal. Em Maio de 2016 episódio de hemorragia espontânea com hemoperitонеu que foi abordado conservadoramente. **Resultados:** A doente evoluiu favoravelmente. Em reavaliação lesão aumentou ligeiramente de tamanho e apresentava componente heterogéneo sugestivo de hemorragia recente. Diagnosticado ainda carcinoma de células renais do rim direito, estadio I. Neste sentido, a doente foi proposta para cirurgia síncrona, tendo sido operada em Agosto de 2016 lobectomia esquerda e nefrectomia direita laparoscópica. **Discussão:** Sabemos que a hemorragia espontânea na hiperplasia nodular focal é especialmente rara, contudo este caso demonstra a necessidade da sua suspeição clínica e diagnóstico diferencial.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central

SERVIÇO: Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação (Director Prof. Dr. Eduardo Barroso). Hospital Curry Cabral, CHLC, Lisboa (1)

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Nádía Rodrigues Silva (1); João Santos Coelho (1); Américo Martins (1); Eduardo Barroso (1)

CONTACTO: Nádía Rodrigues da Silva

EMAIL: nadiarsilva@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 320)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Um desafio no diagnóstico de oclusão intestinal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apresentação de um caso raro de oclusão intestinal. **Material e Métodos:** Sexo feminino, 54 anos. Antecedentes de cirurgia bariátrica não especificada, por laparotomia. Recorreu ao SU por dor abdominal, acompanhada de náuseas e vómitos, com 15 dias de evolução. **Resultados:** Apresentava-se desidratada, abdómen distendido, RHA diminuídos, timpanizado, doloroso à palpação dos quadrantes superiores, sem defesa ou reação peritoneal. Ecografia/TC abdominal: marcada dilatação do estômago, duodeno e primeiras ansas jejunais, por provável brida. Sem melhoria com tratamento conservador. Repetiu TC após gastrografia: contraste oral que opacifica várias ansas de jejuno até ao ascendente, com marcada dilatação de delgado. Oclusão em loop envolvendo ansa aferente? Submetida a cirurgia, tendo-se constatado presença de hérnia paraduodenal esquerda (HPE), em doente com bypass gástrico, com distensão muito marcada do estômago excluído. Procedeu-se à sua redução e plastia da fossa paraduodenal, com descompressão imediata do estômago excluído. **Discussão:** As hérnias internas são raras e representam menos de 1% dos casos de oclusão intestinal. A HPE constitui a hérnia interna congénita mais frequente e deve-se à presença da fossa paraduodenal ou de Landzert. A clínica é pouco específica e o diagnóstico é realizado, na maioria dos casos, durante laparotomia para tratamento da oclusão intestinal. Este caso foi um desafio tanto do ponto de vista clínico como radiológico, por se tratar de uma doente submetida a cirurgia bariátrica prévia.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia II – Hospital Egas Moniz

CAPÍTULO: Outro



AUTORES: Débora Correia, Joana Romano, Luísa Cabral Moniz, Carlos Nascimento, Rogério Matias
CONTACTO: Débora Correia
EMAIL: correiadebora@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 523)

SESSÃO: PO 8

TÍTULO: **Totalizações por patologia maligna da tireoide: Que resultados?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Actualmente todos os doentes que realizam hemitireoidectomias com diagnóstico pós-operatório de malignidade são submetidos a totalização. Avaliamos a presença de disseminação intratireoideia diagnosticada histologicamente nestes doentes. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2015. Foram incluídas todas as totalizações realizadas por malignidade diagnosticada por exame anátomo-patológico após hemitireoidectomia. **Resultados:** Neste período foram totalizados 60 doentes: 50 por carcinoma papilar, 5 por carcinoma folicular, 3 por microcarcinoma papilar, 1 por carcinoma medular e 1 por carcinoma pouco diferenciado. Destes doentes, 7 apresentavam disseminação intratireoideia detectável no estudo anatomopatológico. Todos eles tinham diagnóstico pré-operatório de carcinoma papilar pT1NxR0 a pT3NxR0 e em todos foram detectados histologicamente microcarcinomas de 2 a 5mm. A multifocalidade estava presente em duas das totalizações, sendo que uma destas tinha também sinais de invasão linfovascular. Ambos os casos apresentavam já multifocalidade no estudo patológico da primeira hemitireoide. **Discussão:** A prevalência global de malignidade residual foi de 11,7%. A possibilidade de tratamento conservador com vigilância, atendo a características histológicas, moleculares e presença de lesões identificáveis no lobo contralateral não é actualmente conhecida. Esta opção iria comprometer a possibilidade de tratamento com iodo radioactivo e o "follow-up" com doseamento de tireoglobulina.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Nuno Machado; Luís Castro Neves; João Pinto-de-Sousa
CONTACTO: Nuno Manuel Dias Machado
EMAIL: nuno.dias.machado@gmail.com

SALA 6 2017-03-17 08:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 260)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Neoplasia Maligna da Mama – a realidade de uma Unidade Local de Saúde do Alentejo**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O cancro da mama é o cancro com maior taxa de incidência em Portugal e o mais comum entre as mulheres (excluindo o da pele). Representa a 2ª causa de morte por cancro na mulher e corresponde a

uma das doenças com maior impacto na nossa sociedade. Em contrapartida, só cerca de 1% de todos os cancros da mama são diagnosticados no homem. A cirurgia é uma das formas de tratamento desta patologia, tendo-se observado ao longo dos anos uma tendência crescente para a realização de métodos conservadores, sempre que possível. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes operados por neoplasia maligna da mama de 1 Julho 2011 a 1 Julho 2016, apresentando-se a casuística dos serviços de Cirurgia Geral dos 2 hospitais distritais que integram a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. **Resultados:** 242 doentes operados no total, 159 em Portalegre e 83 em Elvas. 98.8% sexo feminino, 1.2% sexo masculino, idades compreendidas entre os 34 e 95 anos. 136 tumores localizados à esq^a, 104 à direita e 2 bilaterais, sobretudo no quadrante supero-externo. Realizadas 292 cirurgias, tendo-se verificado uma preferência para a cirurgia conservadora quando exequível. A maioria dos tumores foram diagnosticados histologicamente em carcinomas ductais invasivos. Complicação pós-operatória mais comum o seroma/hematoma, seguido da infecção da ferida cirúrgica. Sem mortalidade aos 30 dias pós-operatório. 3 óbitos relacionados com a neoplasia durante o follow-up. **Discussão:** Cirurgia é uma opção terapêutica eficaz numa patologia sobretudo feminina.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Costa C., Salvador D., Pratas N., Gomes A., Reia M., Mourato B., Taré F., Guerrero M., Coelho A., Barbosa I.
CONTACTO: Cristina Sofia Saraiva dos Santos Costa
EMAIL: c.s.s.santos.costa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 236)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Perfuração de delgado – um caso sem causa**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Relatar e discutir um caso de perfuração de víscera oca de causa indeterminada. **Material e Métodos:** Foi efectuada uma pesquisa e revisão bibliográfica acerca do tema perfuração do trato gastro-intestinal e perfuração espontânea do delgado. **Resultados:** Homem de 66 anos, com antecedentes de aneurisma da aorta torácica e abdominal e nefropatia auto-imune, recorre à Urgência por quadro de dor abdominal com 2 dias de evolução associada a anorexia e obstipação desde há 4 dias. Ao exame objetivo encontrou-se um abdómen distendido, doloroso à palpação e com defesa, mas sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente destacam-se amilase e lipase elevadas. Fez uma TC abdomino-pélvica que revelou perfuração de víscera oca. Foi submetido a laparotomia exploradora, tendo-se identificado presença de líquido purulento e perfuração a nível do jejuno, tendo sido realizada enterorrafia e lavagem peritoneal. Teve uma evolução clínica favorável no pós-operatório, tendo tido alta 11 dias após a cirurgia. **Discussão:** As causas de perfuração do intestino delgado são diversas. Assim que as causas traumáticas e algumas das causas mais comuns forem excluídas, podem-se considerar doenças do delgado como a doença de Crohn ou a doença celíaca que podem apresentar-se com peritonite e abdómen agudo. O tratamento cirúrgico urgente é quase sempre



necessário mas a pesquisa de causas raras pode ajudar na terapêutica subsequente nos casos em que o diagnóstico não é aparente imediatamente.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – HDJMG
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Pratas N., Costa C., Salvador D., Gomes A., Reia M., Mourato B., Taré F., Guerrero M., Coelho A., Magro J., Barbosa I.
CONTACTO: Nuno Pratas
EMAIL: nuno_pratas@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 90)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Quisto Gigante Abdominal. Quando a Barriga não para de Crescer.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores abdominais quísticos são diagnosticados mais frequentemente devido à maior disponibilidade de exames de imagem. A apresentação como quistos gigantes é contudo mais rara devido ao diagnóstico e intervenção mais precoces. **Resultados:** Mulher, 61 anos, AP de artrite reumatóide sob tratamento com metotrexato, vem ao SU por ecografia abdominal que mostrava uma volumosa formação quística abdominal. História de aumento do perímetro abdominal (PA) durante o último ano, dor abdominal e enfartamento. Referia também tonturas com os movimentos, cefaleias e medicada anteriormente para síndrome vertiginosa. Ao EO, estabilidade HD, apirética com abdómen era globoso, mole e depressível sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente sem alterações. Realizou TC com presença de uma grande massa quística, encapsulada, ocupando a quase totalidade da cavidade abdominal em provável dependência do ovário. Decidiu-se por laparotomia exploradora onde se observou volumoso quisto, facilmente destacável dos planos envolvente e órgãos intra-abdominais com origem incerta mas possivelmente ovárica/mesentérica e que foi removido sem intercorrências. O exame patológico revelou quisto simples, com revestimento cúbico simples ciliado, do tipo tubar, sem atipias citológicas. **Discussão:** Em pacientes história de aumento do PA o diagnóstico de quisto abdominal deve ser considerado. A ecografia numa abordagem inicial é essencial para a exclusão de diagnósticos diferenciais.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral – Unidade Local de Saúde do Nordeste
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: João Carvas, Pedro Fernandes, Alexandra Carrazedo, Diego Perez, David Tente, Hermínia Martins
CONTACTO: Joao Carvas
EMAIL: jmcarvas@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 122)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Divertículo de Meckel: Casuística, apresentação clínica e conduta terapêutica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congénita mais comum do tubo digestivo, estando

presente em 4% da população. Mantém-se controverso o tratamento do DM assintomático. Este estudo teve como objetivo analisar as formas diversas de apresentação clínica do DM. **Material e Métodos:** Estudaram-se retrospectivamente 64 doentes com DM (40 homens; 24 mulheres) com idade média de 51 anos, operados entre 2000 e 2015. **Resultados:** Em 35 casos (19 homens; 16 mulheres) o DM, clinicamente assintomático, foi um achado fortuito durante intervenções cirúrgicas por outra patologia, sendo ressecado em 34 casos. Nos restantes 29 casos (21 homens; 8 mulheres) verificaram-se complicações associadas ao DM: hemorragia digestiva baixa (6), inflamação (6), perfuração e peritonite (11), oclusão intestinal (6). As complicações foram mais frequentes no sexo masculino. A inflamação foi a complicação mais frequente nas idades mais jovens e a perfuração foi mais frequente nas idades mais avançadas. Em 24 casos o diagnóstico de DM complicado foi estabelecido durante a cirurgia. O diagnóstico pré-operatório foi estabelecido em 5 casos: videocápsula (1); cintigrama com glóbulos vermelhos marcados (4). Ocorreram 3 casos de morbilidade pós-operatória (infecção da ferida operatória). **Discussão:** O risco de complicações relacionadas com DM mantém-se presente independentemente de fatores como idade e sexo. O diagnóstico pré-operatório é difícil e necessita de um elevado índice de suspeição. A terapêutica cirúrgica do DM assintomático, poderá ser recomendada

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Cirurgia B
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Catarina Melo, Cristina Camacho, António Bernardes, Fernando José Oliveira
CONTACTO: Catarina Melo
EMAIL: catarinajmcmelo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 45)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Rutura traumática do diafragma – a propósito de um caso**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A rutura traumática do diafragma (RTD) ocorre por traumatismo toraco-abdominal contuso ou perfurante, com uma incidência de 0,8-8%. São mais frequentes à esquerda, representando 75% dos casos. Com este trabalho pretende-se fazer uma revisão da literatura sobre a abordagem de diagnóstico e tratamento da RTD. **Material e Métodos:** Relato de um caso de RTD e revisão da literatura sobre esta patologia e sua abordagem. **Resultados:** Paciente do sexo masculino de 63 anos, vítima de várias investidas de vaca, com consequente traumatismo craniano, face e toraco-abdominal. Numa abordagem primária, tensão arterial de 95/72mmHg, frequência cardíaca de 82bpm, com defesa à palpação abdominal, apresentava ainda abrasão transversal da parede abdominal, Foram realizados exames complementares mostrando derrame peritoneal e múltiplas fraturas de costelas bilateralmente. Perante os achados foi submetido a laparotomia exploradora, verificou-se hemoperitoneu, rutura do diafragma, no angulo costofrénico esquerdo, provocada provavelmente por fratura de costelas. Foi feita rafia do diafragma e colocação de dreno torácico esquerdo. O pós-operatório decorreu sem intercorrências



cias. **Discussão:** Muitas vezes o seu diagnóstico passa despercebido, uma vez que a clínica é inespecífica e as complicações agudas são raras, sendo diagnosticados já numa fase tardia, com o desenvolvimento de hérnias diafragmáticas, com as suas conseqüentes complicações. É essencial um elevado índice de suspeição e a sua correção para evitar que passem despercebidas.

HOSPITAL: Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral –Hospital Distrital da Figueira da Foz
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: M. Ferreira, N. Guimarães, H. Ribeiro, J. Neves, H. Morais, J. Pinho, F. Santos, F. Melo, V. Vieira, N. Azenha, I. Borges, R. Dias, A. Fonseca, A. Matos, J. Cecílio, L. Conceição.
CONTACTO: Marta Sofia Machado Ferreira
EMAIL: martasmferreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 126)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Volumoso cisto mesentérico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os cistos mesentéricos são lesões benignas raras, com uma incidência de 1/250000. Permanecem assintomáticos na maior parte dos casos sendo descobertos acidentalmente. Podem, no entanto, atingir grandes dimensões, condicionando dor, distensão abdominal ou sensação de massa. O diagnóstico definitivo é muitas vezes feito durante a cirurgia no qual devem ser totalmente removidos. O conhecimento destas lesões é importante devido à existência de complicações associadas a uma cirurgia ineficaz. O presente trabalho relata o tratamento cirúrgico de um cisto mesentérico volumoso. **Material e Métodos:** Descrição de caso clínico e revisão da literatura. **Resultados:** Doente, sexo masculino, 20anos, sem antecedentes pessoais relevantes, observado em consulta por distensão abdominal. Ao exame objetivo abdominal apresentava maciez à percussão em todos os quadrantes, abdómen pouco depressível, indolor. Realizou uma tomografia computadorizada que revelou uma volumosa massa cística com 22x26cm, a nível do mesentério, envolvendo a totalidade da cavidade abdominopélvica. Foi submetido a uma laparotomia exploradora, tendo sido realizado exérese do cisto íntegro com laqueação do seu pedículo ao nível da raiz do mesentério. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. **Discussão:** O tratamento de eleição dos cistos simples é a enucleação. Drenagem e marsupialização não são recomendados por estarem associados a maior recorrência e infeção. A recorrência está descrita em 13,6%, sendo principalmente associada a cirurgia inadequada.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral ULSAM
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Manuel A.V. Ferreira; Aires Martins; Álvaro Gonçalves; Diogo Pinto; Mariana Lima; Bárbara Lima; Rui Escaleira; José Luís Sanches; Jorge Campanário; Conceição Monteiro; Alberto Midões
CONTACTO: Manuel Alexandre Viana Ferreira
EMAIL: manuel.alexandre.ferreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 67)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Estenose benigna da via biliar principal: a propósito de um caso clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As estenoses benignas da via biliar ocorrem na maioria dos casos em relação com lesões iatrogénicas após colecistectomia. Apesar da maioria dos casos serem diagnosticado até ao 1º mês de pós operatório, alguns casos ocorrem mais tardiamente, revelando-se sobre uma clínica de icterícia obstrutiva indolente, quando a estenose é apenas parcial. **Material e Métodos:** Homem de 57 anos, com antecedentes de colecistectomia clássica por colecistite aguda gangrenada e perfurada há 11 anos e bypass gástrico laparoscópico em Y de Roux há 5 anos. Recorre ao SU por queixas de icterícia, colúria e prurido com 1 dia de evolução. Episódio semelhante há 2 semanas, com resolução espontânea. Em estudo analítico, detectados: bilirrubina total 13.3 (directa 8.7), FA 406, GGT 326. Ecografia abdominal com dilatação das VBIH e VBP. CPRM e TC abdominal revelaram ligeira dilatação das VBIH e da VBP (10 mm), com stop abrupto no seu terço médio, apresentando calibre normal no seu terço distal, sugerindo lesão expansiva a este nível. **Resultados:** Dada a impossibilidade de acesso à ampola de Vater, foi submetido a ressecção parcial da via biliar principal e hepaticojejunostomia com ansa em Y de Roux. Pós operatório complicado de abscesso intra-abdominal. Alta ao 14º dia pós operatório. Exame histológico revelou estenose benigna por lesão iatrogénica da VBP. **Discussão:** Caso clínico de manifestação tardia de lesão iatrogénica da VBP pós colecistectomia.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A dos HUC (CHUC) e Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Fernando Azevedo, Beatriz Costa, J. Guilherme Tralhão, F. Castro e Sousa
CONTACTO: Fernando Azevedo
EMAIL: fjcr.azevedo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 133)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Divertículo Gigante do Cólon Sigmóide**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O divertículo gigante do cólon sigmóide (DGCS) – diâmetro superior a 4 cm – é uma manifestação rara da doença diverticular e é mais frequentemente localizado no cólon sigmóide. Pela sua raridade e a sua apresentação clínica inespecífica, o diagnóstico é um desafio e depende quase exclusivamente de ECD. O tratamento da diverticulite do DGCS é cirúrgico e consiste na ressecção segmentar do cólon sigmóide e do divertículo inflamado. **Material e Métodos:** caso clínico **Resultados:** Homem 70 anos, com AP de diverticulose cólica e artrite reumatóide. Em colonoscopia de rastreio detetada diverticulose do cólon esquerdo e divertículo gigante do cólon sigmóide. A TC electiva mostrou divertículo com 4 cm de maior diâmetro, comunicando com lúmen do cólon sigmóide, de parede espessada mas sem outras alterações. Permaneceu assintomático 6 meses. Iniciou



de quadro de dor abdominal na FIE associado a anorexia, sem febre. No EO apresentava defesa à palpação da FIE. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia e elevação PCR (7 mg/dl). TC AP revelou diverticulite aguda de DGCS complicado de perfuração com pneumoperitoneu livre. Foi submetido a sigmoidectomia tipo Hartmann. Pós-operatório decorreu sem intercorrências. Fez 10 dias de piperacilina-tazobactam. Alta ao 10º dia pós-operatório. **Discussão:** DGCS é uma complicação rara da doença diverticular com uma apresentação variável. O tratamento gold standart é a cirurgia com remoção do divertículo e ressecção segmentar do colon adjacente e anastomose primária se possível.

HOSPITAL: Hospital Beatriz Ângelo

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Mariana Sousa; Marisa Peralta; Joana Bárto; Marta Santos; Diogo Albergaria; Susana Ourô; Rui Maio

CONTACTO: Mariana Rosa Ferreira Sousa

EMAIL: marianarosasousa87@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 78)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Hiperparatiroidismo primário: Uma manifestação rara**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** INTRODUÇÃO: A hipercalcemia assintomática é a manifestação clínica mais comum do hiperparatiroidismo primário. A incidência de pancreatite aguda neste contexto é baixa, cerca de 1.5%. **Resultados:** CASO CLÍNICO: Homem de 26 anos, colecistectomizado, com hábitos etílicos moderados, com vários episódios de vinda ao Serviço de Urgência por dor abdominal, náuseas e vômitos. Foi admitido ao internamento por duas vezes com o diagnóstico de pancreatite aguda alitiásica. No decorrer do estudo etiológico foi detectada hipercalcemia, hipofosfatemia, elevação da hormona paratiroideia e hipercalcúria. Realizou ecografia cervical que demonstrou uma formação nodular sugestiva de glândula paratiroideia de dimensões aumentadas. Realizou cintigrama que confirmou a existência de um adenoma único da paratiroide. Realizou TAC que detectou litíase renal bilateral não obstrutiva. Foi submetido a paratiroidectomia inferior esquerda e lobectomia homolateral. No pós-operatório houve queda do valor da calcemia e da hormona paratiroideia. **Discussão:** CONCLUSÃO: Cerca de 80 a 85% dos casos de hiperparatiroidismo primário estão associados a um adenoma único. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos sintomáticos, sendo a única terapêutica definitiva.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia II

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Ferreira, E.; Capelão, G.; Nobre, J.; Laureano, M.; Gonçalves, I.; Palmela, S.; Inácio, A.; Coelho, M.

CONTACTO: Estela Maria dos Santos Ferreira

EMAIL: emariasferreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 521)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Perfuração de delgado- Complicação rara da migração de prótese biliar**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As complicações associadas à colocação endoscópica de próteses para restabelecer a drenagem biliar varia entre os 5 e os 10%. Em 10% dos casos pode ocorrer a migração da prótese, habitualmente sem morbilidades adicionais. Existem, porém, alguns casos descritos de perfuração intestinal associados à migração da prótese. O cólon e o duodeno são os segmentos mais afetados, em provável relação com fixações extrínsecas ou irregularidades na parede intestinal. Neste caso, a prótese perfurou uma ansa de jejuno, numa área de aderências intestinais sequelares a cirurgia prévia. **Resultados:** Caso clínico de um homem de 66 anos, previamente intervencionado por ileus biliar e colocação de prótese de Tannenbaum através de CPRE. O doente recorreu ao hospital por dor súbita e intensa no flanco direito. A TC identificou a prótese biliar no delgado, densificação de um segmento intestinal e respetivo mesentério e presença de gás a este nível. No intra-operatório constatou-se a presença de aderências intestinais e uma perfuração puntiforme, a nível do bordo mesentérico de uma ansa jejunal, condicionada pela prótese biliar migrada. Foi realizada a extração da mesma, seguida de enterectomia segmentar. **Discussão:** As perfurações intestinais causadas por migração de prótese biliar são uma complicação rara, mas deverão ser consideradas em doentes com cirurgias prévias ou outros fatores que predisponham à não progressão da prótese no lúmen intestinal

HOSPITAL: Hospital das Forças Armadas

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do HFAR (1), Serviço de Gastroenterologia do HFAR (2)

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Ana Catarina Pinho (1), Bruno Ferreira (1), Pedro Maurício (1), Maria Salazar (2), Rui Gonçalves (2)

CONTACTO: Ana Catarina Valente dos Santos Pinho

EMAIL: anacatarinapinho@portugalmail.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 232)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Cordoma Sacrococcígeo – Uma Abordagem Multidisciplinar**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O cordoma é uma lesão maligna com origem nos remanescentes notocordais, localizando-se quase sempre no esqueleto axial. Representa 1-4% dos tumores ósseos malignos, sendo no entanto a neoplasia primária mais comum do sacro. **Material e Métodos:** Descrição e documentação imagiológica e fotográfica de caso clínico abordado de forma multidisciplinar. **Resultados:** Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 79 anos, com internamento para estudo de lesão lítica sacrococcígea com 40mm longitudinalmente e 35mm em diâmetro antero-posterior. Realizou estudo etiológico, sem evidência de outra neoplasia primária e recusou biópsia da lesão. Após 6 meses realizou nova TC para caracterização evolutiva, que mostrou crescimento da lesão, podendo corresponder a cordoma sacrococcígeo. Foi realizado



tratamento cirúrgico com equipa multidisciplinar (Cirurgia Geral, Ortopedia e Cirurgia Plástica), tendo sido efectuada ressecção em bloco por via posterior. No pós-operatório verificou-se boa evolução, com boa recuperação motora e controlo esfíncteriano anal e função urinária mantidos, tendo tido alta no 17º dia de pós-operatório. **Discussão:** O tratamento do cordoma sacrococcígeo é a ressecção cirúrgica, no entanto as cirurgias alargadas nesta região podem estar associadas a sequelas pós-operatórias que interferem na qualidade de vida e devem ser discutidas previamente com o doente. A abordagem multidisciplinar é essencial na busca do melhor tratamento associado a menor morbilidade.

HOSPITAL: Hospital Litoral Alentejano, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do Hospital do Litoral Alentejano (1), Serviço de Ortopedia do Hospital do Litoral Alentejano (2), Serviço de Cirurgia Plástica – Centro Hospitalar de Setúbal (3), Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Litoral Alentejano (4)

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Andreia Ferreira (1), Vítor Rocha (1), Maria José Seno (2), Manuel Vieira (3), Manuel Marques (2), Diogo Sousa (1), Diogo Marinho (1), Ana Cruz (1), Daniel Santos (1), Mariana Claro (1), Pierpaolo Cusati (4), José Augusto Martins (1)

CONTACTO: Andreia Ferreira

EMAIL: andreiasferreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 439)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Linfoma do mediastino com extensão abdominal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O linfoma mediastínico de grandes células B é um subtipo de linfoma não-Hodgkin do jovem que surge como massa mediastínica. **Material e Métodos:** Apresentação de um caso clínico. **Resultados:** Sexo masculino, 24 anos, sem antecedentes de relevo, com quadro de epigastralgia com 2 semanas de evolução, e sem melhoria com terapêutica sintomática. Referia anorexia e perda ponderal de 2Kg em 2 meses. Objectivava-se abdómen mole, depressível, indolor e sem massas e elevação de LDH. O raio X tórax identificou volumosa massa paracardíaca e a TC torácica concluiu tratar-se de lesão sólida no mediastino anterior à esquerda, cuja biopsia foi de linfoma difuso de grandes células B. Após a primeira sessão de QT iniciou dor abdominal generalizada. TC abdominal sugestiva de perfuração de víscera oca. Submetido a laparotomia exploradora, identificando-se peritonite extensa com perfuração do jejuno (anatomia patológica idêntica à da lesão torácica) tendo sido realizada jejunostomia em ansa. Fez 5 ciclos de QT e transplante de medula com remissão completa. Restabelecido o trânsito intestinal aos 15 meses. Pós-operatório sem intercorrências. **Discussão:** Os autores salientam a relativa inocência da forma inicial de apresentação que, apesar de inespecífica, apontava já para causa abdominal subjacente. Este caso ilustra o envolvimento abdominal em contexto de doença hematológica maligna e a necessidade de abordagem multidisciplinar para o sucesso terapêutico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Alberto Figueira, Ana Lontro, Bernardo Maria, Isabel Rosa, José Girão, Jorge Marques, Mendes de Almeida

CONTACTO: Alberto Figueira

EMAIL: albertossfigueira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 48)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Gangrena de Fournier – A aplicabilidade de várias modalidades terapêuticas**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A gangrena de Fournier é uma emergência cirúrgica rara caracterizada por infecção necrotizante rapidamente progressiva da região genital, perineal e perianal. **Material e Métodos:** Homem de 64 anos admitido no SU com dor perineal com 3 dias de evolução, apresentando-se em choque e com infecção necrotizante do períneo, escroto e regiões nadegueiras. **Resultados:** Dada a suspeita de gangrena de Fournier iniciou antibioterapia e foi submetido a desbridamento cirúrgico perineal. Admitido na UCIP para estabilização. Por agravamento clínico foi realizada proctomia total por gangrena ascendente do recto, desbridamento perineal mais alargado e laparostomia. Realizada revisão cirúrgica com confecção de colostomia e encerramento da parede abdominal. Na região perineal foi instituída terapia de pressão negativa, tendo-se depois aplicado enxertos cutâneos e realizado retalhos fasciocutâneos de rotação da face interna das coxas para confecção de bolsas escrotais, em colaboração com a Cirurgia Plástica. Apresentou boa evolução, com alta ao 43º dia de internamento. **Discussão:** O tratamento da gangrena de Fournier é multidisciplinar com ressuscitação hemodinâmica, desbridamento cirúrgico agressivo e antibioterapia de largo espectro. A aplicabilidade da terapia de pressão negativa tem sido reconhecida nestes casos por favorecer uma melhor e mais rápida cicatrização. A gangrena de Fournier é uma doença com uma morbimortalidade elevada, reforçando a importância do tratamento multidisciplinar para obtenção de um outcome favorável.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Sara Catarino, Liliana Duarte, Natália Santos, Rosa Simão, Carlos Casimiro

CONTACTO: Sara Catarino

EMAIL: saracatarinosantos@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 21)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Perfuração intestinal por corpo estranho: Caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A ingestão de corpos estranhos é comum em algumas faixas, indivíduos com alterações da dentição ou com alteração do estado de consciência. 20% dos corpos estranhos ingeridos resultam em complicações, e apenas 1% causa perfuração do tubo digestivo. A perfuração intestinal é maioritariamente causada por objetos com bordos angulados (espinhas de peixe ou ossos de frango). **Material e Métodos:** Apresentação de Caso Clínico e revisão teórica. **Resultados:** Doente



do sexo masculino, 51 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu ao Serviço de Urgência por dor peri-umbilical intensa, com 12h de evolução, sem sintomatologia acompanhante. Exame objectivo: abdómen doloroso à palpação generalizada, com sinais de irritação peritoneal peri-umbilical. Analiticamente elevação de parâmetros inflamatórios. TC abdominal: imagem sugestiva de corpo estranho, sem sinais de perfuração. Submetido a laparotomia exploradora, constatou-se pequena perfuração de íleo por fragmento de osso de frango, com viabilidade intestinal e vascular. Realizadas extração de corpo estranho e enterorráfia. Boa evolução ao longo do internamento, com alta ao 3º dia. **Discussão:** A perfuração intestinal por corpo estranho é uma entidade rara, com anamnese difícil (doente não se recordar da ingestão do mesmo) e que faz diagnóstico diferencial com outras patologias que causam abdómen agudo. A TC é útil ao revelar a presença, localização e complicações causadas pelo corpo estranho. O tratamento é cirúrgico e muitas vezes envolve ressecção segmentar intestinal.

HOSPITAL: Hospital Litoral Alentejano, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Santos, D; Gameiro, H; Vaz, C; Sousa, D; Marinho, D; Cruz, A; Ferreira, A; Martins, JA
CONTACTO: Daniel Costa Santos
EMAIL: costasantos.daniel@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 342)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Hematoma Encapsulado Crónico: Relato de Caso**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os hematomas crónicos apresentam crescimento lento e progressivo e têm como etiologias mais frequentes, a traumática e cirúrgica. Devido ao seu comportamento expansivo, o diagnóstico diferencial com neoplasias, pode ser difícil. **Material e Métodos:** Relato de caso clínico de volumoso hematoma crónico da região nadegueira esquerda com diagnóstico presuntivo de lipoma. **Resultados:** Homem de 66 anos com tumefacção na face lateral da nádega esquerda, dolorosa, com crescimento progressivo com 6 anos de evolução, sem história traumática. Ao exame físico, apresentava tumefacção pétreia, fixa aos planos musculares. Realizou TC que sugeriu lipoma volumoso. Por suspeita foi solicitada RM que confirmou o diagnóstico. Foi submetido a excisão cirúrgica completa de formação nodular com 425g e 15x10x5cm, com cavidade rodeada por parede fibrosa e conteúdo pastoso acastanhado. A cirurgia ocorreu sem intercorrências com pós-operatório favorável. O exame citológico revelou sangue hemolisado. O exame histológico mostrou lesão compatível com hematoma encapsulado, rodeado parcialmente por tecido adiposo bem diferenciado, sem sinais de malignidade. **Discussão:** O presente caso sugere que o diagnóstico de hematoma crónico deve ser considerado mesmo em doentes não antiagregados ou hipocoagulados, e sem história de trauma ou cirurgia. O tratamento requer excisão cirúrgica e o diagnóstico definitivo é por vezes anatomopatológico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Ricardo Vaz Pereira, Ana Monteiro, Herculano Moreira, Pedro Costa, José Dias, Fernando Próspero
CONTACTO: Ricardo Jorge Vaz Pereira
EMAIL: ricardovazpereira89@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 159)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **GIST gigante do mesentério mimetiza tumor ginecológico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os GIST's são tumores mesenquimatosos raros, com potencial maligno. A sua localização extra-trato gastrointestinal, nomeadamente no mesentério, é pouco frequente. Nestes casos, e de acordo com as suas dimensões, podem ser assintomáticos ou manifestarem sintomas relacionados com efeito de massa; nesta situação, o diagnóstico diferencial com neoplasia primária do foro ginecológico pode constituir um desafio. **Resultados:** Mulher, 57 anos, seguida na consulta de Ginecologia por massa pélvica (33x22x15cm); submetida a laparotomia exploradora com ressecção de volumoso tumor com ponto de partida no mesentério, sem qualquer relação com útero, ovários ou trompas. O exame histológico e imunohistoquímico evidenciou GIST, CD117+, com 30-35mitoses/50cga. Efetuou um ano de terapêutica adjuvante com Imatinib. No 3ºano de follow-up, em TC de vigilância, foram detetadas várias lesões sólidas do mesentério, suspeitas de recidiva. Submetida a ressecção de 9 nódulos do mesentério e enterectomia segmentar, confirmando-se histologicamente GIST de alto risco recidivado. A doente foi proposta para terapêutica adjuvante com Imatinib vs terapêutica paliativa. **Discussão:** A localização primária do GIST no mesentério é pouco comum (<5%). A cirurgia continua a ser o tratamento de eleição, com ressecção do tumor em bloco, sem fragmentação. O seu comportamento biológico está relacionado com a localização, tamanho e índice mitótico, existindo lugar nos casos de agressividade, a terapêutica adjuvante com inibidores da tirosina cinase.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Joana Magalhães, Ana Marta Pereira, Rui Ferreira Almeida, Artur Trovão, Teresa Santos, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Joana da Silva Magalhães
EMAIL: juana_magalhaes@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 425)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Linfoma intestinal – caso clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O linfoma de células T associado a enteropatia faz parte de um grupo muito heterogéneo de linfomas (<15% dos Linfomas NH nos adultos). Tem maior incidência nos doentes com doença celíaca. O sintoma mais comum é a dor abdominal, muitas vezes associada a complicação. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico. **Material e Métodos:** Mulher de 62A, com antecedente cirúrgico de ressecção intestinal por "diverticulite perfurada do intestino delgado" 4 meses antes (realizado em outra instituição), recorreu ao ser-



viço de urgência por febre e dor abdominal com 15 dias de evolução. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e a ecografia abdominal revelou massa na FID, compatível com abscesso apendicular. A doente foi internada para tratamento médico e estudo etiológico. **Resultados:** Por ausência de melhoria, realizou TC abdominal que revelou espessamento gástrico, assim como do íleon terminal, adenopatia volumosa na FID e condensação irregular na base do pulmão esquerdo. Completou o estudo com endoscopia digestiva alta e baixa (revelando úlceras dispersas) e broncofibroscopia. O resultado final anatomo-patológico das biopsias e da citometria de fluxo foi de Linfoma de células T associado a enteropatia, tipo II, com envolvimento pulmonar. O restante estudo foi orientado pela hematologia, iniciando posteriormente QT. **Discussão:** O diagnóstico de linfoma intestinal é desafiante e por vezes tardio (aquando de uma complicação ou com envolvimento sistémico). É um linfoma agressivo e com mau prognóstico

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Cova da Beira (1), Serviço de Cirurgia Geral I (Hospital de S. Francisco Xavier) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (2)
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Tobias Teles (1)(2), Isabela Gil (2), Zacharoula Sidiropoulou (2), Carlos Ascensão (2), Pedro Fidalgo (2), Vitor Pereira (2)
CONTACTO: Tobias Teles
EMAIL: tteles@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 111)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **Mesenterite Esclerosante, uma causa rara de oclusão intestinal**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A mesenterite esclerosante é uma doença benigna rara que cursa com inflamação crónica do tecido adiposo do mesentério e fibrose variável. Estão descritos cerca de 300 casos na literatura. A sua etiologia e patogénese estão ainda mal esclarecidas e os achados anatomopatológicos são inespecíficos, variando desde a lipodistrofia mesentérica por necrose dos adipócitos, paniculite mesentérica no estadio de inflamação crónica e finalmente mesenterite esclerosante, com fibrose. As formas de apresentação variam desde a dor abdominal recorrente, oclusão intestinal e massa abdominal. **Material e Métodos:** Apresentamos o caso de um homem de 47 anos que recorreu ao serviço de urgência com um quadro de oclusão intestinal alta. **Resultados:** Na intervenção cirúrgica encontrou-se um segmento de íleon distal com estenose completa e procedeu-se a enterectomia segmentar. O pós-operatório foi complicado por manutenção do quadro de oclusão com necessidade de reintervenção e ressecção ileo-cólica, em que se verificou agravamento do processo fibrosante do mesentério. Apenas com a introdução de terapêutica imunomoduladora, após conhecimento do diagnóstico histológico, se verificou melhoria clínica. **Discussão:** A mesenterite esclerosante cursa com graus variáveis de inflamação e fibrose, sendo o caso deste doente bastante agressivo pela fibrose progressiva que se verificou no tempo entre cirurgias. O tratamento é empírico e justifica-se apenas nos doentes sintomáticos;

a cirurgia parece estar indicada apenas perante quadros de oclusão intestinal.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Hospital Curry Cabral (1) Serviço de Cirurgia Hospital de São José (2), Centro Hospitalar de Lisboa Central
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Sofia Corado (1), Heitor Almeida(2), Luísa Quaresma(2), José Baltazar (2), Eduardo Barroso (1)
CONTACTO: Sofia Costa Corado
EMAIL: sofiacorado@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 302)

SESSÃO: PO 9

TÍTULO: **No Actual Estado da Arte terá lugar o Debulking?**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores neuroendócrinos são raros e com uma progressão lenta, mesmo na presença de metástases hepáticas. **Material e Métodos:** Apresentamos o caso de uma doente de 73 anos de idade seguida em consulta há 12 anos por metástases hepáticas de Tumor neuroendócrino do cólon direito. **Resultados:** Operada em 2004 por tumor neuroendócrino, G1, Ki-67 2% do cólon direito com metastização hepática múltipla. Por síndrome carcinoide houve necessidade de terapêutica com octreótido e bland embolization de ramos segmentares da artéria hepática direita. Em 2015 recruscedência sintomática com volumosa metástase do lobo esquerdo do fígado com forte captação na PET-DOTANOC. Operada para melhoria do controlo metabólico e sintomático. **Discussão:** Sabemos que as metástases hepáticas de tumores neuroendócrinos com indicação operatória incluem os tumores bem diferenciados, funcionantes e em que a cirurgia seja curativa com ressecção R0. Contudo este caso clínico demonstra que a cirurgia também pode ter um papel no controlo sintomático.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação (Director Prof. Dr. Eduardo Barroso). Hospital Curry Cabral, CHLC, Lisboa (1)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática
AUTORES: Nádia Rodrigues Silva (1); João Santos Coelho (1); Américo Martins (1); Eduardo Barroso (1)
CONTACTO: Nádia Rodrigues da Silva
EMAIL: nadiarsilva@gmail.com

SALA 7 2017-03-17 08:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 161)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Lesão Cística Complexa da Parede Torácica Diagnóstica Tuberculose Pulmonar**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Em cerca de 1-3% dos doentes com tuberculose (TB) há envolvimento do sistema músculo-esquelético, sendo que a TB isolada dos tecidos moles é extremamente rara. O aparecimento deste tipo de focos pode ocorrer por extensão direta da doença pleural, dis-



seminação hematológica ou extensão direta da linfadenite da parede torácica. O diagnóstico de certeza deste tipo de tuberculose é difícil, uma vez que a clínica e os exames imagiológicos podem ser pouco esclarecedores. **Resultados:** Homem, 52 anos, seguido em consulta de Cirurgia Geral por tumefação dorsal sobre a região da omoplata esquerda, com 18 meses de evolução. Realizada RMN que evidenciou nos planos subjacentes ao músculo grande dorsal esquerdo, formação polilobulada, heterogênea, com conteúdo hídrico, sem septos nem vegetações, com alguns debris endoluminais, com 14,5cm x13cm x3,5cm. Submetido a ressecção cirúrgica de lesão cística complexa, com conteúdo purulento/caseoso, com extensão aos planos musculares profundos. A histologia mostrou aspetos próprios de lesão abcedada e o bacteriológico do conteúdo, revelou positividade para Mycobacterium tuberculosis. TC de tórax de controlo evidenciou padrão de tuberculose pulmonar. Iniciada terapêutica anti-bacilar e seguimento no CDP. **Discussão:** O diagnóstico de tuberculose extra-pulmonar implica um elevado índice de suspeição. A cirurgia é controversa devido à taxa de recorrência; no entanto, é a sua realização que permite em muitos casos o diagnóstico desta entidade.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Joana Magalhães, Luísa Frutuoso, Alexandre Alves, Joseph Silva, Florinda Cardoso, Teresa Santos, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Joana da Silva Magalhães
EMAIL: juana_magalhaes@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 262)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Hérnia de Amyand – um caso clínico de hernioplastia electiva**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Uma hérnia de Amyand é um tipo de hérnia raro, na qual o apêndice ileocecal se encontra dentro do saco herniário e que ocorre em menos de 1% das hérnias inguinais. Apresenta-se, neste trabalho, um caso clínico. **Material e Métodos:** Foi feita uma breve pesquisa e revisão bibliográfica sobre os temas: hérnias da parede abdominal e hérnia de Amyand. **Resultados:** Homem de 84 anos, internado para hernioplastia inguinal electiva à direita. Foi encontrado intraoperatoriamente o apêndice ileocecal contido no saco herniário. Perante esta situação e, apesar de o apêndice estar com aspecto normal, decidiu-se realizar apendicectomia seguida de hernioplastia de Rutkow-Robbins. **Discussão:** Apesar de questionável a decisão de retirar o apêndice, muitas vezes, mesmo em cirurgias electivas, os cirurgiões deparam-se com decisões que têm que ser tomadas no momento e que, apesar de algumas serem controversas, são sempre feitas no melhor interesse do doente.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – HDJMG
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Pratas N., Costa C., Salvador D., Gomes A., Reia M., Mourato B., Taré F., Delgado E., Magro J., Barbosa I.
CONTACTO: Nuno Pratas
EMAIL: nuno_pratas@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 93)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Isolamentos Microbiológicos nas Colecistites Agudas na Ulsne. Um Estudo Retrospetivo.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colecistite aguda cursa frequentemente com infecção do líquido biliar. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos isolamentos microbiológicos de amostras de líquido biliar em pacientes submetidos a colecistectomias urgentes (Coe) de 01/Jan/2015 a 31/Jul/2016 no Hospital de Bragança. **Resultados:** Foram admitidos para CoE 158 pacientes, 61.4% homens com idade média de 70 anos, sendo os homens em média 5 anos mais velhos do que as mulheres. Do total de pacientes, 76.9% (n=123) apresentavam colelitíase confirmada por um exame de imagem. A prevalência de colelitíase foi semelhante entre os homens (74%) e as mulheres (78%). Em 45% foi recolhida amostra de líquido biliar intra-operatoriamente para estudo microbiológico com 54% de isolamentos. Os mo gram(+) forma 90% dos isolados. A principal estirpe isolada foi a E.coli (n=19, 52.6%), seguida pelas Klebsiella spp. (n=6, 15.9%) e pelas Enterobacteriaceas (n=6, 15.9%). Destas, 7.9% dos isolados foram ESBL. Não houve qualquer isolamento de anaeróbios ou de KCP+. Os TSA mostraram que as E.coli apresentavam um espectro bastante restrito de resistências antibióticas com níveis de sensibilidades que variaram entre os 85% e os 100% aos principais antibióticos testados. **Discussão:** O conhecimento da flora bacteriana envolvida nas colecistites agudas permite melhorar a maneira como tratamos os paciente com colecistite aguda diminuído assim potenciais iatrogenias. É importante que este conhecimento exista em cada instituição de saúde.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral – ULSNE Unidade Local de Saúde do Nordeste
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: João Carvas, Pedro Fernandes, Julia Granda, Catarina Rocha, Diego Perez, Hermínia Martins
CONTACTO: Joao Carvas
EMAIL: jmcarvas@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 139)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Uma causa rara de obstrução do intestino delgado**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os bezoares são designados de acordo com o material que contêm, sendo o tipo mais comum o fitobezoar. São responsáveis por 0,4-4% da obstrução intestinal mecânica. As principais causas são cirurgias gástricas prévias, dieta com alto teor em fibras e doenças que condicionam dismotilidade gastrointestinal. As manifestações clínicas de um íleus provocado por bezoar não diferem da oclusão intestinal mecânica de outra etiologia, sendo a dor abdominal incarácterística a mais frequente. **Material e Métodos:** Este caso de doente de 83 anos que recorreu ao SU por lipotímia, precedida de vômitos, dejeções diarreicas e dor abdominal generalizada. Sem antecedentes cirúrgicos. Apresentava distensão abdominal com dor à palpação nos quadrantes esquerdos do abdómen. Na radiografia de abdómen, níveis hidroaéreos de intestino delgado. Na TC, hérnia do hiato, divertículos do



cólon não complicados e distensão do intestino delgado até ao íleon, onde se observava corpo estranho cilíndrico com 45x25 mm e uma composição aérea centro-tubular. Neste contexto, foi submetida a enterotomia com remoção de fitobezoar, constatando-se corpo estranho compatível com figo cristalizado. **Discussão:** A hipótese de bezoar deve ser considerada na oclusão intestinal mecânica. A avaliação pré-operatória de TC com contraste contribui para o diagnóstico e decisão de tratamento. A cirurgia é opção para bezoares que condicionam oclusão intestinal, sendo as suas características físicas e a sua localização cruciais para seleccionar o procedimento cirúrgico.

HOSPITAL: Hospital Espírito Santo, EPE – Évora
SERVIÇO: Cirurgia Geral do Hospital do Espírito Santo de Évora
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Ana Margarida Cinza; Rito, C.; Amaro, M.; Machado, A.; Antunes, S.; Ribeiro, S.; Caravana, J.
CONTACTO: Ana Margarida Cinza
EMAIL: anacinza@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 107)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Tumor multicêntrico da via biliar – a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os adenocarcinomas multicêntricos da via biliar são raros. A maioria destes tumores são túbulo-papilares e representam uma variante de carcinoma da via biliar, que se caracteriza pelo crescimento multicêntrico intraductal e por apresentar melhor prognóstico em comparação com o colangiocarcinoma “clássico”. **Material e Métodos:** Mulher, 85 anos, submetida em dezembro de 2012 a colecistectomia com segmentectomia IVb-V por adenocarcinoma papilar da vesícula biliar. **Resultados:** Em 2016 a doente teve dois internamentos no Hospital da área de residência, primeiro por icterícia e anemia e, um mês depois, por dor no hipocôndrio direito, vômitos e melenas. O estudo complementar realizado (TC abdominal, CPRE, colangiRMN, EDA) revelou hemobilía com provável origem na VBP proximal sem evidência de recidiva loco-regional ou à distância. Foi então transferida para o nosso Hospital, onde realizou AngioTC abdominal – “... suspeita de lesão na via biliar principal...”. Optou-se por realizar laparotomia com excisão da via biliar principal com anastomose hepático-jejunal em Y de Roux, tendo exame anatomopatológico revelado neoplasia túbulo-papilar intraductal do colédoco. **Discussão:** A baixa incidência das neoplasias túbulo-papilares intraductais da via biliar e a ausência de manifestações clínicas específicas tornam difícil um diagnóstico pré-operatório preciso. Os tumores multicêntricos são geralmente tumores em estadios precoces e podem ser submetidos a várias ressecções, preservando a qualidade de vida e prolongando a sobrevivência dos doentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Centro Hospitalar de São João – Serviço de Cirurgia Geral (1), Centro Hospitalar de São João – Serviço de Anatomia Patológica (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática
AUTORES: Catarina Muller (1), Telma Fonseca (1), Sofia Morais (1), Jennifer Costa (2), Joanne Lopes (2), Renato Bessa de Melo (1), Luís Graça (1), José Costa Maia (1)
CONTACTO: Catarina Pestana Muller Pereira
EMAIL: catarinapestanam@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 58)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Hérnia inguinal complicada – quando o “problema” está para além da hérnia**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Hérnia inguinal estrangulada é uma das emergências em cirurgia mais frequentes, ocorrendo em cerca de 1-3% das hérnias inguinais. O diagnóstico é feito através do exame objetivo, mas a clínica apresentada pode variar consoante o seu conteúdo e o nível de estrangulamento. **Resultados:** Apresentamos o caso de um doente de 92 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por retorragias, com 1 dia de evolução. Tratava-se de um doente anticoagulado com apixabano e já tinha tido um episódio semelhante 4 meses antes. Ao exame objetivo, apresentava abdómen globoso, indolor, hérnia inguinal esquerda. Ao toque retal, objetivou-se presença de hematoquesias abundantes. Analiticamente, sem alterações de relevo. O doente ficou em vigilância, teve dejeções líquidas sem vestígios de sangue, no entanto, apresentou dores abdominais dirigidas aos quadrantes esquerdos, objectivando-se hérnia inguinal esquerda irreductível. Perante o quadro clínico, o doente foi submetido a cirurgia tendo-se observado necrose do cólon descendente com encarceramento sigmoideu em hérniainguino-escrotal esquerda. **Discussão:** Hérnia inguinal é uma entidade clínica cujo diagnóstico é simples com uma abordagem terapêutica conhecida por qualquer cirurgião geral. No entanto, a sua apresentação pode ser complicada pelas comorbilidades de cada paciente. Com este caso, pretendemos mostrar que mesmo patologias simples podem trazer surpresas, tornando a abordagem terapêutica mais complexa.

HOSPITAL: Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Hospital Distrital da Figueira da Foz
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: M. Ferreira, N. Guimarães, H. Ribeiro, J. Neves, H. Morais, R. Dias, F. Melo, J. Pinho, V. Vieira, N. Azenha, I. Borges, A. Fonseca, A. Matos, J. Cecílio, L. Conceição.
CONTACTO: Marta Sofia Machado Ferreira
EMAIL: martasmferreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 51)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Rotura de Aneurisma da Aorta Abdominal – qual o papel do cirurgião geral?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A rotura de aneurismas da aorta abdominal (rAAA) é uma emergência cirúrgica com uma morbimortalidade elevada. **Material e Métodos:** Mulher de 79 anos admitida por síncope, apresentava-se em choque e com dor abdominal nos quadrantes esquerdos. TC mostrou AAA infra-renal com 8,8 cm, com sinais de rotura e hematoma retroperitoneal com 10x5cm. Por agravamento clínico, com instabilidade hemodinâmica, diminuição do nível de consciência e ausência de pulsos periféricos, foi proposta cirurgia emergente. **Resultados:** Iniciado suporte transfusional e submetida a laparotomia exploradora com reparação cirúrgica de AAA, sigmoidectomia com encerramento dos topos por isquemia e confecção de laparostomia. Realizada revisão cirúrgica às 48h, com confecção de colostomia e encerramento da parede



abdominal. A doente apresentou boa evolução com alta ao 28º dia de internamento. **Discussão:** O tratamento da rAAA realizado por via aberta ou endovascular, apresenta mortalidade a longo prazo sobreponível. Nos últimos anos a abordagem endovascular tem ganho preponderância, contudo a reparação por via aberta é ainda considerada o gold-standard, condicionada, essencialmente, pela experiência do cirurgião e pelos recursos hospitalares. Os autores apresentam um caso clínico de uma doente com uma rAAA, sem condições de transferência para o Hospital de referência, num Hospital carenciado em Cirurgia Vasculosa, cabendo à Cirurgia Geral a responsabilidade da sua abordagem que, apesar da adversidade do diagnóstico e recursos, pode atingir resultados favoráveis

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Sara Catarino, Ana Catarina Afonso, Júlio Constantino, Jorge Pereira, Carlos Casimiro
CONTACTO: Sara Catarino
EMAIL: saracatarinosantos@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 136)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Invaginação gatroduodenal**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** 10% das invaginações em adultos ocorrem extra intestino delgado e cólon e a invaginação gastroduodenal é o local mais raro. Na maior partes das vezes é causada pelo prolapso de um tumor gástrico para o duodeno. O diagnóstico é obtido através de TC e EDA. O tratamento deve ser focado na remoção da causa da invaginação. **Material e Métodos:** caso clínico **Resultados:** Mulher 91 anos, com AP de asma, IC e FA. Recorreu ao SU por vômitos incoercíveis com 24 horas de evolução. TC AP mostrava invaginação gástrica na transição do fundo para o corpo. O segmento invaginado estendia-se até ao duodeno, não existindo distensão do estômago a montante. Fez EDA urgente com constatação de invaginação de pólipos do corpo gástrico passível de redução sem intercorrências. Biópsias: adenoma com displasia de baixo e alto grau. Optou-se por polipectomia endoscópica eletiva, esta foi completa, em 3 fragmentos. O exame anatomopatológico mostrou ADC G3 com invasão até à muscular da mucosa sem angioinvasão (pT1) sem margens avaliáveis (fragmentação). Caso discutido em consulta multidisciplinar e decidida vigilância dadas comorbilidades e idade da doente. **Discussão:** O prolapso transpilórico de tumor pediculado gástrico é um evento raro descrito na literatura. A TC é a modalidade de escolha para o diagnóstico, mostrando o sinal patognomónico “bowel within bowel” associado ou não a invaginação de gordura e vasos mesentéricos. O tratamento pode ser endoscópico ou cirúrgico desde que seja removida a causa mecânica de invaginação.

HOSPITAL: Hospital Beatriz Ângelo
SERVIÇO: (1) Cirurgia Geral; (2) Gastrenterologia
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Mariana Sousa (1); Marisa Peralta (1); Marta Santos (1); Joana Bártole (1); Luisa Glória (2); Susana Ourô (1); Rui Maio (1)
CONTACTO: Mariana Rosa Ferreira Sousa
EMAIL: marianarosasousa87@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 70)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Abordagem cirúrgica dos quistos hidáticos hepáticos: casuística de 5 anos**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hidatidose é uma doença parasitária, causada pelo Echinococcus granulosus, afectando preferencialmente o fígado. A cirurgia é a opção mais eficaz para o tratamento desta patologia. Pretende-se avaliar os resultados dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica por quisto hidático hepático (QHH). **Material e Métodos:** Revisão clínico-patológica de 34 doentes submetidos a intervenção por QHH (2010-2015). Amostra constituída por 27 mulheres (79,4%) e 7 homens (20,6%); idade média de 55 ± 16 (21-85) anos. Avaliação pré-operatória com ecografia e TC abdominais (classificações de Ghardi e WHO). Localização das lesões: 76,5% no lobo direito; 11,8% no lobo esquerdo; 11,8% em ambos. Dimensões: 7,6 ± 4,0 (1,3-19,0) cm. Apresentação clínica: dor abdominal (64,7%); mal-estar geral (20,6%); assintomáticos 17,6%. Serologia em 82,4% dos doentes, positiva em metade destes. Intervenção cirúrgica: quistoperiquistectomia 64,7%; ressecção atípica 14,7%; ressecção major 11,8%. Terapêutica adjuvante com albendazol em 91%. **Resultados:** Morbilidade global de 23,5% (Clavien IIIa n=4; IVa n=2). Mortalidade num doente (aspiração de vômito). O exame anátomo-patológico (EAP) confirmou o diagnóstico de QHH em 76,5% dos doentes. Não se verificou correlação com a classificação Ghardi (p=0,88), WHO (p=0,812) e com a positividade ou não dos anticorpos (p=0,009) nos casos cujo EAP não foi de QHH. Sem casos de recidiva pós operatória. **Discussão:** A cirurgia hepática combinada com o tratamento médico revelou tratar-se eficaz e segura nos casos de QHH.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A dos HUC (CHUC) e Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Fernando Azevedo, Ricardo Martins, Marco Seródio, Henrique Alexandrino, Mónica Martins, J. Guilherme Tralhão, F. Castro e Sousa
CONTACTO: Fernando Azevedo
EMAIL: fjcr.azevedo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 384)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Hérnia inguinocrural encarcerada – análise retrospectiva da necessidade de ressecção intestinal**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hérnia inguinocrural é uma patologia comum, necessitando de tratamento cirúrgico urgente em cerca de 5-15% dos casos. O objetivo deste estudo é a análise do outcome de doentes submetidos a cirurgia por hérnia inguinal encarcerada e análise de fatores de risco para ressecção intestinal. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de doentes com hérnia inguinal submetidos a cirurgia urgente, admitidos entre Jan/2013 e Dez/2015; os doentes foram divididos em dois grupos: A (com necessidade de ressecção intestinal) e B (sem necessidade de ressecção intestinal). **Resultados:** Foram incluídos 59 doentes, com idade média de 73 anos (30-91); distribuídos pelo grupo A (n=12) e grupo B (n=47).



Este último apresentou menor tempo de internamento (20 vs 4 dias), complicações (50% vs. 6.4%) e mortalidade (42% vs 4.2%). Idade avançada, sexo masculino, hérnia inguinal e tempo de encarceramento demonstraram relação com necessidade de ressecção intestinal, no entanto sem significado estatístico. **Discussão:** A necessidade de ressecção intestinal no tratamento da hérnia inguino-crural está associada a maior taxa de complicações e mortalidade. A identificação dos indivíduos em risco é essencial para a reparação precoce da hérnia encarcerada.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Nádia Tenreiro, Cátia Ferreira, Ana Melo, Herculano Moreira, Carlos Santos, Fernando Próspero Luís
CONTACTO: Nadia Tenreiro Amarante Almeida
EMAIL: nadiataa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 313)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Doença de Castleman – Casos Clínicos raros**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A doença de Castleman (DC) é uma doença linfoproliferativa, rara e heterogênea. Clinicamente pode-se apresentar na sua forma localizada, mais frequentemente benigna, ou multicêntrica. Histologicamente pode ser classificada em Hialino-vascular, a mais frequente, tipo Plasmocítico ou ainda tipo Misto. **Material e Métodos:** Apresentam-se 4 casos clínicos, de DC, na sua forma localizada e multicêntrica. A forma histológica identificada foi a hialino-vascular; de referir que num dos casos também se identificou um hamartoma angiolipomatoso, na mesma peça operatória. **Discussão:** A doença localizada apresenta-se com maior frequência no tórax, sendo outras localizações menos comuns; tem maior incidência em doentes mais jovens. A ressecção cirúrgica, quando exequível é o tratamento de escolha, sendo potencialmente curativa. Quando a ressecção cirúrgica não for possível, a irradiação é uma alternativa eficaz. A DC multicêntrica atinge uma população mais idosa, geralmente está associada a sintomas sistémicos e tem um comportamento mais agressivo, com potencial maligno. A forma multicêntrica pode estar associada a infecção por HIV, HHV-8, Sarcoma de Kaposi e Síndrome de POEMS. A terapêutica sistémica, nomeadamente a quimioterapia, a corticoterapia e mais recentemente, os anticorpos monoclonais, estão reservados para a doença multicêntrica. Estes casos mostram a variabilidade de apresentação, de uma mesma entidade clínica rara, com abordagens terapêuticas diferentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral (1,2,3,4,5,6,7,8,9)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Vanessa Pereira Praxedes (1), Xavier Sousa (2), José Baptista (3), Ana André (4), Pedro Ferreira (5), Luis Branco (6), Vitor Rigueira (7), Carlos Trindade (8), Luis Cortez (9)
CONTACTO: Vanessa Sofia Pereira Praxedes
EMAIL: vanessa_praxedes@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 442)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Politrauma taurino – Abordagem multi-disciplinar**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** No traumatismo taurino a maior parte das lesões é causada pelas hastes do touro, dependendo da sua configuração, trajetória, força do animal e cinética do impacto. Pela sua particularidade, este mecanismo de trauma poderá estar na origem de sequelas graves e por vezes associado a um desfecho fatal. **Material e Métodos:** Apresentação de um caso clínico. **Resultados:** Sexo masculino, 26 anos, saudável, encaminhado ao Serviço de Urgência na sequência de trauma taurino toraco-abdominal e membro inferior direito. Exame objectivo com evisceração de omento, estômago e intestino delgado pela parede torácica e duas feridas incisivas na coxa direita. Após ressuscitação inicial foi submetido a laparotomia exploradora com realização de esplenectomia, omentectomia parcial, gastrectomia parcial e, em colaboração com a Cirurgia Cardiorádica, rafia do diafragma e reconstrução da parede torácica. Pós-operatório imediato com admissão em Unidade de Cuidados Intensivos e com necessidade de cobertura antimicrobiana múltipla. Alta para ambulatório ao 7º dia pós-operatório encaminhado para consulta externa de Cirurgia Geral. **Discussão:** Os autores salientam a importância da compreensão do mecanismo do trauma taurino bem como da abordagem sistematizada e da colaboração multidisciplinar no tratamento destes doentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Alberto Figueira, Ana Lontro, Bernardo Maria, Pedro Pestana Marques, José Luís Nunes, António Chiado, Clara Chiado, João Raposo, Mendes de Almeida
CONTACTO: Alberto Figueira
EMAIL: albertossfigueira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 465)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Apendicite aguda como primeira manifestação de tumor do apêndice**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As neoplasias do apêndice são raras sendo a sua incidência entre 0,5-2%. O quadro clínico de apresentação é variável podendo ser semelhante ao de apendicite aguda. O tumor pode ser um achado durante uma laparotomia exploradora ou um achado imagiológico. O diagnóstico é histopatológico e os tumores mais comuns são os carcinóides, císticos, adenocarcinoma e metástases. A abordagem terapêutica após o diagnóstico é variável conforme o tipo de tumor. **Material e Métodos:** Efetuou-se um estudo retrospectivo das apendicectomias realizadas em contexto de urgência entre Outubro de 2014 e outubro de 2016 (inclusive). Pela consulta dos resultados da anatomia patológica obteve-se o número de tumores do apêndice e pela consulta do processo clínico foi efetuada a análise dos achados intraoperatórios e avaliação do seguimento após diagnóstico. **Resultados:** Foi incluído um total de 433 pacientes com idade compreendida entre 18 e 97 anos,



tendo-se verificado uma incidência de 3,7% de tumores do apêndice e uma abordagem no pós-operatório variável conforme o tipo de tumor. **Discussão:** Apesar de se tratar de um grupo reduzido de doentes, verifica-se que a percentagem de tumores apendiculares é significativa. O exame histopatológico da peça operatória é importante para identificar estes tumores e orientar a intervenção após diagnóstico. As alterações macroscópicas intraoperatórias não parecem ser significativas para o diagnóstico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Lisboa Central
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Sofia Maria Pina, Clara Sampaio, Sofia Marques Frade, Carolina Morgado, Teresa Colaço
CONTACTO: Sofia Maria Pina
EMAIL: sofiamarina@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 29)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Pneumoperitoneu progressivo no tratamento de hérnia de grandes dimensões**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tratamento de hérnias com perda de domicílio com muito tempo de evolução é um desafio, não só pela dificuldade técnica, mas também pelas complicações que podem existir no pós-operatório (Sínd. compartimento abdominal, insuficiência respiratória, etc). O uso de pneumoperitoneu induzido progressivamente no pré-operatório de tratamento de hérnias (inguinais e ventrais) é um procedimento usado há mais de 70 anos com segurança e bons resultados. **Material e Métodos:** Caso Clínico e revisão do tema. **Resultados:** Doente do sexo masculino, 70 anos, com antecedentes pessoais de HTA e AVC no início de 2015, observado em consulta por hérnia inguino-escrotal de grandes dimensões, à direita. TC revela conteúdo de epiploon, ansas de delgado e cólon, com colo de 6.5cm, sem complicações. Proposto para hernioplastia inguinal. Internado no Serviço Cirurgia Geral 12 dias antes da intervenção para criação de pneumoperitoneu progressivo (Total: 8350mL ar ambiente), sem complicações. Submetido a hernioplastia de Lichtenstein e herniorrafia umbilical (pequena hérnia umbilical), sem intercorrências, com alta ao 4º dia pós-operatório. **Discussão:** O pneumoperitoneu progressivo leva ao aumento da capacidade abdominal para acomodar vísceras que se encontram retidas no saco herniário, diminuindo o risco de aumento da pressão intra-abdominal no pós-operatório, melhorando a função diafragmática e levando a lise de bridas pré-existentes, o que facilita o tratamento de hérnia inguinais de grandes dimensões.

HOSPITAL: Hospital Litoral Alentejano, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Santos, D; Gameiro, H; Sousa, D; Marinho, D; Ferreira, A; Claro, M; Moura, A; Martins JA
CONTACTO: Daniel Costa Santos
EMAIL: costasantos.daniel@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 80)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Extinção da meshdinia pós-hernioplastia inguinal**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Estudo retrospectivo que apresenta a experiência de um SCGA, no tratamento da hérnia inguinal bilateral, por via laparoscópica e aberta. **Material e Métodos:** Consulta dos processos clínicos de doentes submetidos a hernioplastia inguinal bilateral em 2015. Subdivisão em 2 grupos consoante a abordagem cirúrgica. Estudados os parâmetros: ASA, idade, dor controlada no pós-operatório e dor crónica. **Resultados:** Em 2015, 55 doentes foram submetidos a correção cirúrgica de hérnia inguinal bilateral. O grupo submetido a cirurgia laparoscópica constituiu 44% da população. Nenhum doente abordado por esta via sofria de incapacidade funcional. Apenas 17% apresentaram algum grau de dor controlada no pós-operatório imediato e, nenhum dor crónica. Os resultados foram semelhantes em todas as faixas etárias. No outro grupo, a técnica utilizada foi a de Lichtenstein modificada; 13% destes tinham doença incapacitante, os restantes eram saudáveis ou sem incapacidade funcional. 22,5% apresentaram dor controlada no pós-operatório, dos quais, 9,7% apresentaram dor crónica. Todos os doentes com dor crónica eram activos. **Discussão:** Com a evolução das técnicas laparoscópicas, materiais e a experiência do cirurgião, a dor crónica, assume um papel menos preponderante, libertando o cirurgião do ônus que carregava. A sua menor prevalência proporciona ao doente um pós-operatório menos incapacitante, uma recuperação mais precoce e retorno às actividades de vida diária.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, Centro Hospitalar do Porto
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Eunice Vieira e Monteiro, Sílvia Neves, Ana Povo, Artur Flores, António Neto, Carlos Magalhães
CONTACTO: Eunice Vieira e Monteiro
EMAIL: eunicevieiraemonteiro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 240)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Adenocarcinoma mucinoso do cólon manifestando-se por secundarização. Caso Clínico.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apresentação Caso Clínico **Material e Métodos:** F, 85 anos, recorre ao SU por dor abdominal nos quadrantes inferiores, sem outras queixas GI. À observação dor à palpação dos quadrantes inferiores, com massa palpável no flanco esquerdo e prolapso uterino. Analiticamente Hb 10 g/dL, sem outras alterações. TC abdomino-pélvica: volumosa massa heterogénea anexial esquerda; heterogenia ovário direito; espessamento parietal focal da bexiga; extensa lesão neoformativa do cólon ascendente; provável ampuloma e formação nodular no 1/3 superior do rim esquerdo suspeita de atipia. Após realização de estudos dirigidos evidenciou-se presença de neoplasia do cólon ascendente associada a neoplasia anexial bilateral, em doente com indicação para vigilância de patologia urológica. Foi proposta para cirurgia, com apoio de Ginecologia, optando-se intra-operatoriamente



por realizar hemicolecotomia direita e ooforectomia bilateral. **Resultados:** Histologia: adenocarcinoma mucinoso do cólon ascendente com metastização anexial bilateral e do apêndice – pT3pN1apM1. Pós-operatório sem intercorrências, a doente permanece em vigilância em consulta de cirurgia, sem terapêutica adjuvante. **Discussão:** 4 a 30% das neoplasias do ovário são metástases, habitualmente de carcinoma colorectal ou da mama, normalmente silenciosas e descobertas durante a cirurgia. As doentes com metástases ováricas síncronas têm pior sobrevida. O adenocarcinoma mucinoso representa 10% das neoplasias do colon, é mais comum em mulheres e habitualmente diagnosticado em estadio avançado

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
SERVIÇO: Serviço de Urologia, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE – Amadora-Sintra (1), Serviço de Cirurgia Geral C, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE – Amadora-Sintra (2)
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: André Barcelos (1), Sara Nogueira (2), Clara Rocha (2), José Santos Júnior (2), Francisco Carneiro (2)
CONTACTO: André Barcelos
EMAIL: andrepfbarcelos@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 345)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Linfangioma Cístico Retroperitoneal: Relato de Caso**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O linfangioma cístico é uma neoplasia benigna dos vasos linfáticos, rara, cuja incidência exata permanece desconhecida. É mais comum em mulheres jovens, com localização preferencial nas regiões cervical e axilar, sendo a região retroperitoneal raramente acometida. A sua apresentação clínica é inespecífica e o seu achado é normalmente acidental. **Material e Métodos:** Relato de um caso clínico e revisão clássica da literatura sobre linfangioma cístico intra-abdominal. **Resultados:** Mulher de 22 anos, assintomática, sem alterações ao exame físico, com achado ecográfico de volumoso tumor retroperitoneal. A TC mostrou uma massa cística inferior ao bordo hepático, posterior ao cólon ascendente e cego com configuração oblonga, de paredes finas e conteúdo líquido, medindo 6,1x15,6cm, suspeita de linfangioma cístico. Foi submetida a laparotomia exploradora com exérese completa de uma formação nodular cística íntegra anexada ao mesentério ileal, de parede fina e lisa, e de conteúdo líquido translúcido. A cirurgia e o pós-operatório decorreram sem intercorrências. O diagnóstico de linfangioma cístico foi confirmado histologicamente. **Discussão:** Os linfangiomas intra-abdominais são raros e normalmente assintomáticos à data do diagnóstico. O tratamento passa pela exérese radical para prevenir a recorrência e o exame histológico é fundamental para o diagnóstico definitivo.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Ricardo Vaz Pereira, Ana Monteiro, Pedro Costa, Hercúlo Moreira, José Dias, Fernando Próspero
CONTACTO: Ricardo Jorge Vaz Pereira
EMAIL: ricardovazpereira89@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 344)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Tratamento do Colangiocarcinoma intra-hepático, experiência de um Centro de Referência**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apesar de serem o segundo mais frequente tumor primário do fígado, os colangiocarcinomas intra-hepáticos (CIH), são raros. A ressecção cirúrgica completa (R0) permanece como a única terapêutica que pode oferecer uma possibilidade de cura. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com o diagnóstico de CIH entre 2010 e 2015 através da consulta de base de dados informatizada e dos processos clínicos. **Resultados:** Um total de 46 doentes (17 mulheres e 29 homens), com uma idade média de 67anos foram diagnosticados com CIH, durante este período. O tamanho médio das lesões era 82 mm. No momento de diagnóstico 10 doentes tinham adenopatias hilares suspeitas, 21 suspeita de metástases e apenas 12 eram potencialmente ressecáveis. Dos doentes considerados irresssecáveis (34), 15 foram submetidos a QT paliativa e 2 a radioembolização. Dos 12 doentes operados, 6 foram submetidos a cirurgia hepática major, com margens de ressecção R0 em 7. Não se verificou mortalidade, 6 doentes tiveram complicações (50%). A mediana do tempo de sobrevida foi de 6 meses para a série, 4 meses para os tumores irresssecáveis e 25 meses para os submetidos a cirurgia (p<0,001). **Discussão:** O CIH é uma doença com mau prognóstico e diagnosticada em estádios avançados. A cirurgia de ressecção é a única terapêutica que oferece hipótese de sobrevida a longo termo.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Beatriz Caldeira, Cristina Fernandes, Renato Bessa Melo, Luís Graça, José Costa Maia
CONTACTO: Ana Beatriz Mendes Caldeira
EMAIL: caldeirabeatriz@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 312)

SESSÃO: PO 10

TÍTULO: **Linfoma primário da Mama – diferentes formas de apresentação**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O linfoma não-Hodgkin primário da mama, é uma entidade rara que representa 0,04-0,5% de todas as neoplasias da mama na mulher, menos de 1% de todos os doentes com linfoma não Hodgkin e aproximadamente 1,7-2,2% de todos os doentes com doença não Hodgkin extranodal **Material e Métodos:** Apresentamos 2 casos clínicos distintos desta patologia rara **Resultados:** Caso 1: Mulher de 62 anos, assintomática, enviada do rastreio por lesão pseudo-nodular com 3,7cm na TQInts da mama esquerda. A histologia da core-biópsia mostrou achados representativos de gânglio linfático intra-mamário com aspetos morfológicos suspeitos de linfoma de células B, achados confirmados na biópsia excisional – linfoma de céls. B de baixo grau. TC-TAP sem aparente envolvimento extra-mamário Caso 2: Grávida de 40 anos, antecedentes de mamoplastia de aumento com próteses mamárias, apresentou nos últimos 2 meses final da gestação aumento acentuado



do volume mamário, mais acentuado à esquerda. Ecografias sem relatarem alterações de relevo. Interpretado como gigantomastia puerperal, o quadro progrediu com aparecimento de lesões eritematosas e adenopatias axilares bilaterais, cervical e submandibular. As biopsias e esfregaço sanguíneo foram compatíveis com linfoma de Burkitt **Discussão:** Apesar de raro, o linfoma primário da mama é uma entidade clínica que pode assemelhar-se a um carcinoma da mama, com tratamento diferente e que o cirurgião deve estar de sobreaviso para um diagnóstico e orientação precoces

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral Centro Hospitalar do Porto (1); Ginecologia-Obstetria Centro Materno Infantil do Norte (2); Hematologia Centro Hospitalar do Porto (3)

CAPÍTULO: Cirurgia Mamária

AUTORES: José Presa Fernandes (1), Ana Rocha (2), Vanessa Mesquita (3), Sandra Soares (2), Susana Marta (2), José Polónia (1)

CONTACTO: José Miguel Presa Fernandes

EMAIL: zemiguelpreza@gmail.com

SALA 8 2017-03-17 08:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 204)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Manometria anorretal e ecografia endoanal – experiência de 77 casos**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A patologia funcional coloretal (incontinência anal e obstipação) acarreta um impacto significativo na qualidade de vida. A história clínica e o exame objetivo minuciosos são o pilar da avaliação clínica. A manometria anorretal e a ecografia endoanal complementam a avaliação anatómica e funcional desta região. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 77 doentes submetidos a manometria anorretal e ecografia endoanal, no período de 46 meses no Hospital Beatriz Ângelo. **Resultados:** Dos 77 casos, n=61 apresentavam incontinência anal, n=6 obstipação e n=10 outros diagnósticos. Relação sexo feminino/masculino: 63/14. Mediana de idade de 62 anos (mínimo de 20 e máximo de 88 anos). Na incontinência anal foi utilizado o score de Vaizey. Na obstipação foram usados os critérios de Roma III. n=63 realizaram ambos os exames, n=9 apenas manometria e n=5 apenas ecografia. Na manometria anorretal avaliou-se o comprimento do canal anal funcional; pressão máxima em repouso; pressão máxima de contração voluntária; pressão de contração voluntária aos 5s; pressão de contração involuntária; sensibilidade à insuflação de balão, reflexo inibitório anorretal e pressão na manobra defecatória. Calculou-se a mediana e intervalo de valores, por grupos de patologia. Na ecografia caracterizou-se o aparelho esfíncteriano. **Discussão:** A manometria anorretal e a ecografia endoanal são fundamentais na avaliação dos doentes com patologia funcional coloretal. A orientação clínica deve ser feita numa equipa multidisciplinar do pavimento pélvico.

HOSPITAL: Hospital Beatriz Ângelo

SERVIÇO: Serviço Cirurgia Geral (1)

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Cunha, C. (1); Ferreira, M. (1); Gonçalves, J. (1); Féria, L. (1); Maio, R. (1)

CONTACTO: Cátia Andreia Fernandes da Cunha

EMAIL: catiacunha_2@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 170)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Quando a rotina complica!**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colonoscopia é um exame diagnóstico e terapêutico frequentemente utilizado e, como qualquer procedimento interventivo, não é isento de complicações. A incidência de perfuração cólica iatrogénica no decurso de uma colonoscopia varia entre 0.01% a 0.2%, mas pode atingir os 5% nos exames intervencionais. Apesar de raro, tem uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade associada. Esta complicação é mais frequente em doentes com idade avançada ou múltiplas co-morbilidades. A abordagem terapêutica abrange um tratamento conservador, endoscópico ou cirúrgico. O caso clínico reporta um doente do sexo masculino, com 69 anos de idade e antecedentes pessoais de adenocarcinoma do recto, submetido a RAR e ileostomia de protecção em 2012. Foi submetido a colonoscopia electiva complicada de enfisema subcutâneo cervicotorácico. Ao exame objectivo apresentava-se com voz anasalada, eupneico com saturação de O₂ periférico de 99%, hemodinamicamente compensado, auscultação pulmonar sem alterações e abdómen mole e depressível, indolor, sem massas palpáveis. Realizou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica que confirmou enfisema subcutâneo cervicotorácico e identificou a presença de enfisema mediastino com extensão ao abdómen superior e às locas renais. Optou-se por tratamento conservador e antibioterapia empírica, tendo tido alta ao 14º de internamento.

HOSPITAL: HOSPITAL DR NELIO MENDONÇA

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Menezes, F.; Viveiros, R.; Olim, M.; Fernandes, D; Teixeira, H.; Barreto, R.; Reis, M.; Jasmins, F.

CONTACTO: Florentina Menezes

EMAIL: menezes.florentina@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 141)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Um caso de reconstrução da parede abdominal – hernioplastia com separação de componentes**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A separação de componentes proporciona cobertura de defeitos da parede abdominal, baseando-se na dissecação lateral subcutânea, fasciotomia lateral do músculo reto abdominal e dissecação do plano entre os músculos oblíquos externo e interno com avanço mediano do músculo reto e da sua fáscia. A extensa dissecação lateral subcutânea foi associada a isquémia dos bordos da pele, deiscência da sutura, infeção e seroma. **Material e Métodos:** Este caso clínico de uma doente de 74 anos encaminhada à consulta de Cirurgia Geral por volumosa hérnia incisional, status pós-histerectomia,



com necessidade de cinta de contenção 24h/dia. Neste contexto, é internada eletivamente para hernioplastia com separação de componentes, com administração de toxina botulínica 3 semanas antes da intervenção cirúrgica e otimização da função respiratória. Optou-se por uma técnica de separação de componentes posterior, com libertação do músculo transverso do abdómen e aplicação de prótese subaponevrótica. No final da cirurgia, aplicou-se terapia de pressão negativa ao nível da incisão. **Discussão:** Cada técnica pode sofrer múltiplas modificações com base na experiência do cirurgião e na particularidade do doente, não existindo um procedimento único ideal para todas as situações. Atualmente, existe uma tentativa de consenso para que os casos de hérnia incisional complexa sejam tratados por uma abordagem abrangente que inclua a separação de componentes em conjunto com aplicação de prótese subaponevrótica.

HOSPITAL: Hospital Espírito Santo, EPE – Évora
SERVIÇO: (1) – Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Espírito Santo de Évora; (2) – Serviço de Cirurgia Geral da Unidade Local de Saúde de Matosinhos
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Ana Margarida Cinza (1); Amaro, M. (1); Santos, C. (2); Barbosa, E. (2); Machado, A.(1); Antunes, S.(1); Ribeiro, S.(1); Caravana, J.(1)
CONTACTO: Ana Margarida Cinza
EMAIL: anacinza@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 483)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Fasceíte necrotizante: a propósito de um caso clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Fasceíte necrotizante é uma infecção rapidamente progressiva da pele e tecidos moles, com uma mortalidade associada de 30%. **Material e Métodos:** Homem de 61 anos, com antecedentes de consumo excessivo de bebidas alcoólicas e trauma recente do joelho direito, foi internado por infecção dos tecidos moles da perna direita, tendo apresentado agravamento clínico celer com choque séptico, sem resposta à terapêutica instituída. À observação com agravamento das lesões cutâneas com sinais compatíveis com fasceíte necrotizante, pelo que, após 12h da admissão, foi submetido a fasciotomia do compartimento anterior e lateral da perna e integumentectomia da perna e terço distal da coxa direita. Admissão posterior na UCIP para estabilização, com necessidade de suporte aminérgico e hemodiálise. Apresentou depois melhoria clínica e analítica progressiva, com cuidados de penso e posterior realização de auto-enxertos cutâneos em colaboração com a Cirurgia Plástica. O exame bacteriológico foi positivo para *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes* (grupo A). O doente teve alta ao 28º dia de internamento. **Discussão:** O tratamento cirúrgico precoce da fasceíte necrotizante é o principal factor para obtenção de resultados favoráveis, contudo, o seu diagnóstico clínico é por vezes difícil. O score de risco LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing fasciitis), baseado em dados laboratoriais, melhora a capacidade diagnóstica entre fasceíte necrotizante e outras infecções de tecidos moles, mesmo em fases precoces.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Sara Catarino, Marta Ferreira, Fernando Valério, Carlos Casimiro
CONTACTO: Sara Catarino
EMAIL: saracatarinosantos@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 247)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **PPH + “Blind” H.A.L – Resultados**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O serviço de Cirurgia do Hospital de Santarém tem uma experiência considerável em 2 técnicas para o tratamento da patologia hemorroidária, nomeadamente a técnica de PPH e a técnica HAL-RAR. Com baixas taxas de complicações, quando correctamente executadas por cirurgiões experientes, apresentam taxas de recidiva baixas. Na nossa experiência verificámos que as recidivas na técnica PPH surgiram principalmente sob a forma de hemorragia, ao contrario das recidivas de HAL-RAR que surgiram fundamentalmente sob a forma de recidiva do prolapso. Para tal o grupo de cirurgia colorrectal do nosso Hospital propôs uma técnica híbrida, que visa juntar as vantagens das duas técnicas, sem aumentar a morbilidade e com o objectivo de diminuir as taxas de recidiva. **Material e Métodos:** Análises retrospectiva, pela análise de processos e avaliação dos doentes submetidos a Cirurgia de PPH + “Blind” HAL no serviço de Cirurgia do HDS. **Resultados:** Todas as cirurgias foram realizadas em regime de cirurgia de ambulatório, não se tendo registado complicações precoces nem tardias. Até à data não foi registado nenhum caso de recidiva clínica. **Discussão:** A execução da técnica proposta parece ser segura, sem acrescentar morbilidade em relação às duas técnicas individualmente. Parece apresentar para uma menor incidência de complicações precoces. A experiência do serviço em ambas as técnicas, parece ter contribuído para a baixa taxa de complicações. Aparentemente a técnica proposta parece estar associada a uma baixa taxa de recidivas.

HOSPITAL: Hospital de Santarém, EPE
SERVIÇO: Cirurgia
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Jarimba, Aldo ; Vilela, Nuno ; Lima, José
CONTACTO: Aldo Jarimba
EMAIL: aldomrjarimba@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 512)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Hemoperitoneu como primeira manifestação de GIST gástrico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os GIST são tumores gastrointestinais raros, na sua maioria de localização gástrica, muito vascularizados e friáveis e cujo sintoma de apresentação pode ser dor abdominal ou hemorragia gastrointestinal. O tamanho do tumor, o índice mitótico e a perfuração do tumor são factores de prognóstico importantes nestes tumores. **Material e Métodos:** Caso Clínico: Doente sexo masculino, 78 anos, com antecedentes conhecidos de patologia cardíaca, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de lipotímia de repetição, sem aparente



descompensação da patologia cardíaca, e com perfil hemodinâmico estável. Não apresentava alterações ao exame objetivo, analiticamente apresentava queda de hemoglobina e, em exame imagiológico, observou-se a presença de hemoperitoneu e massa ovalada de localização gástrica. Intraoperatoriamente constatou-se presença de hemoperitoneu de 1100cc de sangue escuro, volumosa loca de hematoma ocupando a face anterior e região da pequena curvatura gástrica assim como, massa exofítica, morulada, com cerca de 10cm, ocupando a pequena curvatura do estômago e transição esofagogástrica. Procedeu-se a gastrectomia atípica com secção da parede gástrica anterior. Doente com pós-operatório sem intercorrências.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Lisboa Central
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Sofia Maria Pina, António Miguel Pereira, Luísa Quaresma, Gualdino Silva, Vasco Vasconcelos, João Sacadura Fonseca, Guedes da Silva
CONTACTO: Sofia Maria Pina
EMAIL: sofiamarina@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 283)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Aplicabilidade de prótese aorto bi-iliaca de poliéster como substituto de veia cava em cirurgia hepática**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As próteses vasculares (PV) de poliéster (Dacron) são tradicionalmente utilizadas em cirurgia vascular como condutos de substituição arterial. As suas características permitem uma compliance adequada ao fluxo arterial; no entanto não está esclarecida a sua aplicabilidade como substituto vascular venoso. Os autores apresentam um caso de ressecção hepática ex-situ com utilização de PV de poliéster como substituição da veia cava inferior (VCI) retro-hepática. **Material e Métodos:** Homem, 48 anos, diagnóstico de colangiocarcinoma intrahepático com invasão da VCI e das três veias hepáticas (VH). **Resultados:** Realizada hepatectomia total com ressecção da VCI retrohepática; substituição da VCI por modificação de PV aorto-bi-iliaca de poliéster e confecção de shunt porto-sistémico a prolongamento lateral da PV; ressecção hepática ex-vivo (S.1,2,3,4,5 e 8); re-implante do fígado remanescente (S. 6 e 7) com reconstrução da drenagem venosa por anastomoses à PV (conduto principal e prolongamento para anastomose das VH direita e média ao nível da superfície de secção). Os exames realizados no pós-operatório (angio-TC e Eco-doppler) demonstraram a patência adequada do fluxo no interior da PV. **Discussão:** A morfologia desta prótese e sua modificação permitiu a manutenção de um fluxo venoso cava e portal adequados, evitando o uso de bypass veno-veno externo e permitiu uma reconstrução venosa definitiva adequada (VCI e VH). Conclui-se que as PV de poliéster são adequadas para utilização em substituição vascular venosa.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: 1 – Unidade Transplantação Hepática Pediátrica e de Adultos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (UTHPA, CHUC) 2 – Serviço de Cirurgia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 3 – Clínica Universitária de Cirurgia III, Faculdade de Medicina da Universidade de

Coimbra 4 – Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: R. Martins (1,2,3), D. Diogo (1), P. Oliveira (1), C. Seco (1,4), A. Eufrásio (1,4), JG Tralhão (1,2,3), E. Furtado (1)
CONTACTO: Ricardo Martins
EMAIL: ricksmarts@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 108)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Hérnia inguinal laparoscópica. Série de um SCGA.**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Na área da Cirurgia Geral, a hernioplastia inguinal constitui o procedimento cirúrgico mais realizado. Estudo retrospectivo que apresenta a experiência de um Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, no tratamento da Hérnia Inguinal, por via laparoscópica. **Material e Métodos:** Consulta dos processos clínicos dos doentes submetidos a hernioplastia por via laparoscópica entre Janeiro de 2015 e Outubro de 2016 através programas S.Clínico e PCE. Estudados os parâmetros: idade, sexo, lateralidade, ASA, dor crónica e recidiva. **Resultados:** Foram admitidos eletivamente 58 doentes. A técnica escolhida foi hernioplastia inguinal totalmente extraperitoneal em 89,65%. A idade média dos doentes foi de 58 anos e o sexo predominante o masculino. Quase toda a população estudada era activa e sem limitação funcional. 91,4% das intervenções cirúrgicas foram realizadas em hérnias inguinais bilaterais; as restantes em hérnias inguinais unilaterais, 6,9% à direita e 1,7% à esquerda. Houve recidiva em 2 casos. Não foi diagnosticada dor crónica a nenhum paciente. **Discussão:** A hernioplastia inguinal por via laparoscópica, tem vindo a afirmar-se e, a dar resultados comparáveis quando realizada por cirurgiões experientes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório, Centro Hospitalar do Porto
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Eunice Vieira e Monteiro, Ana Sofia Marinho, Sílvia Neves, Ana Povo, Artur Flores, António Neto, Carlos Magalhães
CONTACTO: Eunice Vieira e Monteiro
EMAIL: eunicevieiraemonteiro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 137)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Struma ovarii, um diagnóstico inesperado**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Struma ovarii é um teratoma ovárico com >50% de tecido tiroideu e representa 1% dos tumores do ovário. É geralmente assintomático e diagnosticado incidentalmente, mas também pode causar levar a queixas abdominais ou alterações da função tiroideia. **Material e Métodos:** Caso Clínico e revisão do tema. **Resultados:** Doente do sexo feminino, 51 anos, encaminhada a consulta de Cirurgia Geral por massa anexial direita, assintomática, de características benignas, com aumento de dimensões em relação a estudo anterior. Analiticamente sem alterações da função tiroideia ou marcadores tumorais. Submetida a salpingo-ooforectomia unilateral, com excisão de volumoso teratoma ovárico.



Exame histológico revelou predominância de tecido tiroideu, compatível com struma ovarii. Manteve-se assintomática e sem alterações analíticas no follow-up. **Discussão:** A raridade e características do struma ovarii levam a que, apesar de um elevado grau de suspeição, o diagnóstico seja realizado apenas após confirmação histológica. O tratamento é cirúrgico e depende da presença ou ausência de células malignas, nomeadamente carcinoma tiroideu.

HOSPITAL: Hospital Litoral Alentejano, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Santos, D; Rocha, V; Gameiro, H; Sousa, D; Marinho, D; Cruz, A; Ferreira, A; Martins, JA

CONTACTO: Daniel Costa Santos

EMAIL: costasantos.daniel@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 528)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **A causa rara da sub-oclusão de Intestino Delgado – a propósito de um Caso Clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apresentação Caso Clínico **Material e Métodos:** Mulher, 90 anos, sem antecedentes cirúrgicos, internada após transferência para o hospital de residência com o diagnóstico de sub-oclusão intestinal por bridas. Cumpriu terapêutica com ENG e dieta zero. A D2 de dieta líquida apresentou episódio de vômito. Realizou TC Abdomino-Pélvico que evidenciou “presença de ansas de delgado dilatadas, com cerca de 35 mm de maior calibre, notando-se zona de transição nos quadrantes esquerdos, onde não se identifica causa obstrutiva endoluminal nem extraluminal-bridas? Sem adenomegalias valorizáveis”. Após nova tentativa de tratamento conservador não eficaz optou-se por realizar laparotomia exploradora onde se identificou lesão no delgado a 60 cm da válvula ileo-cecal, estenosante, que condicionava distensão de delgado proximal com diâmetro máximo de cerca de 6 cm. Procedeu-se à enterectomia com excisão do tumor e anastomose primária. **Resultados:** Resultado anatomopatológico: adenocarcinoma estenosante de delgado – pT3N1M0. Pós-operatório sem intercorrências, aguarda discussão em reunião multidisciplinar. **Discussão:** 5 a 8% das sub-oclusões intestinais de delgado são de etiologia neoplásica. Estas neoplasias raras são normalmente diagnosticadas tardiamente devido aos sintomas e exames de imagem inespecíficos, sendo muitas vezes diagnosticadas apenas após laparotomia/laparoscopia exploradora. O adenocarcinoma representa 50% dos tumores de delgado, é mais comum ao nível do duodeno ou jejuno proximal, apresentando uma sobrevida a 5 anos de 35%.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

SERVIÇO: Serviço de Urologia, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca – Amadora-Sintra (1), Serviço de Cirurgia Geral C, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca – Amadora-Sintra (2)

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: André Barcelos (1), Clara Rocha (2), José Santos Júnior (2), Francisco Carneiro (2)

CONTACTO: André Barcelos

EMAIL: andrepfbarcelos@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 258)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Drenagem biliar por via percutânea na obstrução biliar por patologia maligna**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A drenagem biliar por via percutânea (DBP) é um dos métodos utilizados na palição da icterícia obstrutiva por patologia maligna. Objetivo: Avaliação da eficácia da DBP nos doentes com icterícia obstrutiva por patologia maligna, bem como as complicações relacionadas com a técnica, com especial focalização no número de colangites. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de coorte dos doentes internados entre janeiro de 2013 e agosto de 2016 por icterícia obstrutiva por patologia maligna e referenciados para DBP. **Resultados:** No tempo em estudo, 40 doentes com neoplasia foram submetidos a DBP. A média de idades foi de 73,5 anos e 28 doentes eram do sexo masculino. O colangiocarcinoma foi a neoplasia mais prevalente (47,5%), seguido pelo adenocarcinoma pancreático (40%) e pela metastização ganglionar peri-hilar do carcinoma gástrico (10%). Em 70% dos casos a drenagem biliar foi inicialmente tentada por via endoscópica. O tempo médio de espera pela DBP foi de 6 dias, com uma eficácia de drenagem de 100%. Dezassete doentes apresentaram complicações pós-DBP, sendo a colangite a complicação mais frequente em 14 doentes. Oito doentes faleceram no internamento e a sobrevida global média foi de 117 dias. **Discussão:** A DBP é um procedimento eficaz na drenagem biliar de doentes com icterícia por patologia maligna, sendo uma técnica alternativa à drenagem por via endoscópica. Neste estudo obtivemos uma morbidade significativa, que está de acordo com a literatura, sendo a colangite a complicação mais frequente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

SERVIÇO: 1) Unidade Hepáto-Bilio-Pancreática, Serviço Cirurgia Geral – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; 2) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Vânia Fernandes (1), Carlos Soares (1,2), Rui Neves (1), Mónica Rocha (1), João Pinto-de-Sousa (1,2)

CONTACTO: Vânia Fernandes

EMAIL: vania_igaf@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 402)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Diverticulite de Meckel – A Propósito de um Caso Clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O divertículo de Meckel (DM) apesar de raro é a anomalia congénita mais frequente do trato gastrointestinal e deve-se à obliteração incompleta do ducto vitelino na 7ª semana de gestação. A 1ª descrição data de 1598 por Fabricius Hildanus, mas foi Johann Meckel em 1809 que publicou a anatomia e embriologia deste divertículo. O DM localiza-se no bordo antimesentérico, preferencialmente aos 60cm (5-150cm) da válvula ileocecal, comprimento médio de 3cm (1-10cm) e é mais prevalente no sexo masculino. Habitualmente assintomático e quando sintomático é sinónimo de complicação. De entre as complicações a hemorragia, obstrução, inflamação e perfuração são as



mais frequentes, e embora raro, pode malignizar. O DM sintomático tem indicação absoluta para ser ressecado. Os autores relatam o caso clínico de um homem de 43 anos que recorre ao Serviço de Urgência com um quadro clínico compatível com apendicite aguda com 4 dias de evolução. Ao exame objectivo apresentava dor e massa palpável no quadrante inferior direito e analiticamente aumento dos parâmetros inflamatórios. Foi realizado TC abdomino-pélvico que revelou como diagnóstico mais provável diverticulite de Meckel. Foi submetido a laparotomia exploradora e realizada enterectomia segmentar. Sem intercorrências no pós-operatório e o estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de diverticulite de Meckel.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II
SERVIÇO: Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Liberal, M.; Leite, M.; Ferreira, J.; Yashchuk, S.; Costa, E.; Costa, A.; Santos, V.; Pereira, B.; Maciel, J.
CONTACTO: Maria do Sameiro Liberal
EMAIL: maria.liberal@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 218)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Síndrome de Bouveret? Quando a impactação da litíase é no estômago, apresentação caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Síndrome de Bouveret é uma entidade rara (<200 casos descritos) que é caracterizado por uma obstrução digestiva mecânica alta, provocada pela impactação duodenal de um cálculo biliar. Acompanhada da tríade de Rigler representa 1 a 4% das obstruções intestinais mecânicas, podendo no entanto ser responsável até 25% dos casos, em faixas etárias superiores. **Material e Métodos:** Sexo masculino de 75 anos. Recorreu ao SU por quadro de náuseas e vômitos associado a anorexia, oclusão para fezes e distensão abdominal com 7 dias de evolução. Antecedentes de 3 laparotomias por trauma abdominal no passado. Rx abdominal sem níveis hidro-aéreos, TC confirmou diagnóstico de Síndrome de Bouveret. Submetido a gastrolitotomia por incisão de Kocker. Alta ao 5º dia pós-operatório. **Discussão:** Em menos de 10% dos doentes com íleus biliar, a localização do cálculo impactado é o duodeno ou piloro, o que resulta numa obstrução ao esvaziamento gástrico, conhecido por síndrome de Bouveret. A escolha entre tratamento endoscópico ou cirúrgico é dependente do tamanho do cálculo, estabilidade hemodinâmica e antecedentes contudo, na impossibilidade de tratamento endoscópico, a cirurgia é mandatória.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Algarve, EPE
SERVIÇO: Cirurgia 2
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: MELO J; VEIGA D; CUNHA M; SOUSA S; BAPTISTA V; REIS D; RIVERO A; CARTUCHO D; AMERICANO M
CONTACTO: João Pedro Melo Neves
EMAIL: jmeloneves@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 349)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Lesões hepáticas benignas, um desafio para o cirurgião: indicações e resultados**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A indicação cirúrgica nas lesões hepáticas benignas (LHB) permanece controversa, o que torna a sua abordagem um desafio. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com o diagnóstico de LHB submetidos a cirurgia entre 2011 e 2015 através da consulta de base de dados informatizada e dos processos clínicos. **Resultados:** Foram identificados 78 doentes (61 mulheres e 17 homens), com uma idade média de 46 anos. A maioria das lesões localizava-se no fígado esquerdo (65), eram únicas (65) e apresentavam um tamanho médio de 81 mm. As indicações para a cirurgia foram dúvida de diagnóstico em 27 doentes; sintomas persistentes atribuíveis à lesão em 25 casos; risco de malignidade em 13 doentes; quisto hidático em 11 e hemorragia em 2. A cirurgia foi realizada por via laparoscópica em 34 doentes e a maioria realizou ecografia intra-operatória(62); apenas 13 doentes foram submetidos a ressecções hepáticas major. O diagnóstico histológico foi hemangioma (n= 26); hiperplasia nodular focal (n=17); adenoma hepatocelular (n=13); quisto hidático (n=11); quisto biliar simples (n=7); outros (n=3). A estadia hospitalar média foi de 6 dias. Não se verificou mortalidade, mas ocorreram complicações em 10 doentes (12%), destacando-se que apenas 1 grau III de acordo com a classificação de Dindo. **Discussão:** A abordagem das LHB deve ser individualizada e em contexto multidisciplinar. A opção cirúrgica é segura e exequível com taxa de morbilidade baixa e mortalidade zero em centros de alto volume e de referência

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Beatriz Caldeira, Cristina Fernandes, Manuel Oliveira, Renato Bessa Melo, Luís Graça, José Costa Maia
CONTACTO: Ana Beatriz Mendes Caldeira
EMAIL: caldeirabeatriz@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 542)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Pancreatite aguda por Ascaris lumbricoides – uma entidade rara – a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A infecção por Ascaris lumbricoides é uma das infecções parasitárias mais frequentes do TGI. A maioria é assintomática mas pode produzir um espectro variado de sintomas. A pancreatite aguda (PA) por Ascaris l. é rara, particularm/no Ocidente, e pode ser causada por obstrução da papila Vater, invasão do ducto colédoco ou pancreático e clinicam/pode ser semelhante à pancreatite por outras causas. A Ecografia e TC são exames c/elevada acuidade dx, apresentando-se a CPRE como opção dx na identificação de parasitas no duodeno e árvore bilio-pancreática e terapêutica. O tx inclui a remoção dos parasitas através de CPRE e erradicação c/anti-helmíntico. **Material e Métodos:** Mulher, 59 anos, s/ antecedentes, s/medicação. Recorre ao SU em Nov/16 por dor abdominal difusa e vômitos alimentares, nos quais era visível parasitas. Após EAD, foi internada por PA. Por



agravam/, transfere-se p/UCI após 72h onde se apresentava em choque distributivo com DMO, tendo iniciado ATB largo espectro e Albendazol. Após re-avaliação imagiológica e ausência de melhoria, foi submetida a laparotomia exploradora às 96h—líquido livre, citoesteatonecrose e edema pancreático, s/intercorrências. Ao 7ºDPO, faz TC controlo-coleções necróticas agudas, necrose pancreática e ascite moderado volume. Mantém-se sob tx conservador ao 11ºDPO, c/evolução clínica lenta mas favorável, e resolução parcial das disfunções. **Discussão:** O *Ascaris* l. é uma causa rara de PA, particularm/no Ocidente. Este caso realça a importância da suspeição clínica e vigilância apertada obrigatória nestes doentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Centro Hospitalar Entre-Douro-e-Vouga
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Leonor Matos, Sara Lourenço, Hugo Ribeiro, Vera Oliveira, Tiago Ferreira, António José Reis, Domingos Rodrigues, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Leonor Matos
EMAIL: leonormatos@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 544)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Um caso raro de tuberculose**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A tuberculose, atualmente um problema sério de saúde pública, pode ter variadas formas de manifestação, que podem simular múltiplas patologias, o que pode ser um desafio para um correto e atempado diagnóstico **Resultados:** Apresentamos um caso clínico de um homem de 60 anos, com doença hematológica conhecida (Tricoleucemia) e que se apresentou com quadro de febre persistente e sintomas constitucionais com várias semanas de evolução sem clínica focalizadora, associada a colestase hepática de agravamento progressivo, inicialmente interpretada no contexto de sobre-infeção CMV (carga viral 1080 cópias/mL) que não respondeu à terapêutica instituída. A TC torácica não mostrou alterações, tendo-se verificado em TC abdominal micronódulos difusos no fígado e baço, sem outras alterações. Considerando o quadro de febre em imunodeprimido, persistente sob antibioterapia de largo espectro, sem isolamentos culturais e com colestase em agravamento foi decidida esplenectomia e biópsia hepática com intenção diagnóstica. A cirurgia decorreu sem complicações. Resultados histológico e microbiológico a mostrar granulomas caseosos e BAAR do Complexo *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciou tuberculostáticos em esquema quádruplo com boa resposta clínica com resolução da febre **Discussão:** A tuberculose esplénica e hepáticas isoladas são raras e habitualmente associadas a indivíduos imunossuprimidos. A esplenectomia deve ser reservada apenas a casos de incerteza diagnóstica e refratários à terapêutica médica

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Centro Hospitalar do Porto (1); Hematologia Clínica – Centro Hospitalar do Porto (2)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: José Presa Fernandes (1); Catarina Morais (1); Renata Cabral (2); José Polónia (1); Paulo Soares (1);
CONTACTO: José Presa Fernandes
EMAIL: zemiguelpreza@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 142)

SESSÃO: PO 11

TÍTULO: **Doença de Paget perianal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A doença de Paget extramamária perianal é um adenocarcinoma intraepitelial com origem nas glândulas sebáceas apócrinas da derme. Dada a sua raridade cerca de 200 casos estão descritos na literatura e a sua verdadeira incidência é desconhecida. Representa 20% de todos os casos de Paget extramamário, menos de 1% de patologia anal e 6.5% de todos os casos de Doença de Paget podendo estar associada a outra neoplasia de base, geralmente neoplasias colorrectais ou tubo-ováricas. **Material e Métodos:** descrição de 4 casos clínicos **Resultados:** De Janeiro de 2000 a Novembro de 2016 foram tratados na instituição 47 casos de Doença de Paget extramamária, 4 casos representavam DPP (8,5%). Os autores fazem a descrição da abordagem diagnóstica, terapêutica e seguimento de 4 casos clínicos de DPP. Todos foram submetidos a abordagem cirúrgica em colaboração com a Cirurgia Plástica e Reconstructiva bem como Ginecologia. **Discussão:** A DPP é uma doença rara, geralmente ocorre em associação com outras neoplasias e o prognóstico é em geral reservado quando não tratada precocemente. Dada a experiência limitada nesta patologia sem guidelines definidas, é fundamental a documentação e publicação destes casos clínicos divulgando as modalidades terapêuticas instituídas e consequentes resultados.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Mariana Sousa; Rodrigo Oom; Joana Bárto; Francisco Cabral; Ricardo Nogueira; Marta Santos; Rita Barroca; Luis Manoel; Manuel Limbert; Nuno Abecasis
CONTACTO: Mariana Rosa Ferreira Sousa
EMAIL: marianarosasousa87@gmail.com

SALA 9 2017-03-17 08:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 314)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Análise de fatores preditivos de sobrevida numa série de 67 cirurgias pancreáticas – Estudo de coorte**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia pancreática ainda está associada a uma mortalidade significativa, o que motiva a avaliação de fatores preditivos de sobrevida. **Material e Métodos:** Estudo coorte retrospectivo de doentes submetidos a cirurgia pancreática, seleccionados em reunião multidisciplinar (RM), entre Janeiro de 2012 e Junho de 2016, com follow-up até Setembro de 2016. Análise estatística de sobrevivência de Kaplan-Meier e regressão de Cox. Analisado o impacto na sobrevida de 5 factores preditivos: idade, bilirrubina total pré-operatória ≥15, histologia, tipo de cirurgia e perdas hemáticas. **Resultados:** Dos 208 doentes com patologia pancreática discutidos em RM, 82 (40%) tiveram indicação cirúrgica



e 67 (82%) foram ressecados. A idade média foi 68 ± 12 anos e 37/67 eram do género feminino. 49 submetidos a DPC, 7 a pancreatectomia total, 9 a pancreatectomia corpocaudal e 2 a pancreatectomia caudal. A mediana de follow-up foi 13 meses (IQR 4; 24) e a sobrevida média estimada de 28.95±2.89. Apenas a idade (P=0.006) e histologia (P=0.029) demonstraram significado estatístico. Sem mortalidade nas lesões benignas. A idade>80 está associada a menor sobrevida (HR 3.85; IC 95% 0.986 – 1.089; P=0.005). Na regressão multivariada do impacto da idade>80 ajustada à histologia, a idade >80 manteve significado estatístico (HR 3.005, IC 1.170 – 7.715, P=0.022). **Discussão:** Nesta população, apenas a idade e a histologia maligna mostraram um impacto negativo na sobrevida. A idade>80 está associada a uma menor sobrevida, independentemente da histologia.

HOSPITAL: Hospital Beatriz Ângelo
SERVIÇO: Serviço Cirurgia Geral (1), Serviço Gastroenterologia (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Cunha C. (1), Costa Santos M. (2), Ferreira A. (2), Ferreira, M. (1), Oliveira, P. (1), Roque, R. (1), Cravo, M. (2), Maio R. (1)
CONTACTO: Cátia Andreia Fernandes da Cunha
EMAIL: catiacunha_2@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 172)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Quando o corpo paga!**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A lesão traumática da bexiga ocorre em aproximadamente 1.6% dos traumas abdominais fechados. A bexiga está localizada e protegida pelo anel pélvico, sendo que a maioria dos traumas vesicais estão associadas a fractura dos ossos pélvicos. Enquanto que nesses casos ocorre ruptura extraperitoneal da bexiga (60%), a ruptura intraperitoneal (30%) ocorre por compressão da cúpula vesical, distendida pela urina contra as paredes abdominal e pélvica. O tratamento das lesões extraperitoneais é conservador e, em comparação as lesões intraperitoneais devem ser tratadas cirurgicamente. Descreve-se um caso clínico de uma mulher com 43 anos, antecedentes irrelevantes, trazida ao Serviço de Urgência por quadro de intoxicação alcoólica aguda. Ao exame objectivo apresentava discurso confuso, hálito etílico e abdómen doloroso nos quadrantes inferiores, sem defesa. Analiticamente apresentava leucocitose e neutrofilia e a gasimetria arterial hiperlactacidémia. A tomografia computadorizada abdominopélvica identificou a presença de líquido livre intra-abdominal e provável volvo do cego. Foi submetido a laparotomia exploradora e Intraoperatoriamente identificou-se ruptura intraperitoneal da bexiga, sem outras alterações observáveis. Submetida a rafia vesical e com alta hospitalar ao 7º dia pós-operatório.

HOSPITAL: HOSPITAL DR NELIO MENDONÇA
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Menezes, F.; Viveiros, R.; Olim, M.; Fernandes, D.; Teixeira, H.; Barreto, R.; Reis, M.; Ribeiro, R.; Silva, L.; Jasmins, F.
CONTACTO: Florentina Menezes
EMAIL: menezes.florentina@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 63)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Traumatismo Cervical Fechado**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A fractura do osso hióide por trauma cervical contuso é extremamente rara e, na maioria das vezes, subdiagnosticada. Contudo esta entidade relaciona-se frequentemente com lesões mais graves e ameaçadoras de vida que devem ser diagnosticadas em tempo útil de forma a instituir a melhor abordagem. **Material e Métodos:** Os autores apresentam o caso de um homem de 38 anos, que recorre ao serviço de urgência por trauma cervical anterior directo em contexto de acidente desportivo. Apresentava, à observação, dor cervical anterior associada a odinofagia, edema e pequeno hematoma na face anterior do pescoço. Realizou TC-cervical que revelou fractura do osso hióide sem outras complicações. Sem lesões vasculares no eco-doppler cervical. **Resultados:** Para vigilância do hematoma cervical e controlo analgésico optou-se pelo internamento que decorreu sem intercorrências. O doente teve alta ao 3º dia clinicamente bem. **Discussão:** A raridade deste tipo de fracturas deve-se à localização submandibular do osso hióide assim como à sua grande mobilidade. Portanto estas lesões podem, muitas vezes, ser o reflexo de um trauma cervical importante com lesões aerodigestivas e vasculares associadas e ameaçadoras de vida. Na fractura isolada do osso hióide o tratamento conservador e vigilância estão indicados, sendo o tratamento cirúrgico raramente necessário.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (1)
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Ana Logrado (1), Catarina Afonso (1), Júlio Constantino (1), Jorge Pereira (1), Carlos Casimiro (1)
CONTACTO: Ana Logrado
EMAIL: anacristina.logrado@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 286)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Ad Extremum Diverticulitis**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A doença diverticular do cólon tem apresentado uma incidência crescente, tornando-se numa patologia cada vez mais comum no serviço de urgência. **Material e Métodos:** Doente do sexo masculino, 53 anos, admitido no serviço de urgência (SU) por quadro de fasceíte necrotizante da parede abdominal na zona da fossa ilíaca esquerda. Duas recorrências prévias ao SU, com meses de intervalo, por quadro de diverticulite aguda não-complicada, com recusa de tratamento. Fez TC, que revelou: hidronefrose esquerda com moderada dilatação do ureter, envolvido por processo inflamatório local; ansa sigmóide espessada aderente aos planos musculares adjacentes, sugerindo processo inflamatório; espessamento da parede vesical anterior e imagem de nível hidroaéreo; espessamento do tecido celular subcutâneo e pele desde a raiz da coxa e estendendo-se até à bolsa escrotal esquerda com múltiplas imagens gasosas traduzindo enfisema sub-cutâneo. Ao exame objetivo estava hemodinamicamente estável e apirético. Intraoperatoriamente verificou-se a presença de perfuração



do cólon sigmóide com massa inflamatória associada e infiltração da parede abdominal tendo-se realizado desbridamento cirúrgico da parede abdominal envolvida e sigmoidectomia com colostomia terminal. **Resultados:** Alta ao 19º dia pós-operatório, sem intercorrências. **Discussão:** A fistulização colo-cutânea no contexto de doença diverticular é rara. A fasciite necrotizante constitui uma complicação rapidamente fatal pelo que deve ser prontamente reconhecida e tratada.

HOSPITAL: Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Guimarães, N; Ferreira, M; Ribeiro, M; Neves, J; Morais, H; Dias, R; Borges, I; Melo, F; Pinho, J; Vieira, V; Azenha, N; Fonseca, A; Cecílio, JV; Matos, A; Conceição, L.
CONTACTO: Narcisa Guimarães
EMAIL: narcisa.guimaraes@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 550)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Hepatocarcinoma gigante – um diagnóstico inesperado**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hiperplasia nodular focal (HNF) é o segundo tumor hepático benigno mais comum, sendo geralmente assintomático e descoberto incidentalmente. **Material e Métodos:** Mulher de 77 anos, em estudo por suspeita de tumor renal realizou TC que revelou nódulo com 13,6 cm no segmento hepático IV compatível com HNF. Dada a natureza benigna da lesão hepática, foi submetida a nefrectomia parcial cuja histologia revelou tratar-se de oncocitoma. Foi posteriormente enviada a consulta de Cirurgia por dor abdominal e enfartamento, tendo realizado RM que revelou nódulo de 13cm hipervascular com cicatriz central hiperintensa, sugestiva de HNF. Dada a sintomatologia crescente e o tamanho da lesão foi proposta cirurgia. Intra-operatoriamente detectou-se lesão ocupando todo o fígado esquerdo pelo que foi submetida a hepatectomia esquerda. Apresentou boa evolução pós-operatória. O exame histológico revelou lesão tumoral nodular, com 22cm de diâmetro, com características de hepatocarcinoma. Durante o follow-up apresentou recidiva local com metastização da supra-renal, apesar de se manter clinicamente assintomática aos 9 meses de pós-operatório. **Discussão:** O tratamento da HNF é maioritariamente conservador, sendo o tratamento cirúrgico recomendado apenas se sintomatologia associada ou quando há dúvida diagnóstica. Assim, o principal desafio é a sua diferenciação com outras lesões hipervasculares focais hepáticas como adenoma hepatocelular, hepatocarcinoma ou metástases hipervasculares, que apresentam diferente abordagem e prognóstico

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Sara Catarino, Júlio Constantino, Jorge Pereira, Carlos Casimiro
CONTACTO: Sara Catarino
EMAIL: saracatarinosantos@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 395)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Schwannoma Intra-Abdominal Extra-Gastrointestinal**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os Schwannomas são tumores raros com origem nas células de Schwann das bainhas nervosas e geralmente ocorrem no sistema nervoso central, medula espinhal e nervos periféricos. A localização intra-abdominal é rara e mais frequentemente surgem no tubo digestivo como tumores submucosos. **Material e Métodos:** Apresentamos os 2 únicos casos de schwannoma intra-abdominal extra-gastrointestinal, de 297 casos tratados no nosso centro nos últimos 10 anos. Caso 1: Mulher de 46 anos, com antecedentes de hérnia discal lombar operada, referenciada à nossa consulta por massa pélvica de 77mm detectada em RMN pedida para esclarecimento de lombociatalgia. Submetida a laparoscopia exploradora, na qual se identificou volumoso tumor pélvico na dependência do mesocólon sigmóide, pelo que se procedeu a sigmoidectomia assistida por laparoscopia. Caso 2: Mulher de 79 anos submetida a colonoscopia por tenesmo e falsas vontades, que identificou abaulamento da parede do recto, por provável compressão extrínseca. A TC mostrou lesão cística heterogénea pré-sagrada de 99mm com plano de clivagem com o recto. Submetida a laparotomia exploradora e ressecção anterior do recto com exérese em bloco da massa pélvica. **Discussão:** A localização intra-abdominal destes tumores é pouco frequente, sendo excecional o aparecimento extra-gastrointestinal. O diagnóstico é dificultado pela sua raridade e pela inespecificidade dos sintomas e ausência de características radiológicas específicas, tendo a cirurgia valor diagnóstico e terapêutico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Cristina Fernandes, Fabiana Sousa, Ana Azevedo, Ana B. Caldeira, Eduardo Cernadas, Pedro Correia da Silva, José Costa Maia
CONTACTO: Cristina Jesus Costa Fernandes
EMAIL: cris87ster@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 147)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Causa Rara de Esplenomegália**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Esplenomegália é um sinal do exame objetivo clínico e hoje mais frequentemente um achado de exames complementares diagnósticos – ecografia e TC. Várias causas podem estar por trás deste sinal. **Material e Métodos:** Descrição de caso clínico. **Resultados:** Homem 45 anos, sem AP de relevo. Recorreu ao SU por quadro de dor abdominal com 3 semanas de evolução no hipocôndrio esquerdo, irradiação à região lombar e perda ponderal (7kg/6 meses) sem sintomas B, sem trauma prévio. O abdómen era difusamente doloroso no hipocôndrio esquerdo. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia, PCR 5 mg/dl. Ecografia abdominal e TC: lesão esplénica (9x6 cm), heterogénea, mantendo a morfologia global do baço. Dado o contexto a hipótese mais provável seria de lesão abcedada vs lesão tumoral necrótica. Serologias para hidatidose, HIV e hepatite B/C:



negativas. Após vacinação para agentes bacterianos capsulados foi submetido eletivamente a esplenectomia total laparoscópica. Alta ao 4º dia pós-operatório. Resultado anatomopatológico: linfoma marginal esplênico (LME). Referenciado para a consulta de Hematologia (QT). Último follow-up 10 meses pós-operatórios – sem evidência de recidiva ou complicações da cirurgia. **Discussão:** O LME representa 1% de todos os linfomas. Esplenomegália é universal, geralmente sem adenopatias associadas. A esplenectomia tem sido considerado o tratamento de escolha em dentes sintomáticos mas fármacos como o rituximab têm vindo a ser usados como opção terapêutica.

HOSPITAL: Hospital Beatriz Ângelo

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Mariana Sousa; Marisa Peralta; Joana Bárto; Marta Santos; Gonçalo Luz; Rita Garrido; Rui Maio

CONTACTO: Mariana Rosa Ferreira Sousa

EMAIL: marianarosasousa87@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 404)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Polimastia – A Propósito de um Caso Clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A polimastia está presente em cerca de 1% na população geral, e apesar de rara está entre as mais frequentes anomalias de desenvolvimento das mamas. O tecido mamário ectópico sofre as mesmas alterações fisiológicas e patológicas da glândula mamária tópica, que podem ser benignas ou malignas. O tratamento recomendado é a excisão total do tecido mamário ectópico. Os autores relatam o caso de uma mulher de 40 anos de idade com queixas de tumefação axilar bilateral com saída de secreção láctea durante o puerpério. Foi confirmada a presença de mamas ectópicas axilares bilaterais e submetida a exérese.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

CAPÍTULO: Cirurgia Mamária

AUTORES: Liberal, M.; Canotilho, R.; Louro, H.; Leite, M.; Esteves, J.; Pereira, B.; Maciel, J.

CONTACTO: Maria do Sameiro Liberal

EMAIL: maria.liberal@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 220)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Quando a espinha de peixe é causa de oclusão intestinal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A ingestão de corpos estranhos é mais comum em crianças. Quando ocorre em adultos é mais frequente em doentes psiquiátricos, reclusos e idosos. Os corpos estranhos mais frequentemente encontrados são os palitos, espinhas e fragmentos de ossos. Revisões casuísticas demonstram que 70-80% passam incólumes no aparelho gastrointestinal, 20% são recuperados endoscopicamente, apenas 4% necessitam de cirurgia e menos de 1% ocorrem com perfuração. As áreas mais afectadas são as anatomicamente estreitas,

anguladas ou em fundo de saco, envolvendo frequentemente a área ileocecal, a transição rectossigmóide, o esófago e, raramente, o estômago. **Material e Métodos:** Sexo feminino de 73 anos. Recorreu ao SU por quadro de distensão e dor abdominal, associada a náuseas. À observação inicial, doente com defesa abdominal e instalação de choque séptico, com provável ponto de partida intra-abdominal. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, e alterações da coagulação por estar anticoagulada com varfarina. Fez TC que evidencia perfuração de víscera oca, com distensão de delgado a montante de zona estenótica. Submetida a laparotomia exploradora com evidência de peritonite fecal por perfuração de ileon proximal com espinha de peixe. **Discussão:** Em casos em que a perfuração afecta o cólon ou o estômago, a sua apresentação tem-se demonstrado mais insidiosa, mas quando estamos perante um quadro de desenvolvimento de abdómen agudo por peritonite, a intervenção cirúrgica torna-se urgente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Algarve, EPE

SERVIÇO: Cirurgia 2

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Melo J; Veiga D; Cunha M; Sousa S; Baptista V; Rivero A; Cartucho D; Americano M

CONTACTO: João Pedro Melo Neves

EMAIL: jmeloneves@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 540)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Função renal perioperatória no doente diabético**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O impacto da cirurgia de controlo de foco infeccioso na homeostasia renal não está definido e poderá ser importante na estratificação de prognóstico. O nosso objetivo é avaliar o impacto da variação da função renal perioperatória na sobrevida dos doentes diabéticos **Material e Métodos:** Avaliação retrospectiva de doentes consecutivos internados Dez/2012 e Jun/2016 com código ICD9 de diabetes e submetidos a cirurgia por infecção dos membros inferiores (desbridamento sob anestesia, amputação menor ou maior). Foi calculada a variação de creatinénia peri-operatória. Usada estatística não paramétrica e análise multivariada com regressão logística, controlando para sexo, idade, HbA1c e insulino terapia. Significância para valor-p < 0.05. **Resultados:** Incluídos 189 doentes com idade média de 69 anos (IQR 62 – 77). Realizadas 381 cirurgias (desbridamento 18%, amputação menor 58%, amputação maior 24%). O óbito está significativamente associado ao tipo de cirurgia (p 0.02) mas não à variação de creatinina (p < 0.05). A sobrevida associada a amputação transfemoral é significativamente mais baixa que com os outros procedimentos (p < 0.05). Em regressão multivariada a variação de creatinina não está significativamente associada ao óbito. **Discussão:** Estes resultados permitem concluir que a variação perioperatória da creatinénia não está associada a alteração da sobrevida. Doentes submetidos a amputação transfemoral correspondem a um subgrupo com pior sobrevida e que devem por isso merecer uma abordagem diferenciada.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

SERVIÇO: Cirurgia B (1)

CAPÍTULO: Investigação básica



AUTORES: António Sampaio Soares (1), Ana Alagoa João (1), David Aparício (1), Marta Fragoso (1), Rui Marinho (1), Ricardo Rocha (1), António Gomes (1), Wilma Dias (1), Vítor Nunes (1)
CONTACTO: António Sampaio Soares
EMAIL: antoniosampaiosoares@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 567)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Leiomiossarcoma do Mesentério**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os leiomiossarcomas são entidades patológicas extremamente raras apresentando, uma incidência de 1/350.000. O leiomiossarcoma do mesentério é mais frequentes em indivíduos de meia-idade. Os diagnósticos diferenciais incluem o GIST, tumor miofibroblástico maligno, lipossarcoma e linfoma e a realização de testes de imuno-histoquímica e genéticos permitem diagnóstico definitivo. **Material e Métodos:** Homem de 55 anos, recorreu ao SU por quadro de dor abdominal com 2 semanas de evolução e progressivo agravamento, acompanhada de vômitos, paragem de emissão de gases e fezes e febre. Ao exame objetivo apresentava: taquicardia, hipotensão, taquipneia e dor difusa à palpação abdominal e à descompressão. O Rx do abdómen em pé evidencia imagens sugestivas de níveis hidroaéreos de intestino delgado e a TC descreve a presença de alterações inflamatórias mesentéricas e distensão de ansas jejunais. Submetido o laparotomia exploradora. Presença de peritonite generalizada e de lesão nodular mesentérica com 7cm de maior diâmetro. Realizada enterectomia segmentar O resultado anatomo-patológico: sarcoma fusocelular de alto grau, do mesentério e do íleon com diferenciação muscular – leiomiossarcoma, com invasão da parede do órgão, ulceração da mucosa e rotura transmural. **Discussão:** A taxa de sobrevivência global, dos leiomiossarcomas do mesentério, de 5 anos é de apenas 20-30%, pois, são geralmente indetetáveis até a uma fase tardia da doença.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: V. Bettencourt; R. Rainho; H. Perez; M. Mega; A. Gouveia
CONTACTO: Vanessa Bettencourt
EMAIL: vcbettencourt@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 446)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Monsters, Inc: Tumores Sólidos Pseudopapilares do Pâncreas**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores sólidos pseudopapilares do pâncreas (TSPP) são pouco frequentes (0.13 a 3% dos T. pancreáticos), e de etiologia desconhecida. Descritos em 1959 só em 1996 foram definidos pela OMS como uma entidade. Apresentam reduzida incidência de metastização com sobrevida global de 95% aos 5 anos. Afectam preferencialmente mulheres (M:H de 10:1) e localizam-se sobretudo na cauda do pâncreas **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de vários parâmetros clinico-patológicos, de doentes com o diagnóstico histo-

lógico de TSPP entre 2006 e 2016 **Resultados:** A série apresenta 8 casos, com predomínio do sexo feminino (7M:1H), com idade média de 31 anos. Todos os doentes eram assintomáticos. Imagiologicamente a lesão era sólida em 2 e heterogénea em 5. A PAAF foi realizada em 5 doentes. A distribuição da localização era cabeça 2, corpo 2 e cauda 4, pelo que a cirurgia realizada foi duodenopancreatectomia cefálica (2), pancreatectomia distal (1) e esplenopancreatectomia distal (5, 3 dos quais por via laparoscópica); não houve mortalidade e a morbilidade foi de 25%. A histologia final revelou carcinoma pseudopapilar em apenas um caso. Todos os doentes encontram-se vivos, com follow-up médio de 28 meses **Discussão:** Nos TSPP, a cirurgia de ressecção é o único tratamento eficaz e responsável pelo bom prognóstico associado a este tipo de lesões, pelo que deve constituir a opção terapêutica preferencial. Dado a cirurgia pancreática estar associada a elevada morbilidade, estes devem ser orientados para unidades de referência

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Beatriz Caldeira, Cristina Fernandes, Tiago Machado, Manuel Oliveira, Marinho Almeida, Renato Bessa Melo, Luís Graça, José Costa Maia
CONTACTO: Ana Beatriz Mendes Caldeira
EMAIL: caldeirabeatriz@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 388)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Tumores secretores de catecolaminas: revisão a propósito de um caso clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores secretores de catecolaminas têm origem em células cromafins da supra-renal – feocromocitomas – e em gânglios simpáticos/parassimpáticos, de localização extra-adrenal – paragangliomas. Pretende-se mostrar uma forma de apresentação rara deste tipo de tumores (paraganglioma, não sintomático) juntamente com a análise dos casos do serviço. **Material e Métodos:** Caso clínico; revisão dos casos de feocromocitomas e paragangliomas no serviço entre Janeiro de 2010 a Junho de 2016 **Resultados:** Homem, 45 anos, há 4 meses com massa abdominal de crescimento progressivo, indolor. Sem outros sintomas, sem antecedentes relevantes. TC AP: “massa aparentemente retroperitoneal com 98x72x75mm, com pontos de clivagem com as estruturas adjacentes”. A abordagem inicial laparoscópica permitiu uma disseção fina das estruturas adjacentes e, posteriormente, laparotómica por dificuldades na mobilização e acesso à região posterior da massa. Episódio hipertensivo intra-operatório (270/140mmHg). Anatomia patológica: “paraganglioma”. No tempo mencionado, registámos 6 casos no serviço: 83,3% de feocromocitomas e 16.7% paragangliomas. A idade média foi de 41 anos, sem predomínio de sexo. A apresentação clínica foi sintomática em 50% dos casos, com predominância de picos hipertensivos paroxísticos, cefaleias e palpitações. A intervenção cirúrgica foi laparoscópica em 33% dos casos, com 16.6% de taxa de conversão. **Discussão:** Apesar de apresentação assintomática, não excluir diagnóstico de paraganglioma no estudo de massa abdominal.

HOSPITAL: Hospital de Santarém, EPE



SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Martins, Sónia; Lima, José; Costa, Joaquim; Freitas, Albino; Sintra, Paulo
CONTACTO: Sónia Alexandra Fortuna Martins
EMAIL: soniaafmartins@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 181)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Pseudomixoma Peritoneal Secundário a Adenocarcinoma Mucinoso do Cólon Transverso**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O pseudomixoma peritoneal representa uma entidade rara, caracterizada pela presença de múltiplos implantes peritoneais de mucina, que pode ser assintomática até estadios avançados. **Material e Métodos:** Apresentamos o caso clínico de um homem, de 87 anos, que recorreu ao serviço de urgência por síncope e quadro compatível com sub-oclusão. Ao exame objectivo observada distensão abdominal significativa, dor abdominal difusa à palpação e reação peritoneal nos quadrantes direitos. **Resultados:** Realizada TC abdomino-pélvica que revelou provável neoplasia do cólon transverso, carcinomatose peritoneal e necrose parietal do cólon direito e ângulo esplénico. Decidida laparotomia exploradora em contexto de urgência, tendo-se verificado múltiplos implantes de mucina no peritoneu e grande epíloon e necrose da parede do cólon ascendente e ângulo esplénico. Apêndice íleo-cecal sem alterações, não se constatando evidente localização do tumor primário. Procedeu-se a ressecção do grande epíloon e a colectomia sub-total com ileostomia terminal. A anatomia patológica revelou adenocarcinoma mucinoso do cólon transverso, bem diferenciado, pT4aN1cM1b. **Discussão:** O pseudomixoma peritoneal constitui uma patologia de difícil diagnóstico, frequentemente identificada intra-operatoriamente e que acarreta mau prognóstico, especialmente quando associada a oclusão intestinal por compressão extrínseca. Estão descritos na literatura poucos casos de origem em tumores primários do cólon, sendo a maioria proveniente de tumores do apêndice íleo-cecal.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira
SERVIÇO: (1) Hospital Vila Franca de Xira – Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Rita Martelo (1), Cláudia Marques (1), João Morais (1), Angeles Rábago (1), Clara Fonseca (1), Francisco Rodrigues (1)
CONTACTO: Rita Martelo
EMAIL: ritamrmartelo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 576)

SESSÃO: PO 12

TÍTULO: **Perfurações Esofágicas – A casuística do Serviço**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A perfuração esofágica é uma entidade clínica rara, com elevada taxa de morbi-mortalidade, causada maioritariamente por iatrogenia e ruptura espontânea. Apresenta uma clínica variada, dependente da localização, etiologia, duração e grau de contaminação local. O Dx é feito através da clínica e EAD, destacando-

-se a TC com contraste oral. A escolha entre tx conservador e cx assenta em critérios bem definidos e tem por base fatores locais associados à lesão e ao doente, devendo ser tomada a mais precocem/possível, assumindo uma equipa multidisciplinar, experiente, dispondo das infra-estruturas necessárias. Este trabalho tem como objetivo a avaliação multi-fatorial da casuística do serviço no que diz respeito à epidemiologia, sintomatologia, localização, etiologia, tipo de tx efetuado e morbi-mortalidade associada. **Material e Métodos:** Entre 2000-2015, um total de 22 doentes (68% sexo masc, idade média 61 anos) foram internados no Serviço por perfuração esofágica. **Resultados:** A dor de variável localização foi o sintoma cardinal de apresentação da perfuração, que se localizou mais frequentemente no esófago abdominal e foi causada mais vezes por ingestão de corpo estranho (50%). 15 dos nossos doentes foram submetidos a intervenção cx. A taxa de morbilidade foi de 41% e a mortalidade global de 32%. **Discussão:** A casuística observada permite demonstrar epidemiologia, sintomatologia e mortalidade sobreponíveis à literatura, uma taxa de morbilidade importante, expectável neste grupo de doentes, e alerta-nos para a importância de um dx e decisão terapêutica atempadas.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Centro Hospitalar Entre-Douro-e-Vouga
CAPÍTULO: Cirurgia Esofago-Gástrica
AUTORES: Leonor Matos; Tiago Fonseca; Tiago Ferreira; António José Reis; Marta Guimarães; Rui Ferreira de Almeida; Artur Trovão; Gil Gonçalves; Mário Nora
CONTACTO: Leonor Matos
EMAIL: leonormatos@hotmail.com

SALA 10 2017-03-17 08:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 318)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Análise de fatores preditivos de sobrevida – impacto da idade – na cirurgia de neoplasias malignas do pâncreas e confluente biliopancreático – Estudo coorte**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia é o único tratamento potencialmente curativo das neoplasias malignas pancreáticas e do confluente bilio-pancreático, pelo que é relevante identificar fatores preditivos de sobrevida. **Material e Métodos:** Estudo coorte retrospectivo de doentes submetidos a cirurgia de neoplasias malignas bilio-pancreáticas, selecionados em reunião multidisciplinar, entre Janeiro de 2012 e Junho de 2016. Follow-up até Setembro de 2016. Análise de sobrevida com curva de Kaplan-Meier e regressão de Cox. Analisada a influência na sobrevida de idade ≥ 80 , estadio TNM, neoplasias da Ampola, Clavien-Dindo \leq IIIb e \geq IV e CA $19.9 \geq 200$. **Resultados:** Das 67 cirurgias pancreáticas, 40 (61%) foram oncológicas. Dos 40 doentes, 22 eram do género masculino. A idade média foi 71 anos. 32/40 foram submetidos a DPC, 5 a pancreatectomia total e 3 a pancreatectomia corpocaudal. Histologicamente: 29 adenocarcinomas do pâncreas/via biliar distal e 11 adenocarcinomas da ampola. Pela classificação de Clavien-Dindo, 51,9% tiveram \leq IIIb e 46,2% \geq IV. A mortalidade aos 30 dias foi 4.9% e aos 90 dias 10%.



Dos fatores analisados apenas a idade ≥ 80 ($P=0.018$) revelou associação com significado estatístico. No grupo de doentes com idade ≥ 80 a mortalidade aos 30 dias foi de 0% e aos 90 dias 3%. **Discussão:** A idade ≥ 80 anos está associada a menor sobrevida em doentes operados a neoplasias do confluente bilio-pancreático e deve ser considerada na decisão terapêutica.

HOSPITAL: Hospital Beatriz Ângelo
SERVIÇO: Serviço Cirurgia Geral (1), Serviço Gastroenterologia (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Cunha C. (1), Costa Santos M. (2), Ferreira A. (2), Ferreira, M. (1), Oliveira, P. (1), Roque, R. (1), Cravo, M. (2), Maio R. (1)
CONTACTO: Cátia Andreia Fernandes da Cunha
EMAIL: catiacunha_2@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 364)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Pancreatectomia Corpo-Caudal Laparoscópica com Preservação Esplénica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As neoplasias mucinosas císticas constituem 15-30% das neoplasias císticas pancreáticas. Manifestam-se, predominantemente, em mulheres perimenopausicas (95%) e localizam-se no corpo e cauda do pâncreas (97%). A maioria é assintomática, sendo o diagnóstico incidental. O risco de malignidade ocorre até 40% na altura do diagnóstico. **Material e Métodos:** Os autores apresentam este caso clínico pelo aumento da incidência do seu diagnóstico e pela necessidade de seleção de doentes a propor vigilância ou cirurgia. **Resultados:** Caso clínico de doente do sexo feminino, de 70 anos, com antecedentes de colite ulcerosa. Referenciada à consulta por neoplasia cística pancreática. O estudo com TC e RM pancreáticas revelou “no corpo do pâncreas massa com 3.5 cm, que apresenta septos espessos e componente sólido captante, sugestivo de tumor mucinoso. A cauda do pâncreas apresenta atrofia parenquimatosa, parecendo haver dilatação do ducto Wirsung a montante”. Os marcadores tumorais eram normais. A doente foi submetida a pancreatectomia corpo caudal (PCC) com preservação esplénica por via laparoscópica, sem intercorrências, tendo tido alta ao 4º dia de pós-operatório. **Discussão:** Devido ao potencial de malignidade associado, a cirurgia encontra-se indicada em todas as lesões sintomáticas, com tamanho > 3 cm ou componente sólido. Nos tumores do corpo ou cauda do pâncreas, a PCC laparoscópica constitui a opção cirúrgica de eleição. A preservação esplénica, apesar de mais exigente, evita as complicações associadas à esplenectomia.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Sara Lourenço, Hugo Ribeiro, Vera Oliveira, Tiago Ferreira, Domingos Rodrigues, Alexandre Alves, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Sara Ferreira Pinto Lourenço
EMAIL: saraplourenco@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 484)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Adenocarcinoma do jejuno – Caso Clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os autores apresentam o caso de uma mulher de 77 anos operada por tumor do jejuno proximal. **Material e Métodos:** Trata-se de uma mulher sem cirurgias prévias, com quadro com 6 meses de evolução de vômitos pós-prandiais precoces e perda ponderal. Foi efetuado estudo com TC TAP que não mostrou lesão obstrutiva. Realizou transito esôfago gastroduodenal e delgado que revelou distensão de ansas duodenais até ao ângulo de Treitz, onde se definia zona de estenose irregular, sugestiva de lesão orgânica. Realizou posteriormente EDA que revelou na transição D3/D4 mucosa congestionada e infiltrada condicionando estenose; foram realizadas biópsias que revelaram infiltrado inflamatório crónico inespecífico, sem neoplasia na amostra. Proposta para cirurgia: ressecção segmentar de delgado com entero-enterostomia mecânica por neoplasia do jejuno proximal com cerca de 4cm e biópsia excisional de adenopatia do grande epiploon. **Resultados:** O pós-operatório decorreu sem intercorrências. O resultado anatomopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado do intestino delgado em pT3N1M1. Avaliada por Oncologia, iniciou QT paliativa com capecitabina. **Discussão:** Os tumores do intestino delgado representam menos de 10% dos tumores gastrointestinais. Apenas metade destes tumores são adenocarcinomas e a localização mais frequente é o duodeno. Apresentam-se geralmente com sintomas obstrutivos ou hemorragia digestiva. Os tumores do jejuno e íleon são na maioria dos casos ressecáveis.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral(1), Serviço de Medicina Interna(2)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Maria João Jervis(1), João Castro(1), Patricia Soares(2), Regina Candeias(1), Luis Gabriel(1)
CONTACTO: Maria João Jervis
EMAIL: mariajoaojervis@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 174)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Necrose gástrica aguda**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A necrose gástrica aguda é uma entidade clínica extremamente rara, com poucas referências na literatura. A forma de apresentação é catastrófica, sendo imperativo o diagnóstico atempado e o tratamento cirúrgico urgente. Descreve-se um caso clínico de uma mulher de 25 anos, nacionalidade alemã, antecedentes patológicos irrelevantes, trazida ao Serviço de Urgência por quadro de dor epigástrica intensa, com 1 dia de evolução. À admissão, a doente apresentava critérios de sépsis grave, com acidemia metabólica e hiperlactacidemia (lactatos de 12.9), hipotensão arterial e oligúria. Ao exame objetivo, apresentava emagrecimento marcado, abdómen doloroso difusamente à palpação, sem defesa e com onda líquida presente. Realizou tomografia computadorizada abdominal que revelou pneumoperitônio e líquido livre intra-abdominal. Foi submetida a laparotomia exploradora de urgência, tendo sido identificado necrose



da grande curvatura gástrica com perfuração. Procedeu-se a uma gastrectomia vertical atípica. Por apresentar disfunção multiorgânica, foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos. Ao 13º dia teve alta deste Serviço e foi transferida para o país de origem.

HOSPITAL: Hospital Dr Nelio Mendonça
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Menezes, F.; Viveiros, R.; Olim, M.; Fernandes, D; Teixeira, H.; Barreto, R.; Reis, M.; Subotin, I; Pestana, M.; Jasmims, F.
CONTACTO: Florentina Menezes
EMAIL: menezes.florentina@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 158)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Invaginação intestinal – um desafio diagnóstico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A invaginação intestinal é uma causa rara de oclusão intestinal nos adultos por isso na maior parte dos casos o diagnóstico é difícil pelo baixo grau de suspeição. Ao contrário da idade pediátrica, a sua forma de apresentação nos adultos é insidiosa. Deve-se geralmente a uma lesão intraluminal e a localização mais frequente é a ileo-cólica, seguida pela ileo-ileal. **Material e Métodos:** Apresento o caso de uma doente, do sexo feminino, 41 anos, saudável, admitida no serviço de urgência por subocclusão intestinal com 2 semanas de evolução. No decorrer da investigação verificou-se o aumento dos parâmetros inflamatórios e imagem patognomónica na TC abdominal de invaginação intestinal do intestino delgado. Foi submetida a ressecção segmentar do intestino delgado. **Resultados:** A anatomia patológica revelou proliferação miofibroblástica benigna. **Discussão:** A invaginação intestinal em adultos é uma condição que desafia o cirurgião, tanto em relação ao diagnóstico, quanto à abordagem adequada. Por ser quase sempre associada a uma lesão orgânica requer tratamento cirúrgico. Ressecções oncológicas devem ser realizadas nos casos de invaginação ileo-cólica e colo-cólica pela possibilidade de malignidade. Já as lesões do intestino delgado normalmente são benignas.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Egas Moniz ; (2) Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Sta Cruz
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Vanessa Capella (1);Fátima Borges Coelho(1); Rui Mendes(1); Nuno Rombo(2);Carlos Costa(1)
CONTACTO: Vanessa Capella
EMAIL: capellavanessa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 64)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Quisto Branquial no Adulto**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os quistos branquiais são lesões congénitas e benignas, resultantes da falência na obliteração de uma fenda branquial durante o desenvolvimento embrionário. A sua incidência é desconhecida, constituindo a principal causa congénita de massas cervicais. Clinicamente apresentam-se por uma tumora-

ção laterocervical, não dolorosa, podendo associar-se a sintomas compressivos ou de infecção local. **Material e Métodos:** Os autores apresentam o caso de uma mulher de 31 anos referenciada por massa laterocervical direita, de 4 cm, consistência elástica, sem tensão ou pulsatilidade, não dolorosa, sem outros sintomas. Realizou TC-cervical que revelou lesão quística, de 35 mm, entre o músculo esternocleidomastoideu e a glândula submaxilar, sem aspecto infiltrativo, mas com compressão da veia jugular interna. Colocada a hipótese de quisto branquial do 2º arco, propondo-se cirurgia de ressecção. **Resultados:** Submetida a excisão completa de lesão. No pós-operatório sem complicações, com alta ao 1º dia. O exame histológico confirmou o diagnóstico de quisto branquial. Aos 18 meses, a doente encontra-se bem, sem recidiva. **Discussão:** Embora benignos, os quistos branquiais podem estar associados a sintomas compressivos e de infecção que podem comprometer estruturas vasculonervosas locais. A investigação clinicoimagiológica deve conduzir à excisão completa da lesão, para evitar a recidiva local e o comprometimento de estruturas vitais. O tratamento cirúrgico é, neste sentido, uma opção terapêutica válida e segura com taxas de recorrência de 3%.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (1)
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Ana Logrado (1), Júlio Constantino (1), Ana Oliveira (1), Carlos Casimiro (1)
CONTACTO: Ana Logrado
EMAIL: anacristina.logrado@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 288)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Ileus Biliar: um caso involgar**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Ileus Biliar constitui uma causa rara de obstrução intestinal. A apresentação clássica é a tríade de Rigler: oclusão do delgado, cálculo fora da vesícula biliar e aerobilia. **Material e Métodos:** Doente do sexo feminino, 71 anos, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal difusa com 18 horas de evolução, associada a vômitos alimentares e diarreia. Ao exame objetivo: abdómen difusamente doloroso, com sinais de irritação peritoneal. No estudo imagiológico realizado apresentava aerobilia em aparente relação com fistula bilio-entérica e dilatação de ansas de delgado com zonas de espessamento parietal, bem como presença de líquido ascítico na região peri-hepática e peri-esplénica. A doente foi submetida a laparotomia com identificação de fistula colecisto-duodenal justa-pilórica, oclusão intestinal por cálculo intraluminal na transição jejuno-ileal e perfuração diastática de ansa jejunal, tendo sido submetida a colecistectomia, piloroplastia de tipo Heineke-Mikulicz e enterectomia segmentar. **Resultados:** Alta ao 15º dia pós-operatório, sem intercorrências. **Discussão:** O tratamento cirúrgico do ileus biliar assenta na enterotomia e remoção do cálculo biliar, associada ou não a ressecção intestinal. Contudo, a resolução da fistula colecisto-entérica é tema de debate, não havendo consenso na literatura, parecendo haver vantagens na sua resolução diferida. As recomendações acerca da abordagem mais apropriada são escassas e a literatura



cinge-se essencialmente a pequenos estudos retrospectivos e case-reports.

HOSPITAL: Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Guimarães, N; Ferreira, M; Ribeiro, M; Neves, J; Morais, H; Melo, F; Pinho, J; Vieira, V; Azenha, N; Borges, I; Dias, R; Fonseca, A; Cecílio, JV; Matos, A; Conceição, L.

CONTACTO: Narcisa Guimarães

EMAIL: narcisa.guimaraes@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 208)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Uma indicação operatória para tireoidectomia**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Para além da abordagem cirúrgica do hipertiroidismo existem opções medicas cujas complicações podem ser graves. **Material e Métodos:** Apresentamos um caso de uma doente com hipertiroidismo tratado com anti tiroideus de síntese complicado de agranulocitose. A abordagem da complicação decorreu em regime de internamento com evolução favorável. **Resultados:** Após a remissão da agranulocitose foi induzido o estado de eutiroidismo e foi realizada a tireoidectomia total que decorreu sem complicações. **Discussão:** Uma vez escolhido o tratamento não cirúrgico devemos estar cientes das complicações possíveis embora raras do mesmo. Perante as complicações o tratamento cirúrgico é a única opção viável.

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Mikhail Costa, Joana Simões, Filipe Borges, Claudia Pereira, Isabel Nascimento, João Corte Real

CONTACTO: Mikhail Costa

EMAIL: hellobaxtis@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 401)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Cirurgia de Ressecção Hepática – Casuística 2011-2015**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia de ressecção hepática é o tratamento de eleição para a maioria das neoplasias primárias do fígado e tumores metastáticos. Este tipo de cirurgia está classicamente associado a elevadas taxas de morbi-mortalidade. **Objectivo:** Analisar a experiência de uma unidade especializada em cirurgia de ressecção hepática nos últimos 5 anos. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo obtido através de consulta dos processos clínicos de todos os doentes submetidos a hepatectomia (excluídas biópsias e lesões císticas) entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2015. **Resultados:** Foram submetidos a ressecção hepática, durante este período, 387 doentes. A idade média foi de 59 anos. A maioria (343 doentes) foi classificada como ASA II e III. A patologia maligna foi a principal indicação para ressecção hepática – 160 doentes com metástases hepáticas de carcinoma colo-rectal, 44 com metástases de outros primários e 42 por hepatocarcinoma. A abordagem por laparotomia foi opção em 86% das intervenções. Foram submetidos a

hepatectomia major 62 doentes. A taxa global de complicações foi de 39%, com 2,8% dos casos classificados como Grau IVb e V, segundo a Classificação Clavien-Dindo. Presença de fístula biliar em 6,2% dos doentes e insuficiência hepática em 6,7% dos doentes. A taxa de mortalidade foi de 1,8%. **Discussão:** Os nossos resultados demonstram a importância dos centros de referência no tratamento destes doentes permitindo realizar este tipo de cirurgia com baixa de taxa mortalidade e de complicações graves.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Cristina Fernandes, Renato Bessa Melo, Fabiana Sousa, Ana B. Caldeira, Luís Graça, José Costa Maia

CONTACTO: Cristina Jesus Costa Fernandes

EMAIL: cris87ster@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 192)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Tumor neuroendócrino primário do fígado: um diagnóstico raro**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores neuroendócrinos (TNE) hepáticos primários têm origem no epitélio dos canais biliares intra-hepáticos, são muito raros e apresentam um crescimento lento, tornando-se clinicamente evidentes nos estadios avançados ou se funcionantes. A maioria é detetada incidentalmente. **Resultados:** Caso Clínico: Doente de 38 anos, ex-toxicod dependente, realizou ecografia que revelou nódulo hepático com 16 mm nos segmentos 2 e 3, impossível de caracterizar imagiológicamente por maus acessos periféricos e claustrofobia, optando-se pela sua ressecção. O exame histológico revelou um TNE, G2. Foi excluída outra possível origem primária, e no seguimento realizou PET-DOTANOC que revelou apenas a presença de adenopatia suspeita no hilo hepático. Foi, assim, proposto para linfadenectomia do hilo hepático. O exame histológico revelou metástase ganglionar de TNE primário do fígado. A cromogranina A manteve valores normais. Em Consulta Multidisciplinar Oncológica optou-se por vigilância. **Discussão:** Os TNE hepáticos primários, pela raridade, implicam dificuldades no diagnóstico e seguimento. A TC e a RMN não conseguem ser conclusivas no diagnóstico diferencial, necessitando de ressecção para o diagnóstico definitivo, mas conseguem predizer o grau e o risco de malignidade. Na ausência de metastização, a ressecção parece ser suficiente, mas há dúvidas relativamente à necessidade de quimioterapia adjuvante nos que apresentam metástases ganglionares.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Líliliana Duarte, Sara Catarino, Júlio Constantino, Jorge Pereira, Carlos Casimiro

CONTACTO: Líliliana Duarte

EMAIL: lillianacaduarte@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 504)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Hérnia traumática diafragmática: uma apresentação tardia**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As hérnias diafragmáticas traumáticas são incomuns, e difíceis de diagnosticar precocemente. Quando não diagnosticadas após o traumatismo (em até 61%), podem apresentar-se meses ou anos após, com vísceras abdominais encarceradas ou estranguladas, necessitando de um alto grau de suspeição clínica para o diagnóstico. Apresenta-se um caso de oclusão intestinal, associado a hérnia diafragmática traumática **Resultados:** Masculino, 82 anos, recorreu ao SU por quadro de dor abdominal nos quadrantes superiores, com 2 dias de evolução, associada a náuseas, vômitos e obstipação. No raio X abdominal simples de pé verificaram-se níveis hidroaéreos no hipocôndrio direito e suspeita de conteúdo intestinal no hemitórax. Confirmou-se hérnia diafragmática direita através de TAC toraco-abdominal. Realizou-se laparotomia exploradora com enterectomia segmentar e rafia diafragmática, por hérnia diafragmática estrangulada posterior direita. Iniciou dieta oral no 4º dia e trânsito intestinal ao 8º dia pós-operatório. No 15º dia colocou-se um dreno torácico por derrame pleural direito. Alta ao 20º dia, com oxigenoterapia de curta duração **Discussão:** Oclusão intestinal é uma forma rara de apresentação das hérnias diafragmáticas, sendo o diagnóstico essencialmente por suspeição clínica, associado a técnicas de imagem. A mortalidade observada nas hérnias diafragmáticas é alta (até 31%), se o diagnóstico for tardio. No presente caso clínico as complicações observadas estão dentro do espectável, com a recuperação funcional normal para a idade

HOSPITAL: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Joana Isabel Almeida, Vânia Fernandes, Licínio Soares, Teresa Mónica Rocha, João Pinto-de-Sousa
CONTACTO: Joana Isabel da Silva Almeida
EMAIL: joana.isalmeida89@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 180)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Carcinomatose Peritoneal de Origem Tiroideia**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A metastização à distância do carcinoma diferenciado da tiróide é geralmente causada por um carcinoma folicular, sendo os órgãos predominantemente atingidos pulmão e osso. Os autores apresentam um caso de carcinomatose peritoneal causada por neoplasia maligna de epitélio tiroideu. Mulher, 66A, hemitiroidectomia direita em 2002 com diagnóstico de adenoma folicular. Em 2012, por cefaleias e desequilíbrio, fez TC-CE que revelou lesão frontal esquerda. Após craniotomia o diagnóstico histológico sugere carcinoma do epitélio folicular tiróide. TC-TAP: metástases pulmonares, volumosa massa pélvica. Foi submetida a colectomia transversa, anexetomia esquerda e remoção de implante do fundo de saco de Douglas; em todos estes tecidos foram detectadas metástases com origem no epitélio folicular tiroideu. Tiroidectomia restante revelou microcarcinoma papilar e carcinoma folicular mini-

mamente invasivo. Fez duas terapêuticas com 5550 MBq de ¹³¹Iodo, e nas cintigrafias corporais totais realizadas após era visível metastização difusa, inclusivamente no esqueleto axial. A doente faleceu em Março 2014. **Discussão:** Embora um struma ovarii maligno seja causa mais frequente de carcinoma tiroideu anexial, admite-se que o carcinoma primário teve origem na tiróide uma vez que na massa ovárica não foram encontrados outros elementos teratomatosos nem tecido tiroideu normal; a doente tinha presença de malignidade intratiroideia e de doença metastática difusa óssea e pulmonar. De realçar a extrema raridade deste caso clínico.

HOSPITAL: Hospital Dr Nelio Mendonça
SERVIÇO: Cirurgia Geral, Endocrinologia (1)
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Maria Olim Sousa, D. Fernandes, R. Viveiros, R. Tibúrcio, H. Teixeira, F. Menezes, E. Resende (1) C. Moreira, M. Pestana, L. Ferreira, F. Jasmins
CONTACTO: Maria Olim Sousa
EMAIL: mariaolimsousa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 569)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Lesão Traumática Ano-Rectal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A maioria das lesões rectais são desencadeadas em mais de 80% por ferimentos de arma de fogo e seguidamente por lesões de empalamento, lesões iatrogénicas ou por corpos estranhos. **Material e Métodos:** Apresentamos um caso raro de um doente de 46 anos de idade vítima de lesão por esmagamento da qual resultou fratura da bacia com disrupção da sínfise púbica, fractura sacroilíaca e avulsão ano-rectal. Foi submetido fixação da bacia, reparação primária ano-rectal e colostomia derivativa sobre vareta. O doente foi encaminhado para o CHUC pela necessidade de realizar angiembolização. Por infecção e deiscência da sutura perineal foi submetido posteriormente a amputação abdominal-perineal. Manteve internamento nos cuidados intensivos com mortalidade por choque séptico e falência multiorgânica **Discussão:** O traumatismo ano-rectal, na presença de fractura pélvica, geralmente ocorre por perfuração do recto pelos ossos da pélvis. No entanto a lesão directa na ausência de fractura pélvica é muito rara.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: V. Bettencourt; H. Perez; H. Gameiro; A. Gouveia
CONTACTO: Vanessa Bettencourt
EMAIL: vcbettencourt@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 407)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Trauma típico do Ribatejo**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Dado o grande número de aficionados por tauromaquia na nossa região, é algo comum o contacto com doentes politraumatizados em consequência de quedas e traumatismos por gado taurino. São por isso comuns não só traumatismos fechados como também perfurantes, por vezes com necessidade de atuação técnica



e cirúrgica imediata. **Resultados:** Sexo masculino, 66 anos, desloca-se ao serviço de urgência dois dias depois de traumatismo perfurante da região nadegueira direita por cornada de touro. Ao exame objetivo, apresentava ferida penetrante na região peri-anal direita, visivelmente conspurcada por fezes. Toque retal com franca laceração retal entre as 6h e as 10h em posição de litotomia. Foi submetido, sob anestesia geral, a exploração, desbridamento e limpeza cirúrgica da ferida penetrante, com drenagem de abscesso peri-anal. Realização de colostomia derivativa em cano de espingarda. No pós-operatório, apresentava uma hipotonicidade esfinteriana anal. Iniciou exercícios de reforço do esfíncter anal ainda no internamento. Reavaliação com melhoria progressiva da tonicidade esfinteriana. Retossigmoidoscopia aos 5 meses de pós-operatório revelou ausência de lesões em toda a mucosa retal. Aos 8 meses de pós-operatório realizou cirurgia para restabelecimento do trânsito gastro-intestinal com anastomose cólica manual topo a topo, que decorreu sem intercorrências. **Discussão:** As lesões por trauma taurino não estão isentas de morbidade e por vezes de mortalidade, e a atuação apropriada deve ser precoce.

HOSPITAL: Hospital de Santarém, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Martins, Sónia; Roque, José; Soares, António; Freitas, Albino; Sintra, Paulo; Lima, José.
CONTACTO: Sónia Alexandra Fortuna Martins
EMAIL: soniaafmartins@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 182)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Sub-oclusão por Tumor de Células Germinativas do Testículo**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Embora o cancro do testículo represente uma neoplasia rara, tem-se verificado um aumento exponencial da sua incidência. **Material e Métodos:** Descrevemos o caso de um homem de 54 anos com antecedentes de exposição embrionária à talidomida, que recorreu ao serviço de urgência por quadro sub-oclusivo com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo constatou-se volumosa massa nos quadrantes abdominais esquerdos. **Resultados:** Apresentava colonoscopia prévia compatível com Doença de Crohn. Realizou TC abdomino-pélvica que revelou massa quística septada com realce periférico nos quadrantes inferiores esquerdos, com compressão de vísceras, indissociável do cólon sigmóide. Colocada a hipótese de abscesso intra-abdominal, tendo iniciado antibioterapia. Por agravamento clínico, reavaliação da TC e suspeita de GIST do intestino delgado com invasão da bexiga. Submetido a laparotomia exploradora urgente tendo-se constatado massa nos quadrantes esquerdos com invasão da bexiga, sigmoideia e apêndice íleo-cecal, que se ressecou em bloco com realização de colostomia terminal temporária. A anatomia patológica revelou tumor de células germinativas misto, com predomínio de tumor do seio endodérmico. Após investigação adicional apurou-se criptorquídia. **Discussão:** A talidomida encontra-se frequentemente associada a criptorquídia, factor de risco conhecido para neoplasias do testículo, habitualmente seminomas. A etiologia dos tumores do seio endodérmico é ainda desconhecida. Sem terapêutica são altamente

agressivos e apresentam elevada mortalidade.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira
SERVIÇO: (1) Hospital de Vila Franca de Xira – Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Rita Martelo (1), Cláudia Marques (1), João Morais (1), Angeles Rábago (1), Clara Fonseca (1), Francisco Rodrigues (1)
CONTACTO: Rita Martelo
EMAIL: ritammartelo@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 546)

SESSÃO: PO 13

TÍTULO: **Abcesso retroperitoneal por perfuração de úlcera duodenal – abordagem individualizada**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O abcesso retroperitoneal em consequência de perfuração do duodeno é uma entidade rara e cujo tratamento deverá ser individualizado. **Resultados:** Sexo masculino, 76 anos com antecedentes de doença quística renal direita e com internamento 10 meses antes por úlcera bulbar não neoplásica complicada por choque hemorrágico (nadir de Hb 2.7 g/dL). Recorreu ao SU por dor epigástrica com cerca de 1 mês de evolução. Sem quadro de abdómen agudo e com elevação dos parâmetros inflamatórios. A TC abdominal documentou perfuração duodenal na sua 3ª porção com fistulização para quisto renal e abscesso retroperitoneal. Optou-se por terapêutica conservadora com melhoria imagiológica da coleção abcedada. Por persistência da fistula entre o duodeno e o quisto renal direito, decidiu-se por intervenção cirúrgica. Intraoperatoriamente identificou-se perfuração ao nível do bulbo duodenal comunicante para o quisto renal. Foi realizada antrectomia com anastomose BII, vagotomia troncular e drenagem do espaço hepatorenal. O pós-operatório decorreu sem complicações, tendo alta clinicamente bem. **Discussão:** Após melhoria do abcesso retroperitoneal sob tratamento conservador, optou-se pela terapêutica cirúrgica realizada em melhores condições de segurança, reforçando que a personalização do tratamento é fundamental.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
SERVIÇO: Cirurgia B (1)
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: António Sampaio Soares (1), Ana Alagoa João (1), David Aparício (1), Marta Fragoso (1), Rui Marinho (1), Ricardo Rocha (1), António Gomes (1), Wilma Dias (1), Vítor Nunes (1)
CONTACTO: António Sampaio Soares
EMAIL: antoniosampaioes@gmail.com

SALA 11 2017-03-17 08:00:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 389)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Ascite pancreática: Caso Clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A ascite pancreática, constitui uma das formas de apresentação do Síndrome de desconexão



de ducto pancreático. Trata-se de uma manifestação rara da pancreatite aguda (3.5% dos casos), relacionada com a rotura de pseudocisto pancreático. Ocorre, mais frequentemente, em homens (3:1), entre os 20-50 anos, com hábitos etílicos marcados. **Material e Métodos:** Os autores apresentam este caso pela sua raridade clínica, como o objetivo de esclarecimento do tratamento a instituir. **Resultados:** Doente de 56 anos, com hábitos etílicos marcados e internamento recente por pancreatite aguda não complicada, é internado por quadro de dor abdominal, anorexia, perda de peso e aumento de perímetro abdominal. Submetido a paracentese evacuadora, cuja bioquímica revelou amilase >3000 U/L. A Colangio RM mostrou "presença de ascite de volume significativo distendendo os diferentes recessos do abdómen e pelve. Pâncreas com aparente disrupção do ducto de Wirsung na transição corpo cauda". Iniciou terapêutica com análogo de somatostatina com melhoria do quadro clínico e redução marcada da ascite, tendo alta ao 13º dia. **Discussão:** A terapêutica médica deve ser iniciada e mantida durante pelo menos 6 semanas, com uma resolução clínica até 50% dos casos. O tratamento endoscópico com colocação de prótese, constitui uma opção nos casos refratários, elevando a eficácia terapêutica para 60-70%. A cirurgia constitui tratamento de última linha, com taxa de sucesso > 80%, devendo ser adaptada ao diâmetro do Wirsung e ao tamanho do remanescente pancreático.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Sara Lourenço, Hugo Ribeiro, Vera Oliveira, Tiago Ferreira, Domingos Rodrigues, Alexandre Alves, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Sara Ferreira Pinto Lourenço
EMAIL: sarafplourenco@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 194)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Síndrome da Artéria Mesentérica Superior como causa de oclusão intestinal alta**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O síndrome da artéria mesentérica superior (SAM) é uma causa rara de oclusão intestinal alta. O SAM deve-se à compressão do duodeno entre a artéria mesentérica superior (AMS) e a aorta. **Resultados:** Aqui reportamos um caso de uma mulher de 31 anos sem antecedentes de relevo que é internada como um quadro de oclusão intestinal alta caracterizada por dor abdominal epigástrica, náuseas e vômitos. Em TAC, verificou-se compressão do duodeno pela AMS. O ângulo aorto-mesentérico era de 10º e a distância aorto-mesentérica de 7mm, compatível com SAM. O episódio foi resolvido com pausa alimentar, drenagem nasogástrica e fluidoterapia. A doente acabou por ter alta assintomática. Cerca de 2 meses depois, a doente apresenta novo quadro de oclusão alta que resolveu com medidas médicas. A doente foi então proposta para tratamento cirúrgico definitivo, tendo sido submetida a duodenojejunostomia electiva. A cirurgia e o pós-operatório decorreram sem complicações e a doente mantém-se livre de sintomas. **Discussão:** O SAM é uma causa rara de oclusão intestinal e é caracterizada por uma angulação acentuada da AMS

sobre o duodeno levando à sua compressão. O SAM está associado a alguns fatores, tais como: perda de peso acentuada, com perda da gordura da raiz dos vasos; correção cirúrgica de escoliose ou crescimento rápido durante a adolescência. O tratamento cirúrgico deste síndrome passa pelo bypass da zona de compressão, seja por duodenojejunostomia, gastrojejunostomia ou desrotação do duodeno.

HOSPITAL: Hospital de Braga
SERVIÇO: Cirurgia Geral do Hospital de Braga
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Ana Franky Carvalho, Margarida Delgado, Humberto Cristino, Maria Conceição Antunes, Sónia Ribas
CONTACTO: Ana Franky Carvalho
EMAIL: arfranky@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 511)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Caso Clínico – Nódulo dominante em bócio multinodular: nem sempre o que parece é**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A existência de uma lesão nodular cervical levanta a suspeita de lesão primária tiroideia. Há casos reportados de extensão directa ao parênquima tiroideu de lesões primárias da faringe, laringe, traqueia e esófago e até de estruturas nervosas, numa minoria de casos. À data, cerca de 100 casos de Schwannoma cervical estão reportados na literatura. **Material e Métodos:** Apresentamos o caso de uma mulher de 63 anos de idade com antecedentes de bócio multinodular que se apresenta na consulta encaminhada do médico de família por queixas rouquidão, disfagia para líquidos e tosse com mais de 4 anos de evolução. A investigação imagiológica subsequente levou à constatação de uma tiroideia globosa compatível com bócio multinodular com uma formação quística septada dominante junto ao pólo inferior do lobo direito com 3,4 x 3,1cm de maiores eixos. A citologia de aspiração por agulha fina revelou aspectos sugestivos de bócio colóide (Bethesda II) à direita e de lesão folicular de significado indeterminado à esquerda (Bethesda III). A doente foi proposta para tiroidectomia total. **Resultados:** Após a cervicotomia de Kocher, constatou-se uma tiróide multinodular associada a massa quística no trajecto do nervo laríngeo recorrente direito, com plano de clivagem com a tiróide. A doente foi submetida a tiroidectomia total com excisão de massa cervical. A anatomia patológica revelou um Schwannoma. **Discussão:** O Schwannoma deve sempre ser tido em conta no diagnóstico diferencial de uma massa cervical.

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta(1), Otorrinolaringologia, Hospital Garcia de Orta (2), Endocrinologia, Hospital Garcia de Orta (3)
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Fróis Borges M(1), Costa M(1), Vaz de Castro J(2), Manita I(3), Nascimento I(1), Corte Real J(1)
CONTACTO: Miguel Fróis Borges
EMAIL: mfróisborges@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 66)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Colocação de Cateter de Derivação Ventrículo-Peritoneal Assistida por Laparoscopia**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colocação de cateteres de derivação ventrículo-peritoneal (DVP) constitui um procedimento realizado pela neurocirurgia em contexto de hidrocefalia sintomática. Tradicionalmente a colocação do cateter na cavidade abdominal é conseguida por laparotomia realizada pelo neurocirurgião. Recentemente a abordagem abdominal tem vindo a modificar-se, com recurso à laparoscopia em colaboração com a cirurgia geral. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes submetidos a DVP entre Janeiro de 2015 e Novembro de 2016, através da consulta dos processos clínicos de internamento. **Resultados:** Neste período foram realizados 29 procedimentos de DVP, dos quais 21 assistidos por laparoscopia. Observou-se predomínio de doentes do sexo feminino, com uma média de idades de 67 anos, cerca de metade classificados como ASA III. A grande maioria dos procedimentos foi realizada electivamente, com menor tempo de internamento nos procedimentos com laparoscopia. Das 21 DVP por laparoscopia apenas se registou uma complicação pós-operatória e 2 casos a longo prazo. **Discussão:** A utilização de laparoscopia para colocação de cateteres de DVP traz vantagens significativas na abordagem destes doentes. Além dos benefícios evidentes da laparoscopia acrescem a visualização directa do correcto funcionamento do shunt, a menor probabilidade de obstrução do mesmo, assim como menos tempo de cirurgia e de internamento. Embora ainda com poucos casos esta pequena série permite corroborar os bons resultados já demonstrados na literatura mais recente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (1), Neurocirurgia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (2)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Ana Logrado (1), Júlio Constantino (1), Milene Sá (1), Jorge Pereira (1), Francisco Cabrita (2), Carlos Casimiro (1)
CONTACTO: Ana Logrado
EMAIL: anacristina.logrado@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 290)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Gangrena de Fournier: a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Gangrena de Fournier é uma fasciite necrotizante fulminante da região perineal. O seu célere diagnóstico e concomitante tratamento são cruciais na limitação da morbi-mortalidade associados à patologia. **Material e Métodos:** Doente de 64 anos, diabético, recorre ao serviço de urgência por dor anal que relacionava com traumatismo do cóccix por queda 5 dias antes, sem evidência de fratura. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, apirético, com sinais inflamatórios do escroto e das regiões perianal e inguinal direita, com zonas de enfisema subcutâneo. À admissão apresentava FGSI 0, LRINEC 4, BSA 8%. O doente foi submetido a desbridamento cirúrgico no

dia da admissão com drenagem de abscesso perianal e desbridamento do escroto, assim como da região inguinal e flanco direito. O pós-operatório imediato decorreu com instabilidade hemodinâmica, que condicionou a necessidade de desbridamentos cirúrgicos adicionais. **Resultados:** Manteve cuidados de penso, antibioterapia e medidas de suporte. O exame bacteriológico isolou E. Coli e Bacteroides Ovatus. Alta ao 28º dia de internamento, melhorado. Em consulta de seguimento apresentava-se assintomático, com as áreas previamente desbridadas totalmente reepitelizadas. **Discussão:** A morbi-mortalidade associada à gangrena de Fournier mantém-se elevada, pelo que o urgente desbridamento cirúrgico e a pronta instituição de antibioterapia são cruciais para o sucesso terapêutico nestes doentes.

HOSPITAL: Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Guimarães, N; Ferreira, M; Ribeiro, M; Neves, J; Morais, H; Melo, F; Pinho, J; Vieira, V; Azenha, N; Borges, I; Dias, R; Fonseca, A; Cecílio, JV; Matos, A; Conceição, L.
CONTACTO: Narcisa Guimarães
EMAIL: narcisa.guimaraes@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 584)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Derivações Biliodigestivas por Patologia Benigna – Casuística de um Serviço de Cirurgia Geral**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As anastomoses biliodigestivas (ABD) são procedimentos cirúrgicos fundamentais para a resolução de várias patologias benignas, como a litíase das vias biliares (VB), as lesões iatrogénicas das VB e as lesões benignas das VB com potencial de degeneração maligna. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes submetidos a ABD por patologia benigna no período compreendido entre Janeiro de 2010 e Julho de 2016. **Resultados:** Foram incluídos 46 doentes, com uma idade média foi de 66 anos de idade. Follow-up médio de 38 meses. A indicação cirúrgica mais frequente foi a coledocolitíase, que corresponde a 63% dos casos. O procedimento cirúrgico mais realizado foi a anastomose colédoco-duodenal (ACD), em 54% dos casos, seguida da anastomose hepático-jejunal (AHJ) em 43% dos casos e de um caso de anastomose hepático-duodenal. No grupo das ACD verificou-se um caso de fístula biliar (4%). A longo prazo dois doentes necessitaram de conversão para AHJ por estenose e litíase intra-hepática complicada de episódios de colangite. No grupo das AHJ verificaram-se quatro casos de fístula biliar (20%), sem necessidade de tratamento cirúrgico. Houve necessidade de revisão da AHJ num doente com litíase intra-hepática e outro doente encontrado em estudo após colangite por provável estenose da AHJ. **Discussão:** As ABD são procedimentos eficazes e seguros no tratamento de patologia biliar benigna. Apesar de uma morbilidade considerável, a taxa de mortalidade é muito baixa, tendo sido nula na série apresentada.

HOSPITAL: Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática



AUTORES: Hugo M. Ribeiro; Sara Lourenço; Vera Oliveira; Tiago Ferreira; Domingos Rodrigues; Gil Gonçalves; Mário Nora.
CONTACTO: Hugo Maciel Ribeiro
EMAIL: hugo.maciell.ribeiro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 455)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Desinserção completa do recto após traumatismo pélvico fechado**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A desinserção anorectal completa é rara estando associada a elevada morbilidade. Em traumas pélvicos fechados, o aparelho esfinteriano e o ânus são separados do períneo e traccionados superior e anteriormente pelo músculo elevador do ânus. **Material e Métodos:** Homem de 45 anos vítima de esmagamento com traumatismo pélvico fechado: fratura pélvica complexa e desinserção completa do complexo anorectal. No hospital local realizou-se fixação pélvica externa, colostomia lateral e tentativa de reparação primária com sutura direta. Transferência para uma unidade de cuidados intensivos ao 2º dia por complicações sépticas. **Resultados:** O exame físico revelou fascíte extensa de ambas as coxas e região lombar com deiscência do coto rectal. Após desbridamento cirúrgico verificou-se destruição completa do complexo esfinteriano e isquemia anorectal, tendo sido realizada uma proctectomia com colostomia terminal. Não se verificaram intercorrências graves no período pós-operatório excepto uma colecistite alitiásica com necessidade de colecistectomia e antibioterapia. Para o encerramento da ferida perianal aplicou-se terapia de vácuo durante 10 semanas e procedeu-se à confecção de um retalho cutâneo de deslizamento sem complicações infecciosas. **Discussão:** Nestes casos o principal objetivo é a prevenção de complicações sépticas através da derivação do trânsito intestinal, drenagem adequada e desbridamento radical. A reparação primária precoce só deve ser preconizada se as condições locais o permitirem.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Cirurgia A
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: MJ Koch, M Rosete, A Oliveira, AC Manso, JC Campos, JF Leite, F Castro Sousa
CONTACTO: Mª João Koch
EMAIL: mariajoakoch@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 340)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Leiomiossarcomas intestinais: uma causa rara de hemorragia digestiva, a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os leiomiossarcomas são neoplasias malignas, raras, que têm origem nas células do músculo liso. Apesar de poderem afectar qualquer parte do corpo, são mais comuns no útero, estômago e intestino delgado. São tumores habitualmente de comportamento agressivo e mau prognóstico, com um risco de recorrência local que varia entre os 39 e 80%. **Material e Métodos:** Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 68 anos de idade, com um quadro de anemia grave com

repercussão hemodinâmica, cuja investigação etiológica revelou uma volumosa massa heterogénea na dependência do intestino delgado, pelo que foi proposta exploração cirúrgica. Intra-operatoriamente foram identificadas três lesões (duas no intestino delgado e uma no ângulo esplénico do cólon), que foram ressecadas. **Resultados:** A intervenção decorreu sem complicações. Alta ao 8º dia de pós-operatório. O resultado anátomo-patológico das peças operatórias revelou três leiomiossarcomas intestinais, o maior com 15cm. Em consulta multidisciplinar decidiu-se por vigilância. Actualmente, com um follow-up de seis meses, o doente encontra-se assintomático e sem evidência de recidiva local ou à distância. **Discussão:** O caso apresentado descreve uma causa rara de hemorragia digestiva, sendo o tratamento cirúrgico a abordagem gold standard, sobretudo na doença localizada.

HOSPITAL: Hospital de Santarém, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Marina Duarte; Pedro Mesquita; Joaquim Costa; José Lima
CONTACTO: Marina Duarte
EMAIL: marinalopesduarte@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 195)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Colangiocarcinoma? Nem sempre...**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O desenvolvimento da Imagiologia e a massificação do seu uso têm permitido o diagnóstico mais frequente de lesões hepáticas em doentes assintomáticos. O principal objetivo é a distinção entre lesões malignas e benignas. O diagnóstico de lesão suspeita de malignidade, ressecável, num doente com condições cirúrgicas é indicação para ressecção. **Resultados:** Caso Clínico: Doente de 57 anos, sem comorbilidades, que por dor abdominal realizou uma ecografia que mostrou um nódulo hepático. Realizou TC e RMN que mostraram uma lesão do lobo de Riedel com 3 cm sugestiva de colangiocarcinoma. Intra-operatoriamente, apresentava lesão com vários micronódulos e uma área de peritônio parietal contígua com características semelhantes, tendo sido submetida a bissegmentectomia 5,6. O exame histológico revelou tratar-se de um processo granulomatoso caseoso inespecífico. Foram excluídas outras etiologias, tendo sido apontada como provável causa colangites de repetição. **Discussão:** A doença granulomatosa hepática é diagnosticada em 2-15% das biópsias hepáticas. A maioria é assintomática, sendo os sintomas dependentes da etiologia e, por vezes, sem alteração das provas hepáticas. As etiologias são diversas, mas é idiopática em cerca de 30%. Os granulomas caseosos são mais sugestivos de patologia infecciosa. O seu agrupamento pode mimetizar uma lesão maligna nos exames imagiológicos, sendo a ressecção necessária para o esclarecimento diagnóstico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu
CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática
AUTORES: Líliliana Duarte, Júlio Constantino, Jorge Pereira, Carlos Casimiro
CONTACTO: Líliliana Duarte
EMAIL: lilianacaduarte@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 522)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Bócio esquecido? A propósito de um caso clínico.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A descoberta de uma massa mediastínica de tecido tiroideu anos após tiroidectomia total é rara. Existe controvérsia quanto à sua etiologia e quanto à sua abordagem cirúrgica. **Resultados:** Mulher com 56 anos de idade, antecedentes de tiroidectomia total em 2010, orientada para a CE de Cirurgia Cardio-Torácica pelo achado de uma massa mediastínica com 8x7.5x5cm em TAC torácico efetuado após radiografia torácica suspeita. Biópsia a suspeitar de tiróide ectópica/lesão teratomatosa com componente de tiróide. A doente foi proposta para esternotomia exploradora, tendo sido submetida a exérese da massa mediastínica, sem complicações pós-operatórias. A histologia revelou glândula tiroideia com hiperplasia nodular (bócio multinodular), sem sinais de malignidade. **Discussão:** A identificação de uma massa tiroideia no mediastino após tiroidectomia total poderá ter diferentes etiologias – excisão incompleta na primeira abordagem cervical ou bócio intra-torácico ectópico. Dependendo da sua localização, poderá ser tentada de novo uma abordagem cervical ou por esternotomia. Neste caso, provavelmente terá ficado um remanescente de tecido tiroideu mergulhante, sendo que foi necessária a abordagem por esternotomia para a sua ressecção. Este achado, anos após tiroidectomia total, é extremamente raro, com poucos casos descritos na literatura.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do CHTMAD (1), Serviço de Cirurgia Geral do CHVNG/E (2), Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica do CHVNG/E (3)
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Ferreira C. (1), Tenreiro N.(1), Melo A.(1), Fonseca S.(2), Fernandes P.(3), Miranda J.(3), Vouga L.(3)
CONTACTO: Cátia Marisa Alves Ferreira
EMAIL: catiaferreira7@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 374)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Racionalização na abordagem das fístulas dos sleeves gástricos**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A abordagem das fístulas dos sleeves gástricos é um assunto debatido, visto que não há um único algoritmo internacionalmente aceite para a abordagem deste tipo de complicação. **Material e Métodos:** Foram revistos os doentes submetidos a sleeve gástrico entre 01-01-2014 e 31-10-2016, que complicaram com fístula. Foram estudados os métodos de tratamento das fístulas. **Resultados:** Estudo retrospectivo com 657 doentes submetidos a sleeve gástrico, dos quais 12 complicaram com fístula. O intervalo, em média, entre a cirurgia e a 1ª EDA foi de 25 dias. Numa doente foi realizada rafia da fístula. Foram 3 os doentes que tiveram necessidade de drenagem cirúrgica de abscessos intra-abdominais. A taxa de recidiva de fístulas ascendeu a 25%. A taxa de encerramento da fístula foi de 100%, 5 com encerramento primário e 7 com combinação de técnicas. **Discussão:** O tratamento das fístulas pós sleeve gástrico depende de

múltiplos fatores como o timing de apresentação, a presença de estenose, o tamanho do orifício fistuloso, e o estado clínico e nutricional do doente. A drenagem de coleções, o desvio do conteúdo esofágico e o suporte nutricional entérico/parentérico são essenciais no manuseamento destas complicações. A criação de um algoritmo aceite com base nestes fatores pode permitir a standardização do tratamento desta complicação. A abordagem conservadora é segura e eficaz em casos selecionados.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Catanho C., Noronha Ferreira C., Pestana Marques P., Chiado de Andrade A., Chiado de Andrade C., Nunes J., Raposo d'Almeida J., Mendes de Almeida J.
CONTACTO: Carolina Catanho
EMAIL: carolinaccatanho@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 324)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Embolização da artéria esplénica após trauma esplénico – quando o baço escapa ao bisturi**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Até 45% dos doentes que se apresentam com trauma abdominal fechado terão lesão esplénica. A abordagem não operatória dos doentes sem alterações hemodinâmicas tem-se imposto como “gold standard” – em casos selecionados a embolização percutânea da artéria esplénica ou dos seus ramos poderá melhorar a sua taxa de sucesso. A propósito de um caso clínico elabora-se um fluxograma simples com a abordagem ao trauma esplénico, destacando a abordagem não operatória. **Resultados:** Caso clínico: homem de 44 anos, sem antecedentes relevantes, encaminhado ao serviço de urgência após traumatismo toraco-abdominal fechado. A avaliação inicial não mostrou alterações relevantes. O exame FAST foi positivo e, dada a ausência de alterações hemodinâmicas, o doente realizou angioTC toraco-abdominal que revelou laceração esplénica com hemorragia activa e hemoperitонеu de pequeno volume. A equipa multidisciplinar de trauma decidiu propor o doente para angiografia e tentativa de embolização de ramo da artéria esplénica. Esse procedimento foi realizado com sucesso e sem intercorrências. O doente manteve-se em vigilância em unidade de cuidados intensivos: a evolução clínica, analítica e imagiológica foi favorável; teve alta após 8 dias, sem qualquer complicação. **Discussão:** A embolização percutânea da artéria esplénica ou dos seus ramos permite expandir a aplicabilidade da abordagem não operatória mesmo para doentes com hemorragia activa, desde que correctamente selecionados e idealmente com apoio de uma equipa multidisciplinar.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Hospital de São João, Porto (1)
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Ana Sofia Morais (1), Diana Gonçalves (1), André Costa Pinho (1), Eduardo Lima Costa (1), John Preto (1), J. Costa-Maia (1)
CONTACTO: Ana Sofia Correia Morais
EMAIL: sophia.morais@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 571)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Hérnia Interna**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As hérnias internas consistem na protrusão de uma víscera oca por uma abertura intraperitoneal. Normalmente ocorrem em orifícios anatômico pré-existentes ou devido a rotação intestinal inadequada ou a iatrogenia pós-operatória. Segundo a sua localização podem ser definidas em paraduodenais, pericecais, foramen de Winslow, trans-mesentéricas ou epiploicas **Material e Métodos:** Homem de 44 anos, com história de ulceração por úlcera duodenal perfurada em Angola. Por quadro clínico de intolerância alimentar e dor abdominal é submetido a estudo endoscópico que identifica abundante conteúdo de estase, mucosa do antro com aspeto nodular exuberante, piloro com pontos de sutura retidos impedindo a progressão do aparelho. Decide-se nova abordagem cirúrgica. A quando da inspeção intra-abdominal identificou-se presença de hérnia interna trans-mesentérica e trans-epiploica e pneumatose intestinal associada. **Discussão:** Estudos recentes relatam uma crescente incidência no número das hérnias internas trans-mesentéricas e trans-epiploicas como consequência de procedimento cirúrgicos prévios. Estas podem ser assintomáticas por muitos anos ou provocar sintomas inespecíficos.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: V. Bettencourt; J. Gomes; R. Rainho; M. Mega; H. Perez; A. Gouveia

CONTACTO: Vanessa Bettencourt

EMAIL: vcbettencourt@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 367)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Tratamento Cirúrgico das Fracturas do Baço Traumáticas – Experiência do Serviço de Cirurgia do Hospital de Santarém**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tratamento cirúrgico das fracturas do baço é necessário em cerca de 20 a 40% dos casos, dado que nem sempre é possível o tratamento médico e a radiologia de intervenção não está disponível em todas as instituições. Sendo necessária a cirurgia o tratamento cirúrgico conservador é preferencial. **Material e Métodos:** Este trabalho avalia os resultados do tratamento cirúrgico das fracturas do baço traumáticas no período compreendido entre Janeiro de 2012 e Outubro de 2016. **Resultados:** Foram operados 38 doentes, sendo o sexo masculino o mais frequente. Foram operadas fracturas de grau III, IV e V. Dos 38 doentes 30 foram submetidos a esplenectomia total; 3 foram esplenectomizados após tratamento médico; 1 submetido a esplenectomia parcial e colocada rede hemostática de vicryl; 3 casos de tratamento cirúrgico conservador com rede de vicryl e 1 caso com tratamento cirúrgico conservador com placa de veriset. A mortalidade é de 0%. **Discussão:** Em doentes com fractura do baço traumática o tratamento cirúrgico conservador é eficaz e causa menos morbidade face à esplenectomia total, no entanto é menos frequente, relacionado não só com

o doente mas também com a experiência do cirurgião. Situação esta que se tenta reverter com o aparecimento de novas placas hemostáticas seguras e eficazes.

HOSPITAL: Hospital de Santarém, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: Joana Miranda, Olga Oliveira, Luís Ferreira, Nuno Vilela, José Lima

CONTACTO: Joana Santos Miranda

EMAIL: joana_amsellem@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 335)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Evisceração Traumática**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O trauma é uma das causas de morte mais frequentes em todo o mundo, sendo a sua abordagem inicial crucial para o sucesso terapêutico. **Material e Métodos:** Homem de 25 anos, vítima de atropelamento, admitido na SALA de Emergência, constatando-se a existência de evisceração abdominal. Ao exame objetivo apresentava-se consciente e orientado, hemodinamicamente estável, com completa avulsão da pele e tecido celular subcutâneo desde região periumbilical, até cerca de 10 cm do mamilo à direita. A laceração da parede abdominal com rotura peritoneal favoreceu a evisceração composta por intestino delgado, cólon ascendente e grande epíplon. **Resultados:** Após ressuscitação inicial, foi submetido a laparotomia exploradora no bloco operatório. Constataram-se múltiplas fraturas de costelas à direita com necessidade de estabilização, integridade diafragmática mantida; sem lesão major intestinal, pequenos segmentos de delgado e colon ascendente desserosados assim como pequenas efrções na gordura mesentérica que foram suturadas; contusão esplénica e laceração hepática grau I, hemostase com matriz selante. Controlo radiológico pós-operatório evidenciou hemotorax, com necessidade de drenagem torácica em D2 pós-operatório. Início de reabilitação funcional precoce com boa evolução e alta em D11 de pós-operatório. **Discussão:** Follow-up sem intercorrências, sem hérnia incisional, tendo retomado a atividade de trompetista.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: R. Lages, P. Rocha, C. Ribeiro, M. Serra, T. Santos, A. Figueiredo, J. Vaz, J. Alves, J. Noronha, A. Vieira

CONTACTO: Rita Lages

EMAIL: ritarlages@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 534)

SESSÃO: PO 14

TÍTULO: **Colocação de acessos venosos totalmente implantáveis por disseção da veia cefálica – experiência de um serviço**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colocação de acessos venosos totalmente implantáveis é uma das técnicas mais realizadas em cirurgia geral. As duas principais abordagens são a disseção da veia cefálica e a punção direta da veia subclávia. Ambos os procedimentos são realizados com



uma elevada taxa de sucesso e uma baixa incidência de complicações. A disseção da veia cefálica é usada com menos frequência na prática clínica devido a limitações técnicas e a uma maior taxa de insucesso descrita na literatura. Complicações de significativa gravidade têm sido mais frequentemente associadas com a punção venosa direta, nomeadamente a punção arterial, o hematoma e o pneumotórax (exclusivo desta técnica). A maior vantagem da disseção cefálica é a eliminação de complicações potencialmente fatais relacionadas com a punção venosa. **Material e Métodos:** Apresenta-se a experiência de um serviço, ao longo de cinco anos, na colocação de acessos venosos totalmente implantáveis por disseção da veia cefálica com a respetiva taxa de sucesso e incidência de complicações.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: Serviço Cirurgia I
CAPÍTULO: Cirurgia Vasculiar
AUTORES: Santos, C.; Araújo, A.; Costa, F.; Contente, H.; Branco, C.; Resende, C.
CONTACTO: Cláudia Santos
EMAIL: csfialhosantos@gmail.com

SALA 5 2017-03-17 14:30:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 433)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Rotura Espontânea do Baço Pós-Pancreatite Aguda (PA): Relato de dois casos**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A rotura espontânea do baço é rara e ocorre em consequência de processos hematológicos, neoplásicos e infecciosos do baço ou como uma complicação da PA. A morbilidade e mortalidade varia entre 39-79% e 0,8-3,5%, respetivamente, denotando a importância de um reconhecimento precoce. **Material e Métodos:** Os autores apresentam estes casos pela sua raridade e necessidade de elevada suspeição clínica para o seu diagnóstico. **Resultados:** Sexo masculino, 56 anos, antecedentes de PA de repetição. Último internamento, por ascite pancreática, tratada conservadoramente. Recorre ao SU por dor abdominal. Apresentava-se taquicárdico, hipotenso, abdómen doloroso, com defesa. Análises: Hb 6,5 e elevação discreta da lipase e amilase TAC: rotura esplénica, com hemoperitoneu. Laparotomizado: volumoso hematoma por rotura do baço. Realizada esplenectomia. Sexo masculino, 65 anos, antecedentes de alcoolismo com PA de repetição. Internado por pseudoquistos infetados, submetido a drenagem percutânea e antibiótico. Ao 5º dia de internamento, quadro de hipotensão e dor abdominal. Análises: Hb 8 e paracentese com conteúdo hemático TAC: hemoperitoneu. Laparotomizado: hemoperitoneu de grande volume e hemorragia ativa com ponto de partida no baço. Realizada a esplenectomia. **Discussão:** As relações anatómicas entre a cauda pancreática e o hilo esplénico, associadas ao processo inflamatório/aderencial local, contribuem para a rotura esplénica. O diagnóstico é desafiante, devido à ausência de sinais e sintomas específicos e a escolha do tratamento deve ser adaptada a cada doente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Sara Lourenço, Tiago Castro, Ana Marta Pereira, Hugo Ribeiro, Vera Oliveira, Tiago Ferreira, Domingos Rodrigues, Jorge Costa, Marta Guimarães, Alexandre Alves, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Sara Ferreira Pinto Lourenço
EMAIL: sarafplourenco@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 377)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Mixolipoma Rectal – Uma Apresentação Atípica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os lipomas são tumores mesenquimatosos mais frequentes no tecido celular subcutâneo, sendo raros no cólon e recto. Na parede intestinal, contam 16% das neoplasias benignas e 90% são submucosos. Os mixolipomas são tumores benignos, bem delimitados, compostos por adipócitos maduros com abundante estroma mixóide e células fusiformes. **Material e Métodos:** Apresentamos o caso dum doente de 55 anos, transferido do Centro de Saúde para o Serviço de Urgência por suspeita de trombose hemorroidária, com 24 horas de evolução. Consumo alcoólico excessivo no dia anterior e episódio de dor com tumefacção perianal irreductível e rectorragia abundante. Ao exame físico, volumosa tumefacção anal pediculada, sangrativa e friável. Analiticamente, leucocitose e proteína C reactiva elevada. **Resultados:** Realizada exploração cirúrgica e detectada lesão polipóide pediculada do recto, prolapsada pelo ânus e com torção do pedículo, tendo-se realizado exérese transanal (7 cm de maior eixo). Alta ao 3º dia de pós-operatório. Histologicamente, descrito mixolipoma. Colonoscopia em ambulatório com múltiplas lesões subepiteliais sugestivas de lipomas no sigmóide, a maior com 5 cm (histologia em curso). **Discussão:** A maioria dos lipomas do cólon são assintomáticos, frequentemente são achados endoscópicos incidentais e sem indicação terapêutica. Dependendo da localização ou dimensões, podem cursar com obstipação, rectorragia, intuscepção, dor abdominal ou oclusão intestinal. Quando clinicamente sintomáticos, têm indicação para exérese endoscópica ou cirúrgica.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia do Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Maria João Lima, Rita Peixoto, Catarina Quintela Silva, Pedro Valente, Cláudia Santos, Artur Silva, Mrinalini Honavar, António Taveira Gomes
CONTACTO: Maria João Lima
EMAIL: mariajoaortlima@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 169)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Tratamento Endoscópico na Pancreatite Crónica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A pancreatite crónica é um processo inflamatório irreversível, caracterizado pela destruição do parênquima e canais pancreáticos com fibrose associada. A abordagem terapêutica visa o controlo da dor, a prevenção



da progressão da doença e o tratamento de complicações. O tratamento endoscópico está indicado quando há falência do tratamento médico e o doente não reúne condições para abordagem cirúrgica. **Material e Métodos:** Homem de 60 anos, alcoólico e fumador, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal. Diagnosticada pancreatite aguda, com internamento para tratamento médico e alta ao 6º dia. Em ambulatório realizou TC com alterações de pancreatite crónica: ectasia do Wirsung, calcificações e imagem de nódulo cefálico inflamatório. Por agravamento da dor e enzimologia pancreática solicitou-se CPRE para colocação de prótese no Wirsung, uma vez que o doente recusou tratamento cirúrgico primeiramente proposto. **Resultados:** Doente com alta ao 4º dia pós-intervenção endoscópica, assintomático. Aos 4 meses, TC demonstra desaparecimento do nódulo cefálico e prótese no interior do Wirsung. Proposta vigilância. **Discussão:** Esta patologia exige uma abordagem multidisciplinar, adaptada caso a caso reunindo estratégias médicas, endoscópicas e cirúrgicas. O tratamento endoscópico pode estar indicado em casos seleccionados. Esta abordagem constitui uma mais-valia no tratamento da pancreatite crónica permitindo um alívio sintomático e limitando a progressão da doença.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Tondela Viseu
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Ana Logrado, Júlio Constantino, Jorge Pereira, Carlos Casimiro
CONTACTO: Ana Logrado
EMAIL: anacristina.logrado@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 467)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Hernia de Grynfeltt – caso clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Cerca de 2% das hérnias da parede abdominal são lombares. Dada a sua raridade, foi descrito que um cirurgião tem oportunidade de operar apenas uma na sua carreira. Existem dois locais de fragilidade da parede da região lombar, um triângulo inferior – hérnia de Petit –, e um superior – hérnia de Grynfeltt –, sendo esta a mais comum. **Material e Métodos:** Uma senhora de 75 anos recorreu ao Serviço de Urgência por dor lombar direita com irradiação ao hipocôndrio direito. A tomografia computadorizada revelou uma hérnia da parede póstero-lateral direita do abdómen com tecido adiposo no seu conteúdo e repuxamento da fáscia perirrenal. **Resultados:** A doente foi submetida a hernioplastia lombar por hérnia de Grynfeltt. Tal como as hérnias lombares, a de Grynfeltt pode ser congénita, mais raramente, ou adquirida. O diagnóstico nem sempre é claro, já que o sinal mais comum, uma tumefacção lombar pode mimetizar diversas patologias. O estudo imagiológico é relevante, sendo a TAC o mais esclarecedor. O tratamento cirúrgico é mandatório de forma a evitar complicações. Diversas técnicas foram descritas, quer por via aberta ou laparoscópica, tendo como objectivo o reparo e fortalecimento da parede abdominal. **Discussão:** As hérnias lombares, nomeadamente a de Grynfeltt, são raras, pelo que é difícil suspeitar das mesmas. A maioria dos diagnósticos diferenciais surgem-nos primeiro do que esta hipótese. Cerca de 25% são incisionais e devem ser estudadas

por TAC. O tratamento cirúrgico deve basear-se nas características da hérnia.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Hospital José Joaquim Fernandes, ULSBA
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Vera Pedro, Débora Melo, Maria João Jervis, Ricardo Escrevente, Luís Gabriel
CONTACTO: Vera Pedro
EMAIL: vera.c.pedro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 462)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Colecistite Aguda: Quando Um Caso Complica**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colecistite aguda é uma das doenças gastrointestinais mais frequentemente responsável por hospitalizações, no entanto, a evolução diagnóstica e da terapêutica cirúrgica, preferencialmente por via laparoscópica, tem proporcionado uma abordagem e prognóstico mais favoráveis aos doentes. Neste trabalho é descrito todo o percurso diagnóstico e terapêutico da doente, após análise retrospectiva do processo clínico e revisão da literatura. **Material e Métodos:** Apresentamos o caso de uma mulher de 72 anos submetida a colecistectomia laparoscópica por colecistite aguda litiasica em Agosto de 2015. No pós-operatório inicial desenvolveu um quadro sugestivo de fístula biliar, tendo realizado CPRE que confirmou o diagnóstico, pelo que foi feita colocação de prótese na VBP. Manteve-se assintomática até Março de 2016 altura em que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal. A TC realizada revelou migração da prótese biliar, localizada no cólon descendente, com perfuração do mesmo. Foi submetida a Operação tipo Hartmann. Em Setembro de 2016 procedeu-se a reconstrução do trânsito intestinal, permanecendo a doente clinicamente estável desde então.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Rita Gonçalves Pereira, Sara Patrocínio, Alberto Fernandes
CONTACTO: Rita Gonçalves Pereira
EMAIL: arpereira1988@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 585)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Cirurgia Pancreática Poupadora de Parênquima – A Propósito de um Caso Clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia pancreática poupadora de parênquima tem ganho recentemente particular interesse no tratamento de neoplasias benignas, borderline ou malignas de baixo grau, permitindo obter melhores resultados funcionais sem comprometer o resultado oncológico. Estas técnicas assumem particular interesse no tratamento das lesões quísticas pancreáticas, nomeadamente nas neoplasias epiteliais produtoras de mucina (IPMN ou MCN), com potencial de degeneração maligna. **Material e Métodos:** Doente do sexo masculino, de 76 anos de



idade, com lesão quística cefalopancreática identificada no decurso da investigação etiológica de um episódio de pancreatite aguda. TAC: pâncreas divisum; lesão quística multilobulada com 7x3cm na porção cefálica. CPRM: dilatação do canal pancreático principal, atingindo 25mm na região cefálica; provável IPMN do ducto principal. **Resultados:** Proposto para enucleação da lesão cefalopancreática. Pós-operatório complicado de agudização de LRC e deiscência parcial da ferida operatória. Histologia: cistoadenoma mucinoso pancreático, com displasia de alto grau focal. **Discussão:** A enucleação de lesões quísticas pancreáticas apresenta-se como uma alternativa segura e eficaz às ressecções pancreáticas clássicas em lesões precursoras de neoplasias invasivas. Esta técnica permite a preservação da função endócrina e exócrina do pâncreas, assim como uma boa qualidade. Para a obtenção dos melhores resultados é imprescindível uma criteriosa seleção dos doentes e a especialização da equipa cirúrgica em cirurgia pancreática.

HOSPITAL: Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bílio-Pancreática
AUTORES: Hugo M. Ribeiro; Sara Lourenço; Vera Oliveira; Tiago Ferreira; Domingos Rodrigues; Gil Gonçalves; Mário Nora
CONTACTO: Hugo Maciel Ribeiro
EMAIL: hugo.maciel.ribeiro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 35)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Oclusão intestinal por migração de prótese peri-colostômica – Caso clínico.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A migração intra-abdominal de próteses usadas em correção de hérnias da parede é rara. Neste trabalho reportamos um caso de oclusão intestinal como consequência de migração de prótese peri-colostômica para o íleon. **Material e Métodos:** Anamnese, exame físico e consulta de registos clínicos em ALERT e Syngo. **Resultados:** Homem de 75 anos com antecedentes de hérnia peri-colostômica no contexto de amputação abdómino-perineal em 2007. Submetido a hernioplastia em 2009, complicada de infeção protésica, tratada com antibiótico e recidiva herniária 1 ano depois. Recorreu ao SU em Setembro de 2016 por quadro compatível com oclusão intestinal. Instituída terapêutica conservadora, sem efeito. TAC abdominal mostrava distensão hidroaérea do delgado e material hiperdenso parecendo corresponder a prótese migrada. Submetido a laparotomia, verificando-se presença de corpo estranho oclusivo endoluminal (prótese) no íleon e fístula entero-cólica para o cólon descendente. Realizada enterectomia segmentar com hemicolectomia esquerda e reconfeção de colostomia terminal no flanco direito. Pela conspurcação, optou-se pela confeção de laparostomia e internamento na UCI. Realizadas 3 revisões de laparostomia e encerramento da parede ao 7º dia pós-op, com aplicação de prótese de dupla face. Alta ao 31º dia de internamento, sem intercorrências. **Discussão:** A oclusão intestinal por migração de prótese peri-colostômica, apesar de rara, deve ser considerada como uma hipótese diagnóstica, sendo, por isso, essencial manter um elevado índice de suspeição

HOSPITAL: Hospital Espírito Santo, EPE – Évora
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Pereira, M.; Oliva, A.; Bento, M.; Caravana, J.
CONTACTO: Mário Sérgio Cabrita Pereira
EMAIL: marioscpereira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 426)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Gangrena periférica simétrica – a propósito de um caso**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A gangrena periférica simétrica é uma síndrome rara e definida como lesão isquémica distal em dois ou mais locais, na ausência de doença vascular oclusiva major e descrita pela primeira vez por Hutchinson em 1891 num quadro de sépsis e CIVD. **Material e Métodos:** Os autores apresentam um caso clínico de gangrena periférica simétrica. **Resultados:** Mulher de 45 anos, internada na UCI por sépsis de foco renal, com necessidade de aminas em altas doses. Apresentou extremidades frias com acrocianose e flictenas, com evolução para gangrena, tendo iniciado vasodilatador endovenoso, com melhoria. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, sinais de lesão renal aguda e trombocitopénia marcada, prolongamento dos tempos de coagulação com D-Dímeros aumentados. Isolamento de *Acinetobacter baumannii* na urocultura. É transferida para o Serviço de Cirurgia onde, após melhoria relativa das lesões iniciais, se conseguiu a sua delimitação. Foi em seguida submetida a amputação das falanges distais dos 2º, 3º e 4º dedos da mão direita, dos dedos do pé esquerdo e dos dedos do pé direito. Na consulta externa apresentou cicatrização completa das feridas operatórias. **Discussão:** Apesar de rara, deve ser reconhecida imediatamente devido às suas consequências nefastas, pois, apesar de não se poder intervir directamente nela, é importante tomar atempadamente as medidas necessárias para minorar as suas consequências, nomeadamente com o uso de vasodilatadores de forma a diminuir a necessidade de amputação major.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia C, Hospital Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: M. Nico Albano, Luis S. Reis, M. Inês Coelho, Guillermo Martinez, C.E. Costa Almeida, C. Costa Almeida.
CONTACTO: Miguel José Nico Albano
EMAIL: miguelalbano@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 197)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Proctite rádica: a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A proctite rádica é uma complicação associada ao tratamento com radioterapia (RT). Estima-se uma incidência entre 2 e 39%. É classificada em aguda e crónica, e esta última em quatro graus. A maioria é tratada medicamente, havendo ocasionalmente necessidade de terapias combinadas. **Resultados:** Caso Clínico: Doente de 57 anos submetida a histerectomia



e tratamento com RT por tumor do endométrio. Após terminar a RT, iniciou queixas de dor anal, tenesmo e rectorragias. Realizou colonoscopia que revelou úlcera rectal cujas biópsias revelaram alterações inflamatórias crónicas. Por suspeita de proctite rádica grau IV, com sintomatologia resistente à terapêutica médica, foi proposta abordagem combinada com cirurgia de derivação fecal. No pós-operatório realizou enemas bi-diários com sucralfato 2 g. Um mês após a instituição da terapêutica já apresentava reepitelização parcial. Quatro meses depois apresentou cicatrização completa e regressão das queixas, permitindo o restabelecimento do trânsito intestinal. **Discussão:** A proctite rádica tem sérias implicações na qualidade de vida do doente, constituindo um desafio para os profissionais de saúde envolvidos no seu tratamento. A opção pelo tratamento cirúrgico não é consensual, mas em situações de sintomas persistentes como a dor incapacitante e a hemorragia, é uma das alternativas. A terapia combinada com tratamentos médicos adjuvantes, pode ser a estratégia a seguir para a cicatrização destas lesões rádicas.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Liliana Duarte, Marta Ferreira, Fernando Valério, Vítor Marques, Carlos Casimiro
CONTACTO: Liliana Duarte
EMAIL: lilianacaduarte@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 175)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Experiência da Nossa Unidade Funcional de Cirurgia Esófago-Gástro-Duodenal em Neoplasia Gástrica**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Segundo os dados da ARS relativos a 2013, no nosso Centro Hospitalar a taxa de internamento por neoplasia gástrica foi de 51,5 por 100 000 habitantes. Este facto associado à complexidade exigida na abordagem da neoplasia gástrica promoveu o desenvolvimento de uma unidade funcional de patologia esófago-gastro-duodenal no nosso Centro Hospitalar. Apresenta-se um resumo da casuística referente ao tratamento cirúrgico das neoplasias gástricas desde a formação da unidade funcional, de Janeiro de 2013 a Junho de 2016. **Material e Métodos:** Este estudo consiste numa análise descritiva retrospectiva dos doentes com neoplasia gástrica submetidos a tratamento cirúrgico. **Resultados:** Foram intervencionados um total de 198 doentes, 131 por via aberta (66%) e 67 por via laparoscópica (34%). A nossa amostra é composta por 117 homens (59%) e 81 mulheres (41%), sendo a idade média de 66 anos ± 12. As lesões neoplásicas localizaram-se predominantemente no antro (47%) e o tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma (70%), sendo o adenocarcinoma do tipo intestinal o mais frequente (80% dos adenocarcinomas). Os procedimentos quer por via aberta quer laparoscópica incluíram maioritariamente gastrectomias totais e sub-totais. **Discussão:** A incidência da neoplasia gástrica é elevada na nossa região, permitindo à nossa Unidade o tratamento de um elevado número de doentes, tendo sido cumprido o objectivo de introduzir a cirurgia laparoscópica, preservando os princípios da cirurgia clássica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Catarina do Corgo Nora, André Magalhães, Catarina Longras, Cristina Carvalho, Diana Brito, Marta Martins, Vânia Castro, Carlos Santos Costa, Juliana Oliveira, Andreia Santos, Sara Aleixo, Manuel Ferreira, José Esteves, Hugo Mesquita, Pinto Correia
CONTACTO: Catarina do Corgo Nora
EMAIL: catarina.g.c.c.nora@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 279)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **A propósito de um caso clínico – Oclusão Intestinal do delgado**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apresentação de um caso clínico de oclusão intestinal do delgado, operado de urgência **Material e Métodos:** Após a colheita da história clínica do doente e realização dos exames complementares de diagnóstico confirmou tratar-se de um tumor do delgado em oclusão. Abordagem dos tumores do delgado, nomeadamente os malignos dada a sua baixa frequência no conjunto dos tumores do trato digestivo **Resultados:** Resolução do quadro de oclusão intestinal após intervenção cirúrgica. A anatomia patológica da peça operatória revelou tratar-se de um tumor carcinóide do delgado. Abordagem dos tumores carcinóides do intestino delgado. **Discussão:** Considerações sobre o diagnóstico e terapêutica dos tumores do intestino delgado.

HOSPITAL: Hospital de Faro, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia 1 – Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Henriques, P.; Martins, R.; Moleiro J.; Martins dos Santos, G.
CONTACTO: Pedro Henriques
EMAIL: cavacohenriques@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 487)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Paraganglioma retroperitoneal: uma causa rara de hipertensão arterial**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Paragangliomas são tumores neuroendócrinos extra-adrenais, responsáveis pela secreção excessiva de catecolaminas em 15-20% dos casos. São uma causa rara (<1%) mas importante de hipertensão, com 25% dos casos de natureza hereditária. O tratamento é a cirurgia, com monitorização a longo prazo, devido ao risco de recorrência e à ausência de critérios histológicos suficientes para prever grau de malignidade. **Material e Métodos:** Caso clínico **Resultados:** Mulher, 30 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e com antecedentes familiares de irmã com paraganglioma da bexiga, foi referenciada por hipertensão arterial persistente e cefaleias. Exame objetivo sem alterações. Estudo analítico mostrou níveis de catecolaminas aumentados e ecografia abdominal revelou lesão nodular localizada posteriormente à cabeça do pâncreas e adjacente à veia cava. Do estudo imagiológico adicional foi definida lesão



de 39x24mm, com captação homogénea de contraste iodado, bem definida e delimitada por parênquima hepático, veia cava e tronco celíaco. Doente foi submetida a exérese da lesão e biópsia excisional de adenopatias das cadeias interaortocava e hepática. Cirurgia decorreu sem complicações. Anatomia patológica mostrou paraganglioma com margens cirúrgicas livres e ausência de envolvimento venoso ou ganglionar. Doente manteve seguimento em consulta e realizou estudo genético. **Discussão:** Doentes com lesões benignas e solitárias apresentam bom prognóstico após remoção cirúrgica completa, normalização da pressão arterial e dos parâmetros analíticos.

HOSPITAL: Hospital de Braga
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Patrícia Silva(1), Charlene Viana(1), Humberto Cristino(1), Joaquim Falcão(1), Sónia Vilaça(1)
CONTACTO: Patrícia Manuela Araújo da Silva
EMAIL: patriciasilva.brg@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 330)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Melanoma Primário do Esófago – diagnóstico inusitado numa disfagia de longa data**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O melanoma primário do esófago é uma entidade rara, não atingindo 0,2% de todas as neoplasias esofágicas – apenas 250 casos descritos na literatura. **Material e Métodos:** Apresenta-se o caso de um suposto hemangioma cavernoso do esófago, sintomático, com indicação cirúrgica. **Resultados:** Mulher de 51 anos, sem antecedentes relevantes, orientada para a consulta por queixas de pirose e disfagia, com agravamento progressivo ao longo de 4 anos de seguimento muito irregular. Em endoscopia digestiva alta evidencia-se lesão de aspecto vascular no esófago distal – hemangioma cavernoso. Proposta para cirurgia, foi o agravamento súbito das queixas que determinou o consentimento da doente – foi submetida a Operação de Ivor-Lewis. O inusitado diagnóstico de melanoma surge apenas na anatomia patológica – na ausência de outras lesões sugestivas de origem primária, assumiu-se como melanoma primário do esófago. Apresenta margens cirúrgicas livres, mas dois gânglios positivos. Conglomerado adenopático a nível celíaco e cadeia hepática, hipercaptante em PET. Lesão pulmonar suspeita em TAC, com fixação mais ténue em PET e biópsia inconclusiva. Discutida em reunião multidisciplinar, foi proposta para quimioterapia. **Discussão:** A pertinência do relato do caso prende-se com a raridade e dificuldade do diagnóstico, justificando a discussão da sua abordagem terapêutica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Hospital de São João, Porto (1)
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Ana Sofia Morais (1), Telma Fonseca (1), Catarina Muller (1), Vítor Devesa (1), Silvestre Carneiro (1), José Barbosa (1), J. Costa-Maia (1)
CONTACTO: Ana Sofia Correia Morais
EMAIL: sophia.morais@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 478)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Aeroportia: marcador de gravidade na isquémia mesentérica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Isquémia aguda mesentérica é uma doença pouco frequente, que em muitos casos apresenta-se com sintomas inespecíficos, que dificultam um diagnóstico precoce tendo consequentemente uma alta taxa de mortalidade **Material e Métodos:** Caso clínico **Resultados:** Doente do sexo masculino, com 59 anos, trazido pela VMER, dando entrada na reanimação por hematómese (SNG com saco com 500cc de sangue vivo, com episódios extra-sonda), hipotensão (85/68mmHg), frequência cardíaca de 88bpm, GSC 15. Refere sessão de hemodiálise prévia à vinda à urgência, altura onde se inicia um quadro de dor abdominal súbita e intensa, seguida de vômitos, inicialmente alimentares, e posteriormente de sangue vivo. Abdómen doloroso, com defesa generalizada. Analiticamente GSA: PH 7.186, lactatos de 8.5. TAC abdominal e pélvico com contraste EV: marcada aeroportia com extensa pneumatose intestinal em quase todo o intestino delgado; abundante quantidade de ar na veia mesentérica superior; artéria mesentérica superior com calcificações ateromatosas, permeável proximalmente, não sendo possível identificar os seus ramos distais. Proposto para laparotomia exploradora, constatando-se isquémia irreversível de todo o intestino delgado e cólon direito, tendo-se optado por medidas de conforto. Óbito 6h após entrada na reanimação. **Discussão:** Na presença de dor abdominal e aeroportia, isquémia intestinal deve ser considerada e laparotomia emergente proposta. O prognóstico é muito reservado

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
SERVIÇO: Cirurgia B
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: David Aparício, Carlos Leichsenring, Cisaltina Sobrinho, António Soares, Ana Alagoa João, Marta Fragoço, Rui Marinho, Ricardo Rocha, Vasco Geraldes, Vítor Nunes
CONTACTO: David Aparício
EMAIL: david.joao.aparicio@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 379)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Caso Clínico – Hematoma Frontal do Couro Cabeludo Pós Traumático: Hemangiopericitoma Maligno**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Doente do sexo masculino com 59 anos de idade com volumoso hematoma sub-galeal frontal após traumatismo. Submetido a exérese de massa subcutânea dura cuja histologia revelou tratar-se de hemangiopericitoma. O doente foi enviado a consulta de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do IPO de Coimbra. **Material e Métodos:** Doente foi observado em consulta e apresentava múltiplas nodularidades do couro cabeludo com áreas de necrose. Fez TAC de estadiamento e não apresentava outras lesões. Hemangiopericitoma maligno da região frontal, temporal bilateral e occipital ocupando cerca de 300cm². **Resultados:** O Doente foi submetido a exérese do tumor no dia 3 de Março de 2016 com plastia com enxerto de pele e penso com VAC. No pós operatório houve infecção da ferida operatória com necessidade



de drenagem. Após semanas de tratamento com penso deu-se a cicatrização completa da ferida. **Discussão:** Antecedente de trauma como factor desencadeante está presente em cerca de 10 a 20% dos casos. Deste modo há que valorizar todos os dados permitindo que se chegue ao diagnóstico correcto precocemente. Apesar da localização e extensão da lesão é possível a sua exérese bem como a reconstrução plástica permitindo uma correcta cicatrização.

HOSPITAL: Hospital de Santarém, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral do Hospital de Santarém (1), Cirurgia Cabeça e Pescoço do IPO de Coimbra (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Joana Miranda (1), Carlos Cruz (2), Paula Messias (2), Ivan Portela (2), Pedro Mesquita (2), Patrícia Gilde (2)
CONTACTO: Joana Santos Miranda
EMAIL: joana_amsellem@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 406)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Tumor mucinoso apendicular – uma entidade pouco conhecida**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tumor mucinoso apendicular é uma entidade rara, com incidência inferior a 1% nas apendicectomias, caracterizando-se pela acumulação intraluminal de muco. **Material e Métodos:** Apresentamos um caso de uma doente de 65 anos, enviada à consulta de Cirurgia após achado incidental na TC abdominal de volumoso mucocelo apendicular, com pequenas calcificações periféricas, sem adenomegalias. Sem queixas de relevo associadas, referindo episódios de azia e pirose ocasionais. EDA e colonoscopia total sem alterações. Marcadores tumorais negativos. **Resultados:** Submetida a apendicectomia por laparoscopia, sem intercorrências. Resultado histológico confirmou tratar-se de tumor mucinoso apendicular com displasia de baixo grau. **Discussão:** Os tumores mucinosos apendiculares são entidades raras, que carecem de diagnóstico diferencial com cistoadenocarcinoma mucinoso apendicular, pela sua abordagem terapêutica diferente. A técnica laparoscópica foi a escolhida, no entanto é de extrema importância evitar a perfuração iatrogénica da lesão.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: R. Lages, P. Rocha, C. Ribeiro, M. Serra, T. Santos, J. Noronha, J. Alves, J. Vaz, A. Figueiredo, A. Vieira
CONTACTO: Rita Lages
EMAIL: ritarlages@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 292)

SESSÃO: PO 15

TÍTULO: **Terá ainda a cirurgia um papel importante no tratamento das complicações por colonoscopia?-A experiência de um hospital.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colonoscopia é um procedimento amplamente realizado actualmente com cada vez menos complicações. Estas ocorrem quando associadas a procedimentos adicionais como excisão de um pólipó. A perfuração é das complicações, ainda que infrequente, mais comuns

que implica geralmente uma intervenção cirúrgica. O quão frequentemente necessitamos da abordagem cirúrgica? **Material e Métodos:** Estudo de retrospectivo 4anos, de doentes submetidos a colonoscopia cuja complicação foi perfuração necessitando de cirurgia urgente. **Resultados:** Da análise de 4980 colonoscopias foram submetidos a intervenção cirúrgica por perfuração 10 doentes. A literatura descreve taxa complicações 0,058% sendo a perfuração responsável por 0.4-2% quando associada à polipectomia. Taxa complicações desta série 0,002%. Todos os doentes foram submetidos a laparotomia com necessidade de realizar ressecção segmentar colica. **Discussão:** A perfuração é das complicações mais graves, geralmente manifesta-se 24-48h após a realização do procedimento. Na maioria das vezes a dimensão acarreta um quadro de abdómen agudo pelo que a cirurgia continua a ter um papel primordial.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Magda Alves, Tiago Louro, Nuno Bentes, Teresa Salgueiro, Margarida Brilhante, Pedro Correia, Francisco Rodrigues
CONTACTO: Magda T Alves
EMAIL: alves.magda0@gmail.com

SALA 6 2017-03-17 14:30:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 308)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Endometriose ganglionar-até onde se conhecem os limites?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A endometriose é um achado frequente em mulheres em idade reprodutiva. Quando localizada no cólon ou recto é considerada rara e com uma sintomatologia inespecífica. Reportamos um caso de endometriose rectal estenosante numa mulher de 30 anos. O resultando anatomopatológico foi surpreendente constatando também endometriose ganglionar, extremamente raro. **Material e Métodos:** Mulher 30 anos com queixas de rectorragias, dor e obstipação. Este quadro exacerbava-se durante o ciclo menstrual. Imagiologicamente suspeitou-se de foco de endometriose rectal. **Resultados:** A doente foi submetida a ressecção anterior do recto contendo o foco de endometriose com anastomose primária. A anatomia patológica confirmou o diagnóstico identificando focos de endometriose ganglionar. Este achado é extremamente raro na literatura mundial. **Discussão:** A endometriose rectal deve ser considerada em mulheres em idade fértil com queixas anorectais, excluindo a neoplasia maligna do recto. A cirurgia tem um papel importante no tratamento da estenose estando limitada quando a patologia se estende aos gânglios. A literatura é escassa com cerca de 5 casos descritos desde 1980.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Magda Alves, Nuno Bentes, Catarina Caseiro, Teresa Salgueiro, Pedro Correia, Francisco Rodrigues
CONTACTO: Magda Alves
EMAIL: alves.magda0@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 54)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: Polipose Cólica Primomutação?
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A polipose adenomatosa familiar (PAF), doença genética de transmissão autossómica dominante, caracteriza-se fenotipicamente pela existência de mais de 100 adenomas na mucosa colorectal. Quando não tratada evolui para neoplasia. A abordagem cirúrgica é a única terapêutica preventiva. **Resultados:** Apresentamos o caso de um homem, 29 anos, antecedentes de esclerose múltipla, com quadro de dejeções diarreicas e hematoquezias com 3 meses de evolução, sem outros sintomas. O exame objectivo não revelou alterações, analiticamente destacava-se anemia normocítica normocrómica e coproculturas negativas. A colonoscopia total com cromoscopia mostrou polipose cólica com mais de 100 pólipos intestinais, cujo exame anatomopatológico revelou corresponderem a adenomas tubulo-vilosos com displasia de baixo grau. No recto identificou-se apenas 1 único pólipo, histologicamente hiperplásico. Foi submetido a colectomia total laparoscópica com anastomose ileorrectal, sem intercorrências. Presentemente mantém seguimento em consulta de risco familiar com rectoscopias regulares. A pesquisa das mutações no gene APC e MUTYH revelaram-se negativas **Discussão:** O diagnóstico de PAF habitualmente baseia-se no conhecimento da doença em determinadas famílias. Alguns doentes com mais de 100 polipos na colonoscopia não revelam mutação do gene APC, o que alerta para casos de primomutação, subtipos atenuados de PAF, outras poliposes ou mesmo para etiologias ainda não totalmente esclarecidas.

HOSPITAL: Hospital Beatriz Ângelo
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Marisa Peralta Ferreira, Mariana Sousa, Diogo Albergaria, Susana Ouró
CONTACTO: Marisa Peralta Ferreira
EMAIL: marisaperaltaferreira@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 193)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: Adenocarcinoma do pâncreas: “Peritoneu na manga”
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Actualmente, apenas 20% dos tumores malignos do pâncreas são considerados ressecáveis à data de diagnóstico. Mesmo estes são por vezes considerados marginalmente ressecáveis no intraoperatório. As ressecções venosas em cirurgia Hepato-bilio-pancreática com intenção curativa são cada vez mais comuns, sendo que, a necessidade de um enxerto pode ser uma realidade que não foi planeada. A reconstrução venosa pode ser realizada por sutura primária do defeito, patch autólogo ou prótese sintética atendendo ao defeito do vaso ressecado. A reconstrução venosa com patch peritoneal autólogo é mais vantajosa em detrimento das próteses. **Material e Métodos:** Doente com adenocarcinoma cabeça pâncreas localmente avançado, inicialmente submetido a derivação bilio-digestiva e quimioterapia neoadjuvante proposto para Duodenopancreatectomia Cefálica. No intra-operatório a ressecção cirúrgica implicou ressecção

de 4 cm da face anterior da VCI ao nível da emergência da veia renal esquerda por aderência/invasão tumoral. A reconstrução foi realizada com patch peritoneal parietal. **Resultados:** Adequado fluxo sanguíneo na VCI reconstruída confirmado por Angio-TC. Pós-operatório sem morbidade, nomeadamente infecção, fistula pancreática ou trombose venosa. **Discussão:** A reconstrução venosa com patch peritoneal é uma opção cirúrgica segura, de baixo custo, ausência de rejeição e trombose quando comparado com próteses sintéticas.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Centro Hepato-bilio-pancreatico e Transplantação – Hospital Curry Cabral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática
AUTORES: Catarina Aguiar, Emanuel Vígia, Ana marta Nobre, Luis Bicho, Edite Filipe, Jorge Paulino, Américo Martins, Eduardo Barroso
CONTACTO: Catarina Aguiar
EMAIL: catarina_aguiar_99@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 265)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: Hemorragia Digestiva como Primeira Manifestação de Hiperparatiroidismo Primário
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hemorragia digestiva é complicação frequente da doença ulcerosa péptica (DUP). A etiologia mais comum é o *H. pylori* e os AINEs. Outra causa menos frequente é o hiperparatiroidismo primário (HPTP), sendo que a incidência de DUP no HPTP é 9%. Esta associação é rara, pelo que o mecanismo patofisiológico da hipercalcemia como causa de úlcera péptica ainda não está esclarecido. **Material e Métodos:** Os autores apresentam o caso de uma doente de 65 anos, admitida no serviço de cirurgia por hemorragia digestiva devida a úlcera duodenal. Durante o internamento apresentou flutuação do estado de consciência, pelo que se realizou estudo analítico que revelou hipercalcémia grave (17.1 mg/dl) de etiologia em hiperparatiroidismo primário (PTH 618.6 pg/ml). Apresentava outros sintomas: HTA e litíase renal. Durante o estudo, a doente realizou cintigrafia das paratiróides que mostrou captação intensa na hemitiróide direita e ecografia cervical que revelou 2 nódulos exofíticos e no lobo direito da tiróide. **Resultados:** Foi submetida a paratireoidectomia e hemitireoidectomia direita por impossibilidade de dissociação das duas estruturas, com doseamento per-operatório da PTH. A histologia confirmou adenoma da paratiróide. Alta ao 12º dia de pós-operatório, assintomática e normocalcémica. **Discussão:** As manifestações digestivas da disfunção das paratiróides são muitas vezes negligenciadas. Os níveis de cálcio e PTH devem fazer parte na investigação clínica num doente com DUP na ausência de fatores etiológicos mais usuais.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Fonseca, S.; Louro, H.; Barbosa, L.; Costa, S.; Graça, S.; Póvoa, A.; Soares, C.; Esteves, J.; Lucas, M.; Maciel, J.
CONTACTO: Sofia Filomena Pereira Fonseca
EMAIL: sophia_ffonseca@hotmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 499)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Oclusão intestinal por carcinomatose peritoneal secundária a carcinoma da mama**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A metastização peritoneal e endometrial a partir de um tumor primário da mama são eventos raros. No caso clínico que apresentamos estas ocorrem de forma síncrone. **Material e Métodos:** Através da consulta do processo clínico da doente e de uma pesquisa bibliográfica, apresentamos um caso clínico, raro, de oclusão intestinal por carcinomatose peritoneal. **Resultados:** Uma senhora de 77 anos com diagnóstico de carcinoma da mama, sob hormonoterapia e previamente submetida a quimioterapia neoadjuvante e mastectomia radical modificada de Madden unilateral, foi observada no Serviço de Urgência por um quadro de oclusão intestinal; foi operada, constatando-se a presença de carcinomatose peritoneal extensa, a condicionar obstrução a nível do jejuno-íleon, assim como um aumento do volume uterino e “freezing” pélvico. A doente foi submetida a enterectomia segmentar. **Discussão:** A carcinomatose peritoneal secundária a neoplasia da mama associa-se a uma elevada taxa de morbimortalidade. O carcinoma lobular invasivo é o tipo histológico que mais frequentemente metastiza para o peritoneu e tracto gastrointestinal, sendo que habitualmente já existem lesões secundárias em outros órgãos. O tratamento destes doentes é habitualmente paliativo e a indicação cirúrgica coloca-se em situações urgentes como a oclusão intestinal. Recentemente, este paradigma tem vindo a modificar-se e, para doentes seleccionados, a citoredução cirúrgica associada à quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) tem revelado bons resultados.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Hospital José Joaquim Fernandes, ULSBA
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Vera Pedro, Débora Melo, Ana Guerreiro, Ricardo Escrevente, Luís Gabriel
CONTACTO: Vera Pedro
EMAIL: vera.c.pedro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 517)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Mixofibrosarcoma, uma lesão recidivante – Caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os Sarcomas são um grupo raro de tumores malignos com origem nas células mesenquimatosas, compreendendo menos de 1% de todas as neoplasias do adulto. Os Mixofibrosarcomas encontram-se incluídos no subgrupo dos Sarcomas Indiferenciados / Não classificáveis, habitualmente designados por Histiocitofibromas Malignos. A sua apresentação clínica é variável e representam uma das formas mais agressivas de neoplasia dos tecidos moles, apresentando maiores taxas de recidiva local em comparação com outras lesões do mesmo grupo. **Resultados:** Doente do sexo feminino, 79 anos, sem AP de relevo para o caso. Referenciada à consulta de Cirurgia Geral em 2011 por lesão cutânea da região gemelar esquerda com características sus-

peitas de malignidade. Realizou biópsia excisional da lesão, cuja anatomia patológica foi de Mixofibrosarcoma. No período pós-op realizou controlo com Ecografia e RMN que não demonstraram lesão residual. Enviada à consulta de Sarcomas do IPO de Coimbra regressa sem indicação para terapêutica adjuvante, mantendo seguimento em consulta com controlos ecográficos semestrais. Em 2015, após aparecimento de nódulo “de novo” no local de cirurgia prévia, realizou ecografia sugestiva de recidiva tumoral. Nova referenciação ao IPO, com indicação para alargamento das margens sem terapêutica adjuvante. Actualmente a doente mantém-se em seguimento em consulta sem nova recidiva. **Discussão:** Este caso é um exemplo do carácter recidivante do Mixofibrosarcoma e importância do seguimento clínico destes doentes.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
SERVIÇO: ULSNA – Serviço de Cirurgia Geral do HDJMG, Portalegre (1), ULSNA – Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Santa Luzia, Elvas (2)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Salvador, David (1); Delgado, Erika (1); Romero, Miguel Angel (2); Fialho, Guilherme (1); Pratas, Nuno (1); Costa, Cristina (1); Gomes, Ana (1); Reia, Marta (1); Taré, Filipa (1); Mourato, Beatriz (1)
CONTACTO: David Miguel Rocha Salvador
EMAIL: davidmrsalvador@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 570)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Oclusão Intestinal por Aderências Peritoneais: para quando o tratamento cirúrgico?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A maioria dos doentes submetidos a cirurgia abdominal desenvolve aderências peritoneais, sendo a principal causa de obstrução do intestino delgado (65-75%). O tratamento é controverso; apesar da valorização do tratamento conservador, é questionada a sua duração e adequação da indicação cirúrgica. O objetivo é avaliar o risco de enterectomia segmentar após 72 horas de tratamento conservador com evolução clínica desfavorável. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo com amostra total de 88 doentes admitidos no Serviço de Urgência com o diagnóstico de oclusão intestinal por aderências peritoneais nos anos de 2014 e 2015. A amostra foi obtida através de GDH do Centro Hospitalar. Análise estatística com o Microsoft Excell e IBM SPSS Statistics 24. **Resultados:** O diagnóstico de oclusão intestinal por aderências foi realizado em 66% das oclusões do intestino delgado. Obteve-se resolução clínica com ressuscitação volémica e medidas descompressivas em 67% dos doentes, sendo os restantes submetidos a cirurgia. Dos doentes operados nas primeiras 72 horas de tratamento conservador, 26% foram submetidos a enterectomia, em comparação com 70% dos doentes operados após as 72 horas (p<0,05). **Discussão:** A indicação cirúrgica deve ser colocada após 72 horas de tratamento conservador sem resolução clínica. Este estudo mostra que a cirurgia realizada após as 72 horas aumenta significativamente o risco de enterectomia, fazendo pensar na necessidade de tratamento cirúrgico mais precoce.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral



CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Ana Melo, Cátia Ferreira, Ricardo Vaz Pereira, Carlos Santos, Herculano Moreira, Fernando Próspero
CONTACTO: Ana Melo
EMAIL: anadreiameo@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 162)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Tumor Intra-Abdominal Desmoplásico de Pequenas Células Metastizado – Entidade Clínica Rara**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tumor desmoplásico de pequenas células redondas é uma entidade rara, com prognóstico desfavorável. A origem destas células é ainda desconhecida, contudo a sua predileção por envolvimento da serosa indica a possibilidade de origem mesotelial. Afeta predominantemente jovens do sexo masculino com envolvimento preferencial da cavidade abdominal. **Material e Métodos:** Descrição de um caso clínico com base na consulta de processo clínico Institucional. **Resultados:** Os autores relatam o caso clínico de um jovem de 33 anos, do sexo masculino, admitido na Unidade Hospitalar para avaliação de uma dor abdominal no hipocôndrio direito, constante e incapacitante, com 2 meses de evolução associada a anorexia e emagrecimento superior a 10% nesse período. Os estudos imagiológicos identificaram uma massa abdominal, sem associação a órgão oco e múltiplas metástases hepáticas bilobares. O estudo anatomopatológico do tecido obtido da biópsia percutânea da massa revela células de tumor desmoplásico de pequenas células redondas e azuis. O estudo imunohistoquímico (positivo para citoqueratinas, EMA e desmina) e citogenético (rearranjo gene WT1 e EWSR1 em todas as células) confirmam o diagnóstico deste tumor. Iniciou quimioterapia com protocolo P6, mantendo estabilização da doença, embora desenvolve-se quadro séptico após ciclo 1, 4 e 5 com necessidade de internamento **Discussão:** Pretendemos destacar que apesar de raro este tumor deve ser incluído no diagnóstico diferencial de lesões intra-abdominais.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga – Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Mariana Costa; Ana Marta Pereira; Sara Lourenço; Florinda Cardoso; Marta Guimarães; Gil Gonçalves; Mário Nora
CONTACTO: Mariana Costa
EMAIL: mariana87costa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 253)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Pseudotumor por fistula íleo-cólica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os autores apresentam um caso clínico incomum. **Material e Métodos:** Doente do sexo masculino, 69 anos, que recorreu ao SU por dor abdominal, vômitos alimentares e febre, com 2 dias de evolução. História de dejeções diarreicas com meses de evolução. Antecedentes: AVC, Colecistectomia O doente apresentava-se febril, com dor à palpação da

FIE, com defesa e sinais de irritação peritoneal. TAC: derrame peritoneal livre; conglomerado de ansas em contiguidade com segmento ileal espessado, compatível com torção intestinal. O doente foi submetido a laparotomia exploradora. Constatou-se peritonite purulenta e neoplasia/massa inflamatória do íleon, com fistulização para o sigmóide, aderente ao transverso, mesentérico e ansas de íleon. Fez-se encerramento de fistula e ressecção segmentar de íleon, com anastomose íleo-cólica.

Resultados: Evolução favorável no internamento; alta ao 8º dia pós-operatório. Sem intercorrências. Anatomia Patológica: área pseudotumoral com fistula entérica transmural com supuração, abcedação e granulomas de corpo estranho a material "fecal"; sem malignidade.

Discussão: As 5 fases recomendadas para o tratamento de fistulas entéricas (estabilização, investigação, decisão, tratamento definitivo e reabilitação) não foram seguidas neste caso, visto que o doente apresentava um quadro de sépsis abdominal, com indicação para cirurgia urgente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Unidade de Aveiro

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Paulo Rocha Menezes, Teresa Santos, Marta Serra, Rita Lages, Catarina Ribeiro, Vítor Francisco, Margarida Martins, Morgado Viana, Jorge Sousa, Amélia Vieira
CONTACTO: Paulo Sérgio dos Santos Rocha Menezes
EMAIL: paulorochamed@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 199)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Rotura Traumática da Aorta Torácica: a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As lesões da aórtica torácica são a 2ª causa de morte no traumatismo fechado. A mortalidade pré-hospitalar é cerca de 85%. Constituem menos de 1% das admissões hospitalares, mas estão associadas a elevada morbimortalidade. **Resultados:** Caso Clínico: Doente de 28 anos, vítima de acidente de viação, admitido num hospital sem cirurgia cardio-torácica, pelo que foi transferido para um hospital central. Apresentava rotura da aorta torácica proximal, pneumotórax direito, fractura pélvica em "open book" e fractura diafisária femoral bilateral tipo III. Após "damage control" ortopédico, foi submetido a toracotomia postero-lateral esquerda. Constatou-se transecção aórtica ao nível do ligamentum arteriosum contida no hematoma peri-aórtico, tendo sido reparada com interposição de enxerto de dacron, com clampagem aórtica durante 25 minutos e sem circulação extracorporal. O doente sobreviveu sem complicações neurológicas. **Discussão:** A rotura traumática da aorta torácica é uma lesão ameaçadora da vida, sendo o seu diagnóstico precoce importante na sobrevida e prognóstico. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico (imediate ou diferido; endovascular ou por toracotomia). O choque, a gravidade da lesão aórtica e das lesões co-existent e as diferentes abordagens cirúrgicas têm impacto na sobrevida. Apesar de haver poucos casos reportados, a abordagem endovascular parece trazer vantagens, mas a abordagem aberta é uma opção para salvar estes doentes dependendo dos recursos e das competências da equipa.

HOSPITAL: Centro Hospitalar TondelaViseu, EPE



SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (1), Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Funchal (2), Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (3)
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Liliana Duarte (1), Diana Fernandes (2), Paulo Neves (3), Luís Vouga(3)
CONTACTO: Liliana Duarte
EMAIL: lilianacaduarte@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 210)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Estenose completa pós Hemorroidopexia de Longo – Causa Rara de Obstrução Intestinal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A doença hemorroidária é uma patologia ano-rectal comum afectando até 30% da população. Quando esta tem indicação cirúrgica, a hemorroidopexia (Segundo Técnica de Longo) é uma das opções na sua abordagem. Esta técnica apresenta uma taxa de complicações entre 1 a 20 %, sendo a obstrução completa do lúmen rectal uma das complicações mais raras descritas desta técnica. **Material e Métodos:** Os autores apresentam caso e iconografia de doente do sexo masculino, 54 anos de idade, submetido a hemorroidopexia em contexto de cirurgia de ambulatório por hemorroidas grau IV. Sem queixas relevantes durante o seu seguimento em consulta. Ao 6º mês de pós operatório, recorreu ao Serviço de Urgência com quadro compatível com obstrução intestinal com 2 semanas de evolução. Realizado toque rectal onde se detectou obliteração total do lúmen rectal. **Resultados:** Foi submetido a intervenção cirúrgica urgente. Optou-se por estricturoplastia rectal por via trans- anal, com incisões radiais ao nível da mucosa, com resolução completa do quadro. Alta ao 3º dia de pós operatório sem menção de complicações **Discussão:** Embora seja uma causa muito rara de obstrução intestinal, a obstrução total do lúmen rectal após hemorroidopexia deve ser tida em conta. O seu tratamento não está standardizado, uma vez que esta é uma complicação muito rara, sendo que a estricturoplastia rectal por via trans-anal mostrou eficácia e resolução do quadro neste caso.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Algarve, EPE
SERVIÇO: Cirurgia II (Unidade Portimão)
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: M. Cunha; J. Melo; D. Veiga; V. Hugo; A. Sousa; E. Amorim; J. Rachadell; M. Americano
CONTACTO: Miguel Fernandes Da Conceição Cunha Miguel F. Cunha
EMAIL: miguelcunha86@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 524)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Metástase óssea ilíaca única como forma de apresentação de carcinoma papilar da tiroide.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O carcinoma papilar da tiroide é a mais comum das neoplasias malignas da tiroide, representando 80% das mesmas. É, contudo, um tumor com bom prognóstico, com menos de 1% dos doentes apresentando metástases à distância à data do diagnóstico. Quando metastizados, o osso representa o segundo local

mais comum de metastização (o primeiro é o pulmão). **Resultados:** Homem, 61 anos, com dor na anca direita com 5 meses de evolução. Exame objetivo normal. O TC do doente revelou uma massa para-ilíaca com invasão dos músculos psoas, ilíaco e glúteo menor. A biopsia da lesão revelou tratar-se de uma metástase de uma neoplasia primária da tiroide. O doente foi submetido a tireoidectomia total seguida de ressecção com margem alargada da metástase óssea e reconstrução com prótese, no mesmo tempo operatório. Como complicação no pós-operatório o doente desenvolveu um seroma no local da ressecção pélvica com necessidade de drenagem percutânea. Histologia definitiva revelou carcinoma papilar da tiroide. Neste momento, encontra-se assintomático, sem sinais de instabilidade pélvica, com níveis controlados de TSH e T4 livre. Está proposto para radioterapia pélvica e iodo radioactivo adjuvantes. **Discussão:** Apesar da literatura não revelar benefício na ressecção cirúrgica primária das metástases ósseas dos carcinomas papilares da tiroide, a nossa experiência, com uma metástase desta magnitude e única, é favorável à ressecção cirúrgica da metástase, simultaneamente com tireoidectomia total.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Porto, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, do Centro Hospitalar do Porto; Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Joana Gaspar, Francisco Xará Leite, Filomena Soares, Vítor Valente, Pedro Cardoso, Vânia Oliveira
CONTACTO: Joana Raquel Rodrigues Gaspar
EMAIL: joana_gaspar_@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 480)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **GIST do delgado na suspeita de neoplasia ovárica**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O GIST é o tumor gastrointestinal(GI) não epitelial mais comum, mas constitui apenas 1 tumores primáriosGI. Surge na idade média de 66-69anos, sendo na maioria casos esporádicos e KITpositivo. A clínica inclui hemorragia digestiva, massa abdominal e dor, ou achado incidental. **Resultados:** Doente de 65anos, fez ecografia transvaginal por aumento de volume abdominal, peso pélvico e polaquiúria. eco revelou massa anexial sólida, retro-uterina, de vascularização aumentada. Ca125=42(N<27). TAC-TAP com tumor sólido(15x13x9cm)na provável dependência do ovário,com áreas de necrose e realce heterogéneo,contactando ansas ileais e cego.Sem lesões secundárias. Laparotomia exploradora revelou tumor na dependência de ansa delgada, com plano de clivagem com estruturas envolventes. Fez-se enterectomia segmentar. Pós operatório sem complicações. Histologia revelou tumor do estroma do intestino delgado (GIST),17.5cm, com efracção da serosa, necrose e 4mitoses/50hpf – grupo de prognóstico 3b (AFIP-Miettinen), estadioIIIA(AJCC/UCII). À data,estudo das mutações C-KIT e PDGFRA em curso. **Discussão:** O GIST tem O GIST tem comportamento variável,sendo tamanho,índice mitótico,localização e rutura,importantes factores prognósticos.O tratamento é exérese cirúrgica,sendo aceitável vigilância emGISTgástricos<2cm.Usa-se imatinib neoadjuvante no “downstaging” de tumores irrissecáveis ou para diminuir a morbidade cirúrgica; na adjuvancia, reserva-se a doentes com alto-risco ou risco de recidiva>30 a 50%.



HOSPITAL: Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE
SERVIÇO: Cirurgia 1
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Inês Sales, Inês Gil, Nuno Rama, Vítor Faria
CONTACTO: Inês Ferrer Sales
EMAIL: neix.sales@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 495)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Hernia inguinal encarcerada – uma caixinha de surpresas**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Na maioria dos casos o conteúdo do saco herniário é composto por gordura mesentérica e/ou segmento de intestino delgado. A hérnia encarcerada constitui uma urgência cirúrgica frequente. **Material e Métodos:** Homem de 90 anos, admitido na Urgência por quadro de dor abdominal, febre e episódios de vômitos com cerca de 6 dias de evolução, associado a tumefação inguinal direita. **Resultados:** À observação apresentava-se hemodinamicamente estável, apirético, com volumosa hérnia inguinal direita encarcerada. Análiticamente com elevação dos marcadores inflamatórios, radiografia abdominal sem padrão oclusivo e ecografia compatível com volumosa hérnia inguino-escrotal contendo múltiplos segmentos intestinais, um deles particularmente distendido e de parede espessada, causando atrofia e desvio do testículo direito. Submetido a intervenção cirúrgica, observando-se após abertura do saco herniário, segmento de cólon sigmóide distendido, com perfuração diverticular e contaminação fecal. Realizada operação de Hartmann, orquidectomia direita e herniorrafia. Boa evolução no pós-operatório com colostomia funcionante, tendo alta em D10 de pós-operatório. **Discussão:** Os autores apresentam um caso clínico raro de hérnia encarcerada contendo segmento de cólon sigmóide com diverticulite perfurada no saco herniário. Dada a contaminação local, o tratamento cirúrgico sem recurso a prótese foi o mais indicado.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: R. Lages, P. Rocha, C. Ribeiro, M. Serra, T. Santos, J. Noronha, J. Alves, J. Vaz, A. Figueiredo, A. Vieira
CONTACTO: Rita Lages
EMAIL: ritalages@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 326)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Ileus Biliar – A propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Ileus biliar é uma causa incomum de oclusão intestinal. Mais comum na 8ª década de vida e no sexo feminino. O calculo biliar forma-se na vesícula, atingindo o trato gastrointestinal através de fistula colecisto-enterica. A localização mais comum de fistulização é o duodeno e a oclusão ocorre principalmente a nível do ileon terminal. **Material e Métodos:** Mulher, 89 anos, com antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, fibrilação auricular, ICC grau III/IV NYHA, HTA, trazida ao serviço de urgência por náuseas, vômitos e dor abdominal epigástrica com 24h de evolução. Abdó-

men distendido, doloroso à palpação com defesa nos quadrantes superiores do abdómen. Pontos herniários continentes. Aumento dos parâmetros inflamatórios. Eco: Litíase vesicular não complicada e aerobilia, sem outras alterações. TC: Diagnóstico de ileus biliar. **Resultados:** Procedeu-se a laparotomia mediana com enterotomia e remoção de calculo biliar. Pós-operatório complicado de alguns episódios de dispneia pela descompensação da sua insuficiência cardíaca já conhecida. Tem alta ao 13º dia de internamento **Discussão:** Tratamento consiste na enterotomia e remoção do cálculo biliar. Apesar do tratamento cirúrgico da fistula colecisto-enterica poder ser realizado no mesmo tempo, o processo inflamatório geralmente encontrado no quadrante superior direito e as comorbilidades associadas aos doentes podem não o permitir. Uma 2ª operação de Colecistectomia com reparação da fistula pode ser considerada para evitar futuras complicações.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: André Batista, Nuno Monteiro, José Baptista, Rita Baía, Carlos Trindade, Joana Almeida, Margarida Correia, Aurora Pinto, Rui Garcia, Luís Cortez
CONTACTO: André Santos Batista
EMAIL: asbatista86@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 599)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Casuística da Pancreatite Aguda Grave**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O “step up approach” modificou o tratamento da pancreatite aguda (PA), pelo controlo precoce do foco septico e menor morbidade associada à cirurgia. **Objetivo:** Revisão de incidência, epidemiologia, tratamento e morbidade. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo, com consulta do processo clínico dos doentes internados por PA, entre 1/1/2014 a 31/10/2016. **Resultados:** Durante o referido período, a incidência de PA moderada grave (PAMG) e grave foi 7% e 5%, respectivamente. A mortalidade global foi 3% na PAMG e 32% na PAG. PAG-41 doentes, 63% doentes sexo masculino, mediana idade 74 anos. Etiologia: 54% litíase e 22% alcoólica. Em 27% dos doentes houve necessidade de antibioterapia (ATB) por complicações médicas: pneumonia e ITU. 20% realizaram ATB associada a drenagem percutânea; nenhum destes doentes foi submetido a cirurgia. A taxa de re-internamento neste grupo foi de 25% (2d) por recidiva quadro infeccioso. A média de internamento foi de 29 dias. A mortalidade foi de 37%. 20% doentes (8) foram submetidos a cirurgia; a principal indicação foi Síndrome compartimento abdominal (SCA) (6), tendo 2 sido reoperados por isquémica cólica. A mortalidade foi de 75%. **Discussão:** A utilização de ATB deve ser realizada apenas após rastreio septico exaustivo. Na suspeita de infeção peripancreática, deve ser iniciada ATB empírica e drenagem percutânea de coleções. Apenas se evolução desfavorável, a cirurgia está indicada. Na fase inicial da PAG a cirurgia, deve estar indicada no tratamento de SCA.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Sara Lourenço, Hugo Ribeiro, Vera Oliveira, Tiago Ferreira,



Domingos Rodrigues, Alexandre Alves, Gil Gonçalves,
Mário Nora

CONTACTO: Sara Ferreira Pinto Lourenço
EMAIL: sarafplourenco@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 38)

SESSÃO: PO 16

TÍTULO: **Fístula duodeno-cava**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As fístulas duodeno-cava (FDC) são extremamente raras e potencialmente fatais. Apesar de inócua na maioria das vezes, a ingestão de corpos estranhos pode causar perfuração gastro-intestinal em menos de 1% dos casos. Reportamos o caso de uma FDC causada pela ingestão de um palito. **Material e Métodos:** Homem de 42 anos internado por sépsis de etiologia a esclarecer. Durante a investigação diagnóstica realizou uma TC que mostrou ar na veia cava inferior (VCI) e um corpo estranho linear de elevada densidade na VCI. Proposto para laparotomia exploradora, objetivou-se trajeto fistuloso entre a transição da 2ª para a 3ª porção do duodeno e a VCI com a presença de um palito no lúmen da veia cava inferior. Realizou-se a extração do palito, a rafia da VCI e da parede duodenal e um patch epiplóico. O pós-operatório evoluiu com resolução do quadro séptico sem complicações. **Discussão:** Descrevemos o caso de um fistula digestiva rara, com uma clínica inespecífica. A FDC manifesta-se habitualmente por sépsis e/ou hemorragia digestiva e o seu diagnóstico é um desafio. Caracterizada por um prognóstico pouco favorável, esta patologia está associada a uma mortalidade de 40%, sendo muitas vezes diagnosticada apenas post mortem. Apesar do difícil diagnóstico e do mau prognóstico, com o tratamento atempado e adequado desfechos clínicos favoráveis são possíveis.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral I (1)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Inês Alegre (1), Jorge Rebanda (1), Carlos Resende (1), Carlos Neves (1)
CONTACTO: Inês Alegre
EMAIL: i.alegresantos@gmail.com

SALA 7 2017-03-17 14:30:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 16)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **A eficácia da laparoscopia no tratamento cirúrgico da úlcera péptica perfurada**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A perfuração é a segunda complicação mais frequente da úlcera péptica. Trata-se de uma doença grave com potencial risco de vida, cujo diagnóstico e tratamento precoce é importante. A rafia com omentoplastia é o procedimento cirúrgico mais comum. O desenvolvimento da laparoscopia veio permitir a aplicabilidade da via minimamente invasiva. **Material e Métodos:** Foi feito um estudo retrospectivo através do processo clínico de 107 doentes com o diagnóstico

de UPP, no período de Janeiro de 2009 a Dezembro de 2015. **Resultados:** Os resultados avaliados foram: 67.3% dos doentes eram do sexo masculino; 61 doentes foram operados por laparotomia, sendo que 10 destes foram convertidos, e 46 por laparoscopia. O grupo submetido a laparotomia apresentava uma média de idade superior comparativamente ao grupo laparoscopia (65.5 vs 50.7, p<0.001) e um maior número de comorbilidades cardiovasculares e metabólicas (23 vs 7, p=0.016). Os dias de internamento foram menores nos doentes eleitos para a via laparoscópica (6 vs 9, p=0.03). Quanto à morbilidade, nomeadamente, peritonite, abscesso intra-abdominal, evisceração, deiscência da rafia e Infeção do local cirúrgico, foi observada maioritariamente no grupo da via laparotómica (12 vs 3, p=0.05). A mortalidade ocorreu em 7 doentes associada a sépsis, no grupo de laparotomia. **Discussão:** Este trabalho reforça a aplicabilidade da via laparoscopia no tratamento da UPP. Apresentando esta via de abordagem a mesma eficácia que a laparotomia e com redução da morbilidade.

HOSPITAL: Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral, Hospital São Sebastião, CHEDV
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Jessica Neves, Florinda Cardoso, Henrique Moraes, Tiago Ferreira, António Reis, Marta Guimarães, Rui Almeida, Tróvão Lima, Mário Nora
CONTACTO: Jessica Neves
EMAIL: sicaneves1987@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 189)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Electroquimioterapia, um potencial tratamento local para o Carcinoma Pavimentocelular em doentes com Epidermólise Bulhosa**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Epidermólise Bulhosa (EB) é um grupo raro de doenças causadas por mutações em proteínas estruturais da pele caracterizadas por fragilidade cutânea, bolhas e deficiente cicatrização. O carcinoma pavimentocelular (CPC) é a complicação mais severa, com um risco cumulativo de 90,1% aos 50 anos. É a principal causa de morte nestes doentes, particularmente no subtipo Ditrófico Recessivo (EBDR), com um risco cumulativo de morte de 87,3% aos 45 anos. O tratamento standard é a cirurgia, no entanto o risco de recorrência é elevado. A radioterapia e a quimioterapia sistémica têm sido evitadas pelo risco de toxicidade cutânea. Recentemente, a electroquimioterapia (EQT) foi proposta como um potencial tratamento local. **Material e Métodos:** Os autores apresentam um caso clínico e revisão da literatura. **Resultados:** Caso clínico de um doente de 38 anos com EBDR com um CPC cutâneo submetido a EQT com bleomicina endovenosa na nossa Instituição. O doente foi observado 4 e 8 semanas pós-EQT, tendo-se verificado uma resposta completa, com boa tolerância e efeitos adversos minor (dor e ulceração). **Discussão:** A EQT tem sido proposta como terapêutica local em diferentes cancros cutâneos, nomeadamente nos CPC's. Relativamente a doentes com EBDR, existem apenas 3 casos descritos na literatura que avaliam este tratamento, com elevada taxa de resposta e com boa tolerância O caso clínico apresentado favorece a utilização da EQT como potencial terapêutica local nestes doentes.



HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Joana Bárto, Rodrigo Oom, Francisco Cabral, Mariana Sousa, Ricardo Nogueira, Marta Santos, Sara Carvalhal, Hugo Vasques, Victor Farricha, Nuno Abecasis
CONTACTO: Joana Bárto
EMAIL: joanabartolo@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 196)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Mudança de paradigma: Cirurgia Minimamente Invasiva na Ressecção Pancreática.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A cirurgia de ressecção pancreática ainda está associada a significativa taxa de morbidade e mortalidade. A cirurgia minimamente invasiva tem mudado o paradigma dando lugar a redução de dor no pós-operatório, recuperação mais rápida, menor tempo de internamento e redução da agressão da parede abdominal. Avaliar os resultados em cirurgia laparoscópica de ressecção pancreática. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva da base de doentes submetidos a cirurgia laparoscópica pancreática entre 2013 e 2016. Foi selecionada uma amostra de 27 doentes. Foram analisadas como variáveis clínico-patológicas relevantes para o estudo, duração de internamento, morbidade segundo Clavien-Dindo, o tipo de ressecção cirúrgica realizada, duração de internamento, tipo de tumor, tipo de fístula e follow-up pós cirurgia. **Resultados:** Dos 27 doentes submetidos ressecção laparoscópica, 82% é do sexo feminino. Ficaram internados cerca de 7 dias, 1 dos quais nos Cuidados Intensivos. Obtivemos uma morbidade menor segundo classificação Clavien I 70%, II 22%, III 8%. Sem registo de morbidade major. Dos doentes ressecados, 1 foi considerado R1. A grande maioria dos tumores ressecados são benignos. A grande maioria dos doentes não apresentou fístula pancreática sendo que, 8% apresentaram fístula tipo A. A média de follow-up é de cerca 287 dias. **Discussão:** A cirurgia laparoscópica de ressecção pancreática implica o domínio de técnicas avançadas, é segura, factível, eficaz e apresenta resultados a longo prazo bastante satisfatórios.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Centro Hepato-bilio-pancreatico e Transplantação – Hospital Curry Cabral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Catarina Aguiar, Emanuel Vígia, Ana Marta Nobre, Luis Bicho, Edite Filipe, Rui Ribeiro, Leonor Manaças, Jorge Paulino, Américo Martins, Eduardo Barroso
CONTACTO: Catarina Aguiar
EMAIL: catarina_aguiar_99@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 436)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Colédocotomia ideal sobre prótese na colangite aguda supurativa**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Uma complicação grave da coledocolitíase é a colangite aguda supurativa, que pode

associar-se a colecistite na litíase síncrona. A morbimortalidade associada exige um diagnóstico e tratamento céleres, consistindo em medidas de suporte, antibioterapia e drenagem da via biliar (VB) urgente, cirúrgica ou endoscópica. **Material e Métodos:** Os autores apresentam um caso clínico de um homem, 58 anos, que recorreu à urgência por dor no hipocôndrio direito, febre e icterícia. Comprovou-se elevação de parâmetros inflamatórios e da bilirrubina (total 11mg/dL, directa 9.8mg/dL). Imagiologicamente evidenciou-se abscesso paracolecístico, sinais de colecistite aguda e litíase da VB com moderada dilatação. **Resultados:** Foi submetido de urgência a drenagem de abscesso, colecistectomia, exploração da VB, coledocolitotomia e coledocotomia ideal sobre prótese transpapilar colocada por via anterógrada. Ocorreu melhoria do quadro séptico e diminuição da bilirrubinemia, tendo alta bem ao 7º dia com bilirrubina total 1,5mg/dL. **Discussão:** Na abordagem cirúrgica da colédocolitíase e particularmente das suas complicações, por muito tempo, a técnica de eleição de drenagem biliar era externa, com tubo de Kehr. No entanto, a utilização de próteses transpapilares por via anterógrada com coledocotomia ideal parece ter vantagens, com menor morbidade, tempo de internamento e recuperação mais rápida do doente. A sua colocação é simples, permitindo uma drenagem eficaz e imediata da VB, mesmo num contexto urgente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Débora Aveiro, Júlio Constantino, Jorge Pereira, Carlos Casimiro
CONTACTO: Débora dos Anjos Sousa Aveiro
EMAIL: deraaveiro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 53)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Quando Garegeot encontra o ileon**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** As hérnias crurais constituem apenas 2 a 4% das hérnias da região da virilha, sendo mais frequentes nas mulheres do que nos homens. O seu maior risco de encarceramento e estrangulamento comparativamente com as hérnias inguinais é há muito conhecido. Quando uma hérnia crural contém o apêndice ileo-cecal encarcerado (0.5% a 5% das hernias crurais), chama-se hérnia de “de Garegeot”, em honra ao primeiro cirurgião que a descreveu. **Material e Métodos:** Apresenta-se o caso de uma doente de 54 anos admitida no serviço de urgência por hérnia crural à direita estrangulada, associada a sintomas de oclusão intestinal, sendo constatada intraoperatoriamente a presença do apêndice ileocecal juntamente com uma ansa ileal no interior do saco herniário. **Resultados:** A doente foi submetida a herniorrafia de McVay com apendicectomia e enterectomia segmentar. O pós-operatório foi complicado por infeção da ferida operatória, resolvida após drenagem e antibioterapia. **Discussão:** A descoberta do apêndice ileocecal numa hérnia crural encarcerada é geralmente um achado intraoperatório, uma vez que o seu encarceramento não causa sintomas de oclusão intestinal. Face ao elevado risco de infeção da ferida cirúrgica quando há conspurcação local, o tratamento consiste na ressecção dos órgãos isquemiados e correção cirúrgica da hérnia



sem prótese. A associação de ileon e apêndice ileocecal encarcerados na mesma hérnia crural é um evento extremamente raro.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Carina Gomes, André Marçal, Cátia Ferreira, Nádya Tenreiro, Artur Ribeiro
CONTACTO: Carina Filipa Duarte Gomes
EMAIL: cfdgomes@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 273)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Resposta Patológica Completa de Adenocarcinoma Gástrico – A Propósito de um Caso Clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tratamento do cancro gástrico localmente avançado é a quimioterapia (QT) perioperatória, administrada na tentativa de “downstaging” antes de se avançar para uma cirurgia curativa. Em vários estudos clínicos foram avaliados diferentes esquemas de QT, tendo-se verificado em alguns casos, uma taxa de resposta patológica completa de 0 a 15%. **Material e Métodos:** Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 66 anos com resposta patológica completa após QT perioperatória com Epirubicina, Oxaliplatino e Fluorouracilo (EOX) por adenocarcinoma gástrico. Tinha uma história de gastrectomia parcial por úlcera péptica há cerca de 20 anos e foi admitido no hospital por sintomas de astenia e hemorragia gastrointestinal. Realizou EDA que revelou uma neoplasia ulcerada do cárdia, cuja biópsia foi compatível com adenocarcinoma. A doença foi estadiada por TC-TAP como cT3N+M0. **Resultados:** O doente realizou 3 ciclos de EOX sem significativa toxicidade. Após 6 semanas foi submetido a totalização de gastrectomia com linfadenectomia D2 e anastomose esofagojejunal em Y-de-roux. No exame histológico não foram isoladas células tumorais na peça operatória e em nenhum dos 22 gânglios ressecados. **Discussão:** A resposta patológica completa no adenocarcinoma gástrico é pouco frequente, podendo ser determinante para a sua ocorrência a presença de eventuais características moleculares específicas. Face a estes factos, questiona-se a importância de completar QT mesmo após se ter obtido uma resposta patológica completa.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Autores: Fonseca, S.; Torre, A.; Leite, M.; Francisco, E.; Graça, S.; Esteves, J.; Vieira, J.; Vale, S.; Maciel, J.
CONTACTO: Sofia Filomena Pereira Fonseca
EMAIL: sophia_ffonseca@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 57)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Volvo do sigmoide – a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O volvo do colon é a terceira causa de oclusão intestinal mecânica do cólon, depois da neo-

plasia e da diverticulite. Resulta de uma rotação do cólon sobre o seu próprio eixo, desenvolvendo-se nas porções de cólon que possuem mesentério. É mais frequente no cólon sigmóide, podendo aparecer também no cego ou cólon transverso, sendo mais frequente em idosos com várias patologias. **Material e Métodos:** Caso clínico. **Resultados:** Sexo masculino, 84 anos, recorreu ao SU por dor abdominal generalizada, vômitos e paragem de emissão de gases e fezes. O Rx abdominal mostrou volvo do sigmoide. A colonoscopia descompressiva destorceu o cólon e o doente teve alta clinicamente bem. Recorreu novamente ao SU com a mesma clínica. O Rx abdominal era sobreponível, e a TC mostrou dilatação marcada do cólon sigmoide com zona de estenose correspondente a zona de torção. Por se tratar de recidiva, submetido a sigmoidectomia com anastomose primária. O pós-operatório não teve intercorrências e o doente teve alta clinicamente bem ao 7º dia. **Discussão:** O volvo do colon sigmóide é mais frequente no idoso, associado a obstipação, enquanto que o volvo do cego é mais frequente em indivíduos jovens. A primeira abordagem terapêutica do volvo é a colonoscopia descompressiva, sempre que não haja perfuração. É fundamental que se proceda à distorção do cólon e ao tratamento cirúrgico definitivo para prevenir a recorrência e complicações, com ressecção do volvo, com ou sem anastomose (Hartmann), consoante as condições clínicas do doente.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Marta Reia, David Salvador, Nuno Pratas, Cristina Costa, Ana Gomes, Beatriz Mourato, Filipa Taré, Guilherme Fialho, Érika Delgado, Hugo Capote, Ilda Barbosa
CONTACTO: Marta de Fátima Oliveira Lourenço Reia
EMAIL: marta.o.reia@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 228)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Impacto da Idade nas Características Clinicopatológicas e Prognóstico dos Doentes com Carcinoma Gástrico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O cancro do estômago representa a 3ª causa de morte relacionada com o cancro a nível mundial. Os jovens demonstram particularidades como maior incidência nas mulheres e maior indiferenciação histológica. Pretende-se avaliar o efeito da idade nas características clinicopatológicas e o prognóstico dos doentes submetidos a cirurgia por adenocarcinoma gástrico. **Material e Métodos:** Foram consultados 345 processos clínicos entre 01/01/2008 e 31/12/2015 e os doentes foram estratificados 2 grupos (Grupo 1 ≤65 anos e Grupo 2 >66 anos). **Resultados:** Não foram encontradas diferenças significativas entre as curvas de sobrevivência ($p=0.848$) e na sobrevivência livre de doença ($p=0.253$) dos 2 grupos. No entanto, verificaram-se algumas diferenças nas variáveis que influenciam a sobrevivência e sobrevivência livre de doença: tamanho do tumor, permeação linfática e venosa e estadio. Considerando o estadio (comparação com estadio I): o estadio III apresentou risco de morte maior em 11.56x para grupo 1 e 7.18x para grupo 2; o risco de recidiva foi maior em 12,98x para o grupo 1 e em 8,71x para o grupo 2. **Discussão:** Não foi demonstrada



diferença estatística tanto na sobrevida global como na sobrevida livre de doença atendendo ao grupo etário. Algumas variáveis independentes (tamanho do tumor, permeação linfática e venosa, estadio) correlacionam-se com o prognóstico dos doentes quant ao risco de recidiva e risco de morte, sendo que para estas variáveis observou-se um risco de morte e recidiva significativamente maior para o grupo mais novo.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II
SERVIÇO: Cirurgia Geral do CHVNG/E,EPE
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Barbosa L; Ferreira J; Santos M; Fonseca S; Tavares A; Póvoa A; Maciel J.
CONTACTO: Lilite Barbosa
EMAIL: lilitbarbosa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 168)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Neoplasia do Reto – Avaliação Retrospectiva de Resposta a Quimiorradioterapia Neoadjuvante (QRT)**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tratamento do cancro do reto tem evoluído consideravelmente ao longo das últimas décadas, sobretudo desde a introdução da quimiorradioterapia neoadjuvante (QRT), permitindo diminuição de taxas de recorrência local (6%), com taxas de resposta patológica completa (RPC) de 15-27%. Doentes com RPC apresentam melhor prognóstico e menor risco de recidiva. **Material e Métodos:** Prever aplicabilidade de estratégia “watch and wait” aos doentes da nossa Instituição. **Resultados:** Estudados 33 doentes (idade média 65 anos; sexo masculino 58%), com tumor a uma distância média de 7cm da MA. No estadiamento inicial, 88% apresentavam tumores T3 e 30% (10) estavam metastizados (pulmão e fígado). Após QRT verificou-se uma regressão imagiológica de ~23% na extensão tumoral e uma taxa de resposta de 74% nos gânglios peri-retais afetados. Não houve nenhuma resposta imagiológica completa, mas 6 doentes (18%) apresentaram RPC – AJCC0, após esquema longo de QRT. Estes, embora possíveis candidatos a vigilância, apresentaram respostas parciais no re-estadiamento (imagem, toque retal, endoscopia) inviabilizando essa opção. Taxa de recidiva sistémica de 27%, centrada nos doentes com agravamento sob QRT (4) ou que já apresentavam metastização de início. Não se identificou nenhuma recidiva local. Taxa de mortalidade ~30%, sobretudo nos doentes com recorrência. **Discussão:** A fiabilidade da abordagem “watch and wait” está dependente da identificação de RPC após QRT, sendo necessário uma melhoria sobretudo no re-estadiamento destes doentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga – Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Mariana Costa; Ana Marta Pereira; Sara Lourenço; Luciana Costa; Florinda Cardoso; Jorge Costa; Inês Bessa; António Soares; Rosa Sousa; Gil Gonçalves; Mário Nora
CONTACTO: Mariana Costa
EMAIL: mariana87costa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 22)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Carcinoma Ductal Invasor da Mama: Tratamento Neoadjuvante e Cirurgia Conservadora Sem Esvaziamento Ganglionar Axilar**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O cancro da mama é a neoplasia mais frequente do sexo feminino afetando uma em cada nove mulheres. Nos doentes com cancro da mama com envolvimento ganglionar aquando do diagnóstico, o esvaziamento ganglionar era realizado posteriormente, independentemente da resposta à quimioterapia neoadjuvante. **Material e Métodos:** Apresentação de caso clínico. **Resultados:** Apresentamos o caso de uma mulher de 46 anos com carcinoma ductal invasor da mama direita e com doença axilar comprovada histologicamente. Realizada marcação de ambas as lesões com cliques radiopacos e posteriormente submetida a quimioterapia neoadjuvante. Terminada a neoadjuvância, submetida a cirurgia conservadora com biópsia selectiva de gânglio sentinela (BSGS). Comprovada, radiologicamente durante a cirurgia, a presença do clipe na peça de BSGS. O Exame extemporâneo da adenopatia revelou: negatividade para células malignas. A histologia definitiva comprovou a ausência de células neoplásicas na adenopatia, assim como na peça de tumorectomia com aparente resposta completa ao tratamento – ypT0 N0(sn) CR. **Discussão:** Trata-se de um caso com resposta completa ao tratamento, comprovada clínica, imagiológica e histologicamente. Como adjuvância a doente realizou radioterapia e hormonoterapia. Este é um caso de sucesso em que, após a marcação prévia das lesões e do tratamento neoadjuvante, foi possível a realização de uma cirurgia conservadora sem esvaziamento axilar, e com regressão completa local e regional, comprovada, em resposta ao tratamento.

HOSPITAL: Hospital de Braga
SERVIÇO: Cirurgia Geral (1), Ginecologia/Obstetrícia (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Charlène Viana (1), Hugo Rios (1), Nuno Barros (2), Luís Castro (2), Maria José Rocha (2), Arlindo Ferreira (2)
CONTACTO: Charlène Marques Viana
EMAIL: vianacharlène@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 254)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Hérnia Diafragmática Traumática, 25 Anos Depois**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hérnia diafragmática crónica pós-traumática pode manifestar-se vários anos após lesão diafragmática oculta. Os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar agravamento progressivo de dispneia; alguns apresentam clínica de oclusão ou perfuração. **Material e Métodos:** Caso clínico. Doente do sexo masculino, 61 anos, que recorreu ao SU por dispneia e dor dorso-lombar esquerda, com irradiação abdominal. Antecedentes: trauma por arma branca no 8º espaço intercostal esquerdo, 25 anos antes; episódio de epigastralgias 6 meses antes, que levou ao diagnóstico de hérnia diafragmática. O doente apresentava-se taquipneico e com ausência de murmúrio vesicular à esquerda. Rx e TAC: hérnia diafragmática ocupando o hemitórax esquerdo, com colapso do pulmão homolateral e



desvio direito do mediastino. O doente foi submetido a laparotomia subcostal esquerda urgente. Constatou-se hérnia diafragmática contendo estômago, cólon transverso e epíplon, com volvo gástrico associado. Fez-se lise de aderências, redução do conteúdo herniado, drenagem torácica e rafia diafragmática. **Resultados:** No pós-operatório, o doente foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva, por insuficiência respiratória hipoxémica; transferido para o Serviço de Cirurgia 24h depois. Evolução favorável gradual ao longo do internamento; alta ao 13º dia pós-operatório. Sem intercorrências. **Discussão:** Em doentes com risco aceitável, as hérnias diafragmáticas crónicas pós-traumáticas devem ser reparadas electivamente, de modo a evitar as complicações associadas.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Unidade de Aveiro
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Paulo Rocha Menezes, Teresa Santos, Marta Serra, Rita Lages, Catarina Ribeiro, Vítor Francisco, Margarida Martins, Morgado Viana, Jorge Sousa, Amélia Vieira
CONTACTO: Paulo Sérgio dos Santos Rocha Menezes
EMAIL: paulorochamed@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 13)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Perfuração iatrogénica do esófago – abordagem conservadora**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Mais de metade das perfurações esofágicas são iatrogénicas, a maioria delas durante procedimentos endoscópicos. A abordagem não cirúrgica pode ser uma alternativa bem sucedida em casos seleccionados. Apresenta-se o caso clínico de um doente com perfuração iatrogénica do esófago torácico submetido a tratamento endoscópico **Material e Métodos:** Caso clínico **Resultados:** Sexo masculino, 89 anos, com antecedentes de Cardiopatia isquémica, HTA, Dislipidémia e Osteoartrose, internado por coledocolitíase. Realizou Ecoendoscopia, tendo sido proposto para CPRE. Durante o procedimento constatou-se laceração profunda do esófago torácico “em mucosa circundante acinzentada” (sic), tendo-se suspenso o exame e sido feita aplicação de 6 clips via endoscópica. 24 horas depois foi realizado novo exame endoscópico com colocação de prótese esofágica. Foi feito controlo imagiológico e endoscópico, sem extravasamento de contraste. Iniciou antibioterapia de largo espectro, e foi submetido a drenagem torácica bilateral e a monitorização hemodinâmica e clínica em UCI. À data actual, e após controlo endoscópico, não há evidência de leak ou de complicações locais, estando a tolerar dieta por via oral. **Discussão:** A opção terapêutica deve ter em conta vários factores, como o tipo de perfuração, a localização, a contaminação local e as comorbilidades do doente. Os stents endoscópicos podem ser úteis em casos específicos. Parece haver benefício em doentes com mediastinite, múltiplas comorbilidades e idade avançada que não consigam tolerar cirurgia major

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia II – Hospital Egas Moniz (1), Serviço de Gastroenterologia (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica

AUTORES: Ricardo Rodrigues Marques (1), Ana Alves Rafael (1), Luís Viana Fernandes (1), Liliana Carvalho (2), Tiago Bana (2)

CONTACTO: Ricardo Rodrigues Marques
EMAIL: rm.rodriguesmarques@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 493)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Sarcoma pélvico no diagnóstico diferencial de massa anexial**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os sarcomas são grupo raro e heterogéneo de tumores mesenquimatosos, que constituem <1% de todos os tumores do adulto. De espectro histopatológico alargado, 80% têm origem em tecidos moles e os restantes, em tecido ósseo. Os subtipos mais comuns são indiferenciado, lipossarcoma, leiomiossarcoma e sinovial. A clínica típica é massa indolor de aumento progressivo ou achado incidental. **Resultados:** Doente, 63 anos, com incidentaloma de massa anexial, duromiomatosa em ecografia transvaginal. TAC revelou volumosa lesão subperitoneal (12x11x11mm), em contiguidade com útero e ovário, sólida, heterogénea e com áreas de necrose, com desvio do cólon sigmóide com plano de clivagem. MT negativos. Fez-se laparotomia exploradora encontrando volumoso tumor pélvico, na dependência do mesocólon, aderente a ovário e ansa sigmoideia, com restantes planos de clivagem. Fez-se colectomia segmentar, ressecção em bloco de tumor e salpingooforectomia. Pós operatório sem incidentes. Histologia: leiomiossarcoma, G2, para anexial, sem invasão da parede do sigmóide. **Discussão:** Os sarcomas são, de modo geral, agressivos, sendo o estadio, grau histológico e tamanho do tumor, os principais factores prognósticos. Outros incluem a localização, idade do doente e subtipo histológico. É fundamental a ressecção cirúrgica com margens livres e preservação da integridade do tumor. Ainda assim, 25% terão metástases à distância; 40 a 50% no caso de tumores >5cm, subfascias ou de grau intermédio a alto.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE
SERVIÇO: Cirurgia 1
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Inês Sales, Inês Gil, Nuno Rama, Vítor Faria
CONTACTO: Ines Ferrer Sales
EMAIL: neix.sales@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 456)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Um caso de pancreatite aguda complicada**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Apresentamos o caso de um homem de 81 anos, com dois episódios prévios de pancreatite aguda alitiásica, admitido no SU por quadro febril, hipotenso e hipoxémico, com dor no epigastro e hipocôndrio direito. A TC revelou colecções peripancreáticas e áreas hipodensas não captantes (necrose); densificação da gordura peripancreática; líquido peripancreático e derrame pleural bilateral. Analiticamente: elevação dos parâmetros inflamatórios; bilirrubinas, cálcio e triglicéridos normais. É internado, iniciando Piperacilina-Tazobactam empiricamente após colheita de culturas. Durante o internamento, por



agravamento da clinica com sépsis, é transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos e decide-se intervenção cirúrgica: drenagem da colecção pancreática via mini-laparotomia subcostal esquerda (cultura do líquido negativa), colocada Pezzer para lavagem da loca. Doze dias depois, procedeu-se à revisão de drenagem, não se identificando necrose pancreática; colocado sistema de lavagem-drenagem. Desde então, com evolução favorável da pancreatite, sem outras complicações tardias nas TC subsequentes. Teve alta clinicamente melhorado. Com este caso pretendemos atentar às complicações de uma pancreatite necrotizante, nomeadamente as colecções necróticas agudas que podem, mais tarde, organizar-se e formar walled-off necrosis (WON). Muitos doentes com WON têm sintomas/complicações que requerem intervenção radiológica/endoscópica/cirúrgica. Nesta situação, optou-se por uma abordagem minimamente invasiva, com sucesso.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
SERVIÇO: 1) Serviço de Cirurgia do Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Freire-Gomes A.(1), Taré F.(1), Capote H.(1), Barbosa I. (1)
CONTACTO: Ana Freire Gomes
EMAIL: anafreireg@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 83)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Fibromatose do tipo desmoide do mesentério: a propósito de um caso clínico**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A fibromatose desmoide (tumor desmóide) é rara e pode ser localmente agressiva. Os tumores com origem no mesentério contabilizam 8% dos tumores desmóides. **Material e Métodos:** Apresentamos o caso de um homem de 54 anos que recorreu ao SU por dor abdominal, melenas e febre. Na observação inicial apresentava sinais de sépsis e reacção peritoneal difusa. Realizou uma TC que revelou uma massa sólida vascularizada, com necrose central com bolhas de ar e nível hidroaéreo medindo 20x15cm. Submetido a laparotomia urgente, observou-se uma volumosa massa tumoral do mesentério invadindo uma ansa de jejuno proximal que se encontrava perfurada. Procedeu-se a ressecção em bloco da massa tumoral com a ansa de intestino delgado, com necessidade de ressecção segmentar e anastomose da artéria mesentérica superior. O pós-operatório imediato cursou com isquemia de ansa de jejuno por trombose da anastomose arterial, com necessidade de reintervenção cirúrgica. O doente foi ainda reoperado por coleções intra-abdominais e teve um internamento prolongado na Unidade de Cuidados Intensivos. Observou-se uma melhoria paulatina, com recuperação da autonomia nutricional, hidroeletrólítica e ventilatória, no entanto o doente acaba por falecer 4 meses após a sua admissão. O estudo anatomo-patológico da massa foi compatível com fibromatose do tipo desmoide intra-abdominal, do mesentério. **Discussão:** Demonstra o presente caso a agressiva evolução local da fibromatose desmoide, com uma apresentação atípica de abdómen agudo.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral I (1)

CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Inês Alegre (1), Jorge Rebanda (1), Carlos Resende (1), Carlos Neves (1)
CONTACTO: Inês Alegre
EMAIL: i.alegresantos@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 489)

SESSÃO: PO 17

TÍTULO: **Volumosa metastase axilar de carcinoma da pele não melanoma**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A linfadenopatia localizada periférica é um achado comum na prática clínica. O desafio é diferenciar etiologia benigna da maligna. Geralmente, a anamnese e o exame objectivo são suficientes para o diagnóstico, mas, em caso de persistência sem causa atribuída, a investigação por ecografia está recomendada, complementada com exame histopatológico. **Material e Métodos:** Apresentação de um caso clínico **Resultados:** Doente do sexo masculino de 86 anos com antecedentes de neoplasia cutânea que se apresentou com linfadenopatia axilar gigante. Após extensa marcha diagnóstica, confirmou-se corresponder a metástase axilar de carcinoma pavimento-celular com provável origem em lesão do dorso da mão homolateral, excisada anos antes. **Discussão:** O carcinoma pavimento-celular com metástases axilares é raro e tem mau prognóstico. Requer reconhecimento precoce, sobretudo em doentes de alto risco, e tratamento agressivo, a maioria das vezes associando RT adjuvante à cirurgia de ressecção tumoral.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral (2) Serviço de Angiologia e Cirurgia vascular do CHLC – HSM
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Magda Alves (1) Tiago Louro (1) Ricardo Correia (2) Margarida Brilhante (1) Francisco Rodrigues (1)
CONTACTO: Magda Teresa Varelas Alves
EMAIL: alves.magda0@gmail.com

SALA 8 2017-03-17 14:30:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 79)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Lingangioma Quístico: Uma causa rara de oclusão intestinal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os Linfangiomas são tumores benignos caracterizados pela proliferação de vasos linfáticos. São tumores raros, sendo que 50% estão presentes à nascença e 90% são diagnosticados antes dos 2 anos. Localizam-se predominantemente no pescoço e região axilar, com apenas 10% a localizarem-se na cavidade abdominal. **Material e Métodos:** Doente de 16 anos, sexo feminino, admitida no SU por quadro de vómitos e distensão abdominal. EO: Abdómen distendido e timpânico, difusamente doloroso, sem reacção peritoneal. RHA aumentados de frequência e com timbre metálico. Ecografia abdominal com distensão de ansas sem outras alterações. TC: Pronunciada dilatação do intestino del-



gado, por oclusão mecânica com um obstáculo localizado em posição mediana na pélvis, brida, hérnia interna? Realizada laparotomia exploradora com enterectomia segmentar por lesão quística do íleon. **Resultados:** AP: Linfangioma cístico do mesentério com 6,5 cm de maior eixo. Expressão de podoplanina, GLUT1, actina e desmina. HMB45 negativo Alta ao 6º dia pós-op sem intercorrências FUP de 9 meses, sem evidência de recidiva **Discussão:** Os Linfangiomas são tumores raros, sendo o seu diagnóstico na adolescência ainda mais raro, principalmente em contexto de oclusão intestinal. O tratamento para estes tumores é a sua excisão completa, uma vez que a excisão parcial aumenta o risco de recorrência. Mesmo a excisão total pode estar associada a recidiva.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia 1, Centro Hospital de Leiria(1), Serviço de Cirurgia Geral IPO Coimbra(2)

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Martins Jordão, D(1,2); Ferraz,S(1);Garcia,R(1);Branco Lopes,A(1);Faria,V(1)

CONTACTO: Daniel Martins Jordão

EMAIL: dfmjordao@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 191)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Ball Valve Syndrome**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A invaginação gastroduodenal (IGD), uma patologia rara no adulto, é o tipo menos comum de invaginação do tracto gastrointestinal (GI) (5%). Habitualmente deve-se ao prolapso de uma lesão pediculada gástrica no duodeno, como um tumor gastrointestinal estromal (GIST), e está associado a sintomas de oclusão – “Ball Valve Syndrome”, descrito em 1946 por Hobbs e Cohen. Os GIST são tumores raros e representam 1-3% dos tumores GI. A maioria são de origem gástrica (60-70%) e 20-30% do intestino delgado. Os factores de prognóstico são o índice mitótico, a dimensão e a localização do tumor primário. A abordagem terapêutica inclui a ressecção RO, e em casos selecionados, é seguida de terapêutica com Imatinib para controlo da recidiva. **Material e Métodos:** Os autores apresentam um caso clínico. **Resultados:** Caso clínico de um homem de 72 anos com um quadro de dor epigástrica paroxística e dispepsia com um mês de evolução. Realizou uma endoscopia digestiva alta (EDA) com uma suspeita de torção gástrica pelo que foi referenciada à nossa instituição. Após realização de uma TAC abdominopélvica e nova EDA, confirmou-se o diagnóstico de IGD por tumor gástrico, cuja biópsia revelou um GIST. O doente foi submetido a ressecção laparoscópica com margens negativas, seguida de terapêutica com Imatinib. **Discussão:** A IGD é uma forma rara de abdómen agudo e pode ser causada por um prolapso de um tumor gástrico no duodeno, como um GIST, causando sintomas oclusivos (“Ball Valve Syndrome”).

HOSPITAL: Hospital Beatriz Ângelo

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Esofago-Gástrica

AUTORES: Joana Bártolo, Carolina Rodrigues, Marta Santos, Mariana Sousa, Marisa Ferreira, Gonçalo Luz, Rita Garrido, Rui Maio

CONTACTO: Joana Bártolo

EMAIL: joanabartolo@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 27)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Um caso raro de neoplasia do colon – A propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A neoplasia maligna do cólon é a terceira neoplasia mais comum no mundo e a quarta neoplasia com maior mortalidade. O adenocarcinoma é a forma histológica mais comum nesta patologia. Contudo existem outras histologias, mais raras que, não sendo comuns no cólon e recto, obrigam a uma investigação diagnóstica para exclusão de tumor primário em outro órgão. **Discussão:** Com uma incidência de 0,086% , o tumor de células claras primário do cólon é uma das formas histológicas mais raras. O autor, procede a revisão da literatura e apresentação de um caso clínico, com a sua investigação diagnóstico, discussão e evolução.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia, Serviço de Anatomia Patológica

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Nuno Mendonça(1); Sara Patrocínio(1); Miguel Tomé(1); Filipa Caldeira(1); Rita Pereira (1); Hélder Além(1); Zara Caetano (1); José Vilchez(2); José Janeiro Neves(1)

CONTACTO: Nuno Mendonça

EMAIL: nggmendonca@aim.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 246)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Divertículo epifrénico após Cardiomiectomia de Heller e Funduplicatura de Dor**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Distúrbios da motilidade do esófago são um grupo de condições clínicas que vão da acinesia à hipermotilidade, mas que podem apresentar sintomatologia idêntica. A manometria esofágica demonstra a existência de padrões de disfunção típicos; contudo, muitos casos não são passíveis de diagnóstico específico. Divertículos epifrénicos estão associados a distúrbios da motilidade esofágica, mas foram também descritos como complicação de cardiomiectomias em que a secção muscular não foi adequadamente coberta por funduplicatura anterior. **Material e Métodos:** Doente do sexo feminino, 44 anos, com disfagia e dor retroesternal com 2 anos de evolução com dismotilidade esofágica resistente à nifedipina, botox e amitriptilina. A manometria esofágica mostrava ausência de ondas peristálticas no esófago distal sem compromisso do relaxamento do EEI e o trânsito esofágico motilidade reduzida do esófago. Foi submetida a Cardiomiectomia de Heller e Funduplicatura de Dor. Um ano depois, reiniciou queixas de disfagia. Em EDA e trânsito esofágico foi confirmada a presença de divertículo epifrénico com 4,5cm, sem obstrução a nível da JEG. **Resultados:** A doente foi submetida a diverticulectomia epifrénica e Funduplicatura de Dor. Encontra-se no 4º mês pós-operatório com melhoria clínica. **Discussão:** Distúrbios da motilidade esofágica são um grupo de doenças que pela sua apresentação relativamente heterogênea implicam muitas vezes o seu estudo caso a caso, dificultando a criação de guidelines terapêuticas que se apliquem inequivocamente a cada paciente.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE



SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A, Centro Hospitalar e Universidade de Coimbra (1), Clínica Universitária de Cirurgia III, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Esofago-Gástrica
AUTORES: Rodrigo Athayde Nemésio (1,2), José Carlos Campos (1,2), Francisco Castro e Sousa (1,2)
CONTACTO: Rodrigo Athayde Nemésio
EMAIL: memesio@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 198)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Adenocarcinomas Neuroendócrinos Gástricos: Casuística de uma Unidade Funcional**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os Adenocarcinomas neuroendócrino misto gástrico (MANECs) são neoplasias malignas raras que apresentam graus de diferenciação variável do componente glandular e neuroendócrino. O diagnóstico é feito com base na histologia e nos marcadores imunohistoquímicos como a cromogranina, sinaptofisina, CD56 e enolase neuro-específica. O seu tratamento cirúrgico depende da sua localização e estadiamento. Os autores apresentam a estatística dos MANECs gástricos, diagnosticados e tratados na Unidade de Patologia Esofagogástrica do CHLC. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de 3 casos clínicos, incidindo sobre a apresentação clínica, o estadio, o seu tratamento e evolução. **Resultados:** Caso 1 MANEC do cárdia gástrico, estadio III (T4N1/2M0), confirmado por laparoscopia de estadiamento, submetido a quimioterapia neoadjuvante. Caso 2 MANEC do corpo gástrico, estadio III (T3N1M0), submetido a gastrectomia total radical e linfadenectomia D2. Realizou quimioterapia adjuvante. Caso 3 MANEC do antro gástrico, estadio II (T2N1M0), submetido a gastrectomia subtotal e linfadenectomia D2. Realizou quimioterapia adjuvante. Follow-up de 5 anos sem evidência de recidiva local ou metastização à distância. **Discussão:** Os MANEC gástricos são um grupo heterogéneo de tumores que exibem características imunohistoquímicas específicas e estão associados a um bom prognóstico. Frequentemente a biópsia só revela adenocarcinoma, sendo o diagnóstico final de MANEC confirmado pelo resultado anatomopatológico da peça operatória.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Cirurgia – Unidade Funcional Esofago-gástrica
CAPÍTULO: Cirurgia Esofago-Gástrica
AUTORES: Catarina Aguiar, Rosa Matias, Luísa Quaresma, João Sacadura, Gualdino Silva, Vasco Vasconcelos, José Caldeira Fradique, José Guedes da Silva, Américo Martins, Eduardo Barroso
CONTACTO: Catarina Aguiar
EMAIL: catarina_aguiar_99@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 329)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Lipossarcoma retroperitoneal volumoso – Caso Clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os lipossarcomas compreendem cerca de 15% dos tumores dos tecidos moles, sendo o tipo mais frequente o retroperitoneo. Surgem como tumores únicos e com um tipo histológico. Podem atingir

grandes dimensões. O pico de incidência é entre os 50-70 anos. A taxa de recorrência após ressecção cirúrgica é de 50-100%. O objetivo é a descrição de um caso clínico de um lipossarcoma retroperitoneal volumoso. **Material e Métodos:** Descrição de um caso clínico sobre lipossarcoma retroperitoneal volumoso. **Resultados:** Homem, 76 anos, com tumefação periumbilical, indolor, com 6 meses de evolução. Perda ponderal de 10Kg em 1ano. Sem outra sintomatologia associada. Realizou ecografia e TAC abdominal que revelou volumosa massa de 13x14x13cm, provocando ligeira compressão na VCI e em contato com a parede abdominal anterior. Realizou-se biópsia ecoguiada que foi sugestiva de fibromatose. O doente foi submetido a ressecção por via aberta, tendo-se verificado não invasão de estruturas adjacentes. Alta ao 5º dia sem intercorrências. A histologia revelou lipossarcoma bem diferenciado do tipo esclerosante e inflamatório, Grau 1, estadio pT2bNx. **Discussão:** Os tumores retroperitoneais são malignos em 85% dos casos. Habitualmente o diagnóstico é incidental por TAC ou por cirurgia. A TAC é altamente sensível para uma boa avaliação pré-cirúrgica. O tipo histológico é o principal fator prognóstico. O lipossarcoma bem diferenciado representa cerca de 30% dos lipossarcomas e é o tipo com melhor prognóstico.

HOSPITAL: Hospital de Braga
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral, Hospital de Braga, Braga, Portugal (2) Surgical Sciences Research Domain, Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), Escola Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal

CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Maria Sousa (1), Pedro Leão(1,2), André Goulart (1), Hugo Rios (1), Isabel Marques (1), Mesquita Rodrigues (1), Fernanda Nogueira (1)
CONTACTO: Maria Sousa
EMAIL: sousam307@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 230)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Invaginação Intestinal: Da Raridade à Realidade**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A invaginação ocorre no adulto em apenas 5% de todos os casos sendo o divertículo de Meckel uma das etiologias. Malignidade é encontrada em apenas 3,2% destes divertículos e muito raramente representam local de metastização de outras neoplasias. Os carcinomas sarcomatóides do pulmão são um grupo de neoplasias raras, pouco diferenciadas e muito agressivas. A invaginação devida a metástases intestinais destes carcinomas é uma complicação extremamente rara da doença. **Material e Métodos:** Mulher de 72 anos, observada no SU por clínica de oclusão intestinal. A TC abdominal demonstrou imagem em alvo compatível com invaginação intestinal a condicionar oclusão intestinal a montante. Procedeu-se a laparotomia exploradora confirmando-se invaginação entero-entérica a cerca de 130cm do angulo de Treitz. Realizou-se enterectomia segmentar do segmento invaginado com anastomose primária. **Resultados:** Histologia: área de invaginação com divertículo de Meckel e nódulo de 2,5cm na sua extremidade distal, correspondendo a carcinoma pouco diferenciado de padrão sarcomatóide, com perfil imunohistoquímico



compatível com metástase de adenocarcinoma do pulmão. **Discussão:** Como primeira forma de apresentação da doença, uma complicação da metastização para o trato digestivo é um evento muito raro associada a mau prognóstico global. Na literatura pesquisada não foram encontrados outros casos semelhantes que relatem uma oclusão intestinal devido a invaginação provocada por metastização de um carcinoma do pulmão num divertículo de Meckel.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E(1). Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E (2)

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: Barbosa L(1); Ferreira J(1); Wen X(2); Louro H(1); Fonseca S(1); Furtado A(2); Póvoa A(1); Maciel J(1)

CONTACTO: Lilitte Barbosa

EMAIL: lilittebarbosa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 298)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Trauma Esplénico – Casuística Cirúrgica de um Centro de Trauma**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O traumatismo esplénico é frequente em casos de trauma fechado. O diagnóstico clínico pode ser difícil, uma vez que 40% dos doentes não apresenta sinais ou sintomas suspeitos na avaliação inicial. De forma a minimizar a morbilidade associada é importante o elevado nível de suspeição tendo em conta, por exemplo, o mecanismo de trauma **Material e Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de 61 doentes submetidos a cirurgia de urgência em contexto de traumatismo esplénico num Centro de Trauma, entre Janeiro de 2010 e Outubro de 2016. **Resultados:** O sexo masculino predominou com 82% dos casos. Relativamente aos mecanismos de trauma mais frequentes: 49.1 % relacionados com acidentes rodoviários e 31.1% com quedas. A maioria dos doentes admitidos (n=53) era da área de residência do CHLC. Quanto à gravidade do trauma, os doentes submetidos a cirurgia apresentavam predominantemente lesão esplénica Grau IV (n=42). Na cirurgia conservadora (n=10) predominou a lesão de grau III. Os 2 casos de esplenectomia parcial decorreram sem intercorrências, com todas as vantagens associadas a esta técnica poupadora do baço **Discussão:** Os acidentes rodoviários surgem como principal mecanismo de trauma esplénico. A esplenectomia total predominou como procedimento cirúrgico, sendo apenas relatados dois casos de esplenectomia parcial (trauma grau IV).

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: Clara Sampaio, Sofia Pina, Sofia Frade, Luís Moniz

CONTACTO: Clara Margarida F. F. Sampaio

EMAIL: claramffsampaio@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 445)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Cirurgia Hepática – Caso de Indicação Rara**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Carcinoma Medular da Tiróide (CMT) é um tumor endócrino raro que corresponde a 5-10% dos tumores da tiróide. Metástases à distância são raras e podem ocorrer no fígado, pulmão e osso. As metástases hepáticas são, na maior parte dos casos, sinal de doença disseminada e são difíceis de diagnosticar por técnicas de imagem por serem frequentemente pequenas e múltiplas. O seu tratamento pode ser cirúrgico, por radiofrequência ou quimioembolização. A cirurgia é o único tratamento com potencial curativo contudo, dada a habitual disseminação da doença aquando do seu diagnóstico, é muitas vezes necessário tratamento sistémico. **Material e Métodos:** Relato de caso clínico **Resultados:** Homem com diagnóstico de CMT aos 59 anos. Submetido a tiroidectomia total com esvaziamento central radical modificado à esquerda (T3N0M0). Cinco anos após a cirurgia, objetivada subida da CT e CEA. Em TAC e RMN verificadas três lesões hepáticas suspeitas de traduzir envolvimento secundário: segmento 2, transição dos segmentos 5/8 e transição dos segmentos 7/6 com 9, 6 e 14mm, respetivamente. A PET não mostrou outras lesões. Realizada biópsia de lesão hepática que confirmou a suspeita. Decidido tratamento cirúrgico: subsegmentectomia 6 e metastasectomias dos segmentos 5 e 2. A histologia definitiva comprovou a existência de três focos metastáticos de CMT. **Discussão:** Dado o excelente estado geral do doente e a ausência de outras metástases à distância, a cirurgia permitiu o tratamento das metástases hepáticas do CMT com intuito curativo.

HOSPITAL: Hospital de Braga

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Charlène Viana(1), Alexandra Babo(1), José Pedro Pinto(1), Ricardo Pereira(1), Humberto Cristino(1), Joaquim Falcão(1), Sónia Vilaça(1)

CONTACTO: Charlène Viana

EMAIL: vianacharlène@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 347)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Carcinoma medular da tiróide – Experiência de um serviço**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O carcinoma medular da tiróide (CMT) corresponde a <2% dos carcinomas tiroideus. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de doentes com CMT avaliados no nosso hospital de 1992 a 2016. **Resultados:** Incluídos 47 doentes, 60% do sexo feminino e idade mediana de 48 anos. As indicações cirúrgicas foram carcinoma medular: 24, bócio: 10, tumor folicular: 5, cirurgia profilática por MEN2A: 4, carcinoma papilar: 3 e hiperparatiroidismo: 1. A cirurgia inicial foi lobectomia em 5 doentes e tiroidectomia total em 41 doentes (24 com esvaziamento cervical). Em 4 casos foi realizada ainda paratiroidectomia. O tamanho mediano do tumor foi de 1,6 cm com hiperplasia das células C em 44% dos doentes e metastização ganglionar em 8 dos submetidos a esvaziamento cervical. Verificaram-se 6 casos de persistência



e 7 de recidiva da doença. Em 14 houve necessidade de re-intervenção (totalização de tiroidectomia: 1, totalização de tiroidectomia com esvaziamento cervical: 3, esvaziamento cervical: 9 e esvaziamento mediastínico: 1). Com um follow-up mediano de 74 meses, 72% estão vivos sem doença e 13% vivos com doença, sendo a taxa de mortalidade pela doença de 11%. **Discussão:** A abordagem diagnóstica e terapêutica do CMT tem-se modificado ao longo do tempo. A metastização ganglionar é frequente e precoce, tal como evidenciado na nossa série, pelo que o tratamento gold-standard é a tiroidectomia total com esvaziamento do compartimento central e eventual esvaziamento radical modificado.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral – Centro Hospitalar de São João; (2) Serviço de Endocrinologia – Centro Hospitalar de São João

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Fabiana Sousa (1), João Capela (1), Ana Saavedra (2), Cristina Fernandes (1), Vítor Devezas (1), Elisabete Rodrigues (2), Luís Matos Lima (1), José Costa Maia (1)

CONTACTO: Fabiana Sousa

EMAIL: fabiana.s.sousa52@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 518)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Íleus biliar – importância da suspeição clínica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O íleus biliar (IB) é definido por migração e impactação de cálculo biliar de grandes dimensões no lúmen intestinal. É mais frequente em mulheres e idosos; apresenta uma elevada taxa de mortalidade, devido ao atraso no diagnóstico. Os autores propõem-se a apresentar um caso clínico, cujo diagnóstico iludiu recorrentemente os médicos do Serviço de Urgência (SU). **Material e Métodos:** Doente do sexo feminino, 89 anos, com antecedentes de HTA e medicada com indapamida. A doente recorreu ao SU em 3 ocasiões em 10 dias, inicialmente com epigastrias, náuseas e vômitos, depois obstipação e finalmente dejectões diarreicas. Das primeiras 2 vezes teve alta com o diagnóstico de pneumonia e obstipação funcional. No 3º episódio de urgência, destacava-se abdómen doloroso à palpação no flanco e fossa ilíaca direitos, sem irritação peritoneal. Por suspeita de impactação fecal foi feito o toque rectal, removendo-se um cálculo com 35 mm de maior eixo. Realizou TC abdominal que revelou aerobilia e a vesícula biliar colapsada. A doente foi internada para antibioterapia com o diagnóstico de IB e fistula bilio-entérica. **Resultados:** A doente teve alta ao 6º dia de antibioterapia, sempre clinicamente estável. O estudo anatomo-patológico confirmou a origem biliar do cálculo. **Discussão:** O quadro é inespecífico e insidioso, necessitando de um alto nível de suspeição clínica. O toque rectal permanece essencial na avaliação clínica dos quadros de dor abdominal e obstipação, contribuindo para o diagnóstico mesmo das situações menos comuns.

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Botelho P., Eiró F., Oliveira, G., Onofre, S., Luz, C., Santos, J. C., Corte Real, J.

CONTACTO: Pedro Botelho

EMAIL: pedrobotelh@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 300)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Procedimento de Hartmann – uma má cirurgia ou maus doentes?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Cirurgia de Hartmann (CH) é uma opção terapêutica frequente em casos de patologia colo-rectal urgente e tem associada uma elevada taxa de complicações. Neste contexto, pretendeu-se analisar factores preditores de morbi-mortalidade. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo, unicêntrico, de doentes submetidos a CH entre 2009 e 2015. Recolhidos dados demográficos, comorbilidades, diagnóstico, complicações e mortalidade. Análise através do SPSS Statistics v. 20, considerando-se significativo um valor-p<0.05. **Resultados:** Operados 119 doentes: idade 70.9 ± 13.2 anos; 55.5% do sexo masculino; 89.9% apresentavam comorbilidades, sobretudo hipertensão arterial (68,1%), insuficiência cardíaca (23,5%) e diabetes mellitus (21%). Os diagnósticos mais frequentes foram a neoplasia colo-rectal e a diverticulite perfurada (26.9% cada), a complicação de anastomose (17.6%), o volvo intestinal (10.9%) e a colite isquémica (7.6%). O ASA foi ≥ 3 em 58.8%. A taxa de morbilidade foi 67.2% e a de mortalidade 19.3% aos 30 dias. Na análise univariada, o ASA (OR 3.8, p=0.000) e o tipo de diagnóstico (p=0.028) relacionaram-se com complicações médicas, mas não cirúrgicas. A idade (p=0.049) e o ASA (p=0.000) foram preditores de mortalidade. Na análise multivariada, apenas o ASA se manteve como factor de risco (OR 5.8 p=0.004). **Discussão:** Dos factores de risco para morbi-mortalidade avaliados, o ASA foi o mais importante, independentemente da idade e das comorbilidades, traduzindo a importância da deterioração aguda condicionada pelo diagnóstico.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia B

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Alagoa João A, Rocha R, Carneiro C, Sampaio Soares A, Aparício D, Fragoso M, Marinho R, Sobrinho C, Afonso E, Leichsenring C, Gerales V, Nunes V

CONTACTO: Ana Alagoa João

EMAIL: ana.ajoao@live.com.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 500)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Dois casos de abordagem cirúrgica de úlceras de pressão**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os autores apresentam dois casos clínicos: homem de 58 anos que, na sequência de internamento prolongado na Unidade de Cuidados Intensivos, desenvolveu úlceras trocântéricas bilaterais grau IV e sagrada grau III. Realizada reconstrução com retalho do músculo tensor da fáscia lata nas úlceras trocântéricas (tempos operatórios diferentes) e, aplicado enxerto na escara sagrada após desbridamento cirúrgico e vacuoterapia. Mulher de 36 anos, paraplégica, com úlceras isquiáticas bilaterais grau IV, optando-se por revestimento com retalho miocutâneo do grande glúteo em ambas. Esta exposição pretende realçar a importância da prevenção nas úlceras de pressão (UP), que



além de constituírem uma importante causa de morbidade e mortalidade, acarretam um encargo económico significativo para os serviços de saúde. A Cirurgia Plástica desempenha um papel preponderante na medida em que avalia se existe indicação para reconstrução. Geralmente, nas úlceras grau I e II, o tratamento é conservador com pensos/vacuoterapia ou, no máximo, enxerto de pele; já nas úlceras grau III e IV, a solução passa sempre por retalhos. A escolha do retalho apropriado depende do doente e, antes da abordagem cirúrgica, há que otimizar o seu estado geral e nutricional.

HOSPITAL: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
SERVIÇO: 1) Serviço de Cirurgia do Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre; 2) Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Santa Maria (CHLN)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Freire-Gomes A.(1), Gaizka R.(2), Turpin A.(2), Vicente Saraiva L.(2), Ribeiro D.(2), Lima R.(2), Salgueiro M.(2), Andrade M.(2), Fernandes V(2).
CONTACTO: Ana Freire Gomes
EMAIL: anafreireg@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 597)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Avaliação retrospectiva de metástases hepáticas de CCR em comparação com 323 centros internacionais (LiverMetSurvey)**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O cancro colorectal (CCR) é o 3º mais frequente. A metastização hepática surge em aproximadamente 50% dos doentes. 25% são metástases síncronas. A cirurgia é possível em 25-35% dos casos. O objetivo é a avaliação de resultados obtidos na nossa instituição e comparação com os resultado globais expressos no LiverMetSurvey . **Material e Métodos:** Avaliação retrospectiva de 129 doentes (2009 a 2016) submetidos a cirurgia hepática por metástases de CCR, utilizando a base de registo internacional LiverMetSurvey (20374 doentes). **Resultados:** Avaliados 129 doentes com predomínio do sexo masculino e de idades entre os 60-70 anos. A localização principal do tumor primário foi o colon esquerdo (43vs41%). A metastização síncrona foi de 55% (vs55%). 9% apresentava doença extra-hepática concomitantemente(vs13%) Taxa de 68% (vs74%) de ressecabilidade inicial, considerando doentes com indicação para ablação por RF ou MW (22%). 50% dos doentes foram propostos para QT neoadjuvante e a outra metade tiveram tratamento cirúrgico primário seguida de Qt complementar. Em 35% dos doentes procedeu-se a Hepatectomia major(vs53%). A sobrevida média é sobreponível aos valores internacionais nos primeiros anos (1ano:94vs90%; 2º ano:73vs75%) com resultados piores nos anos subsequentes (5ºano:33vs42%; 10ºano: 15vs25%). **Discussão:** Globalmente, os dados obtidos na nossa instituição são sobreponíveis aos apresentados internacionalmente, com maior percentagem de hepatectomias minor e uma menor taxa de sobrevida aos 5 anos.
HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga – Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Mariana Costa; Tiago Fonseca; Vera Oliveira; Florinda Cardoso; Marta Guimarães; Domingos Rodrigues; Gil Gonçalves; Mário Nora

CONTACTO: Mariana Costa
EMAIL: mariana87costa@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 514)

SESSÃO: PO 18

TÍTULO: **Diagnóstico raro de dor abdominal aguda – Doença de Ormond**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** D. Ormond ou fibrose retroperitoneal é uma patologia caracterizada pela presença de inflamação crónica e fibrose do tecido que normalmente envolve a artéria aorta e ilíacas-comuns, com extensão deste para a cavidade retroperitoneal podendo envolver e comprimir estruturas adjacentes, mais comumente os ureteres. É considerada idiopática em dois terços dos casos, os restantes podem ser secundários a medicação, a doenças malignas, infecções e cirurgia. Acomete mais frequentemente homens com idades entre os 40-70 anos. **Material e Métodos:** Caso de um homem de 55 anos, com antecedentes de carcinoma gástrico submetido a Bilioth II e QRT adjuvantes há 22 anos, recorreu ao SU por dor abdominal na FID com 3 dias de evolução, com agravamento progressivo, irradiação lombar direita e náuseas, mas sem vômitos ou outras alterações do TGI ou TGU. Sem medicação habitual. Ao EO apirético, abdómen doloroso à palpação da FID com defesa mas sem dor à descompressão. Analiticamente com anemia ligeira, creatinina de 1,81 e com Pcr de 3,02. TC abdominal com "massa tecidular captante a envolver a bifurcação aorto-iliaca e Ilíacas comuns com aspectos TDM de fibrose retroperitoneal. Existe envolvimento do ureter direito lombar mas sem ectasia do mesmo". **Discussão:** O tratamento é geralmente farmacológico, corticoterapia ou imunossupressão, com bom prognóstico. Contudo por vezes é necessária a intervenção cirúrgica a fim de preservar a função renal. Assim serve o presente caso para descrever uma apresentação clínica desta patologia rara.
HOSPITAL: Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Miguel Almeida, Luís Bernardo, Rui Amaral, António Melo
CONTACTO: Miguel Almeida
EMAIL: miguelrito@gmail.com

SALA 9 2017-03-17 14:30:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 34)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **GIST do jejuno –a propósito de um caso de anemia sintomática**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tumor estromal gastrointestinal (GIST) tem origem em células progenitoras das células intersticiais de Cajal. Atinge todo o trato gas-



trointestinal, sendo o estômago (60-70%) e local mais frequente, seguido pelo intestino delgado (30%). **Material e Métodos:** Descreve-se o caso de um doente com melenas e anemia sintomática que foi submetido a laparotomia e o resultado histológico revelou tratar-se de GIST jejunal. **Resultados:** Homem de 68 anos, foi admitido no serviço de urgência (SU) por melenas e anemia sintomática. Realizou endoscopia alta e baixa não mostrando alterações. Da investigação complementar posterior destaca-se a enteroscopia por cápsula com evidência de hemorragia ativa no jejuno, realizou então enteroscopia por monobalão onde se observou no jejuno proximal uma lesão suspeita superficialmente ulcerada, sem hemorragia ativa, efectuando-se tatuagem da lesão. As biópsias mostraram anisocariose e hiperplasia sugestiva de GIST. Realizou entero- tomografia onde se destacava uma massa hipervasculosa com 72mm em continuidade com ansa do jejuno exofítica, bem definida. Durante o estudo foi admitido no SU por melenas e anemia, dada a instabilidade hemodinâmica foi proposto para laparotomia, onde realizou enterectomia segmentar devido a existência de uma massa volumosa. A histologia confirmou tratar-se GIST de baixo grau, e a imunohistoquímica mostrou positividade para CD117, CD34. **Discussão:** O GIST é caracterizado pela expressão imunohistoquímica do antígeno CD117, o que permite sua identificação.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Marta Martins, Catarina Longras, Pedro Passos, Catarina Nora, André Magalhães, Diana Brito, Cristina Carvalho, Marina Oliveira, António Abreu, José Monteiro, José Pinto Correia

CONTACTO: Marta Da Cruz Martins

EMAIL: martacdcmartins@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 272)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **A Úlcera de Perna Ainda Nos Surpreende!**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O seguinte caso clínico refere-se a um diagnóstico diferencial raro de úlcera de perna, uma patologia comum na prática clínica do cirurgião geral. **Material e Métodos:** Mulher de 43 anos, com colite ulcerosa sob mesalazina, que recorre ao serviço de urgência por tumefação da região tibial direita, rubor, calor e dor intensa. Negava febre ou traumatismo prévio. Apesar de medicada com antibioterapia, por agravamento dos sintomas foi submetida a incisão e drenagem da lesão. Manteve evolução desfavorável, apresentando lesão ulcerosa de bordos necrosados, e procedeu-se a desbridamento. Foi internada para cumprimento de antibioterapia endovenosa. **Resultados:** Durante o internamento foi excluída etiologia arterial ou venosa e foi realizada biópsia dos bordos da úlcera. As culturas dos exsudados foram negativas. A biópsia revelou um infiltrado neutrofílico maciço compatível com pioderma gangrenoso. Iniciou deflazacorte e dapsona, à qual se associou terapia de vácuo com evolução favorável. Realizou enxerto parcial de pele e após cinco meses de acompanhamento não apresenta evidência de recidiva. **Discussão:** O pioderma gangrenoso é uma patologia rara, caracterizada clini-

camente por úlceras dolorosas e histologicamente por um infiltrado neutrofílico. Está associado a uma doença sistémica em mais de 50% dos casos. Esta patologia não pode ser esquecida no diagnóstico diferencial das lesões ulcerosas. A sua apresentação pode não ser clássica mas os antecedentes de doença inflamatória intestinal devem ser um alerta para este diagnóstico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

SERVIÇO: Cirurgia II, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Joana Romano, Débora Correia, Luísa Moniz, Carlos Nascimento, Rogério Matias

CONTACTO: Joana Romano

EMAIL: joanaromanoc@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 331)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Apendicectomia – Análise comparativa da experiência de um Serviço**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Análise retrospectiva, comparativa das apendicectomias laparotómicas vs. laparoscópicas realizadas num serviço de Cirurgia Geral, por apendicite aguda (AA), ao longo de 6 anos. **Material e Métodos:** Analisados de 718 doentes (354M:364H), com idade média de 37,79±17,43 anos (13-90), submetidos a apendicectomia por AA entre 2010 e 2015. **Resultados:** A escolha da via de abordagem foi significativamente influenciada pelo sexo, idade e comorbilidade (segundo Índice de Charlson) dos doentes. Na apendicectomia laparotómica, a duração da cirurgia foi significativamente mais curta ($\bar{x}=0:49:10\pm0:21:47$ vs. $\bar{x}=1:04:08\pm0:28:15$), bem como o tempo de internamento (TI) ($\bar{x}=3,43\pm5,68$ dias vs. $\bar{x}=4,03\pm1,89$ dias). A taxa de complicações foi semelhante para as duas técnicas [OR = 0,97 (0,60-1,58)]. A laparotomia associou-se a maior risco de infeção incisional superficial [OR = 2,54 (1,16-5,56)] e menor risco de ocorrência de abscesso intra-abdominal [OR = 0,55 (0,11-2,75)]. Na AA complicada, a laparoscopia associou-se a menor TI ($\bar{x}=5,41\pm3,12$ dias vs. $\bar{x}=17,75\pm28,05$ dias) e maior morbilidade. Em doentes idosos, o TI foi mais curto ($\bar{x}=5,62\pm2,37$ dias vs. $\bar{x}=7,52\pm13,75$ dias; $p=0,051$), e relacionou-se com menor morbilidade (MORB), sem mortalidade (MORT). **Discussão:** A abordagem laparoscópica é cada vez mais usada no tratamento cirúrgico da AA com menor MORB e sem MORT, nomeadamente em doentes mais idosos, embora com maior taxa de complicações intracavitárias.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (1), Clínica Universitária de Cirurgia III, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (2)

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Rodrigo Athayde Nemésio (1,2), Marco Serôdio (1,2), Miguel Fernandes (1,2), José Guilherme Tralhão (1,2), Francisco Castro e Sousa (1,2)

CONTACTO: Rodrigo Athayde Nemésio

EMAIL: rmemesio@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 81)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Abcesso imitando sarcoma retroperitoneal: Uma complicação rara de colecistectomia laparoscópica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colecistectomia por via laparoscópica é actualmente o gold standard no tratamento da litíase vesicular sintomática. É um procedimento com baixa morbidade e mortalidade. Apesar de a extravasão de cálculos ser habitualmente considerada inofensiva, estão descritos casos de abscessos relacionados com estes cálculos. **Material e Métodos:** Doente de 73 anos, com antecedentes de colecistectomia laparoscópica em 2014, com abertura incidental da vesícula. Foi enviada ao nosso Hospital por suspeita de sarcoma retroperitoneal. Ao exame objectivo apresentava massa tóraco-abdominal à direita com sinais inflamatórios. TC-TAP: Massa com 12x6,7cm extra-peritoneal envolvendo o espaço peri-renal direito e a parede abdominal direita, condicionando compressão extrínseca sobre a cápsula hepática. Foi submetida a excisão alargada da lesão com a constatação de litíase no interior desta. **Resultados:** Alta ao 4º dia de pós-op AP: Processo inflamatório que se propaga da epiderme ao tecido muscular estriado compatível com processo inflamatório de origem biliar. **Discussão:** Os processos inflamatórios retroperitoneais com origem em litíase vesicular abandonada durante a colecistectomia são complicações muito raras, que podem mimetizar sarcomas retro-peritoneais. Apesar de normalmente inócuos, os cálculos que extravasam durante uma colecistectomia laparoscópica podem originar complicações graves e como tal todos os esforços devem ser feitos para os recuperar.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral IPO coimbra

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Martins Jordão,D; Correia,J; Santos Pereira,J; Ferrão,IC

CONTACTO: Daniel Martins Jordão

EMAIL: dfmjordao@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 451)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Duplicação intestinal – Caso raro de abdómen agudo**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A duplicação intestinal (DI) é uma anomalia congénita rara que ocorre, maioritariamente, no íleo. Corresponde a 44% dos casos de duplicações do Trato Gastrointestinal e, contrariamente ao divertículo de Meckel, ocorre predominantemente no bordo mesentérico. Pode, raramente, comunicar com o lúmen intestinal. A maioria é assintomática até cursar com complicações como inflamação, infeção ou volvulação no caso de uma DI de grandes dimensões. Nestes casos sintomas como dor e distensão abdominal, náuseas, vómitos ou melenas, podem existir. Dada a localização ileal frequente é, muitas vezes, confundida com apendicite aguda. O diagnóstico por exames de imagem é difícil sendo, muitas vezes, um diagnóstico per-operatório. **Material e Métodos:** Relato de caso clínico **Resultados:** Homem, 74 anos, referenciado ao SU por dor abdominal à direita, com defesa à palpação da FID e vómitos. Analiticamente com subida

dos parâmetros inflamatórios. A ecografia foi inconclusiva tendo sido complementada por TAC que mostrou sinais compatíveis com apendicite aguda. Intra-operatoriamente verificado apêndice ileo-cecal sem sinais inflamatórios e aparente lesão de DI ileal. Realizada enterectomia segmentar e apendicectomia complementar. Comprovada, na peça cirúrgica, lesão de DI com necrose isquémica em comunicação com o lúmen intestinal. **Discussão:** Embora maioritariamente assintomática, quando complicada, a DI pode cursar com clínica de abdómen agudo. Dada a localização ileal frequente é, muitas vezes, confundida com apendicite aguda.

HOSPITAL: Hospital de Braga

SERVIÇO: Cirurgia Geral(1)

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Charlene Viana(1), Patrícia Silva(1), Cláudio Branco(1), André Goulart(1), Fernando Manso(1), Maia da Costa(1), Joaquim Falcão(1)

CONTACTO: Charlene Viana

EMAIL: vianacharlene@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 153)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Linfoma não-Hodgkin extra-nodal do íleo e do cólon sigmóide**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O tubo digestivo corresponde a um local frequente de doença secundária extra-nodal de linfomas não-Hodgkin (LNH), estando envolvido em 10%-60% dos doentes no momento do diagnóstico. A apresentação clínica ocorre por sinais e sintomas inespecíficos, relacionados com a localização da lesão. **Material e Métodos:** Mulher de 69 anos, previamente saudável, recorreu ao SU por epigastria e mal-estar geral de início súbito. A palpação abdominal foi compatível com ventre agudo. Imagiologicamente, apresentava pneumoperitoneu e líquido livre intra-abdominal, optando-se por laparotomia exploradora. Peroperatoriamente verificou-se perfuração de 2 ansas ileais, espessadas, pelo que se realizou enterectomia dos 2 segmentos de íleo terminal. O estudo patológico descreveu LNH tipo B. Foi referenciada à consulta de Oncologia para restante orientação diagnóstica e terapêutica. Quinze meses depois é admitida por suboclusão intestinal. A colonoscopia mostrou lesão úlcero-vegetante estenosante a 25cm da margem anal e cuja biópsia revelou LNH tipo B. **Discussão** do caso em reunião de grupo multidisciplinar, decidindo-se a realização de sigmoidectomia. **Discussão:** A relevância do caso descrito prende-se pela realização do diagnóstico de LNH na sequência do tratamento de uma das complicações da sua disseminação para o sistema digestivo. Para além disso, o envolvimento do cólon por doenças linfoproliferativas é raro, sendo o linfoma do cólon responsável por apenas 0,3% das neoplasias colo-rectais.

HOSPITAL: Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Lisandra Martins, Anaísa Guimarães Silva, José António Sousa, Viorel Taranu, Duarte Soares

CONTACTO: Lisandra de Fátima Azevedo Martins

EMAIL: lisandrafammed@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 241)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Lipoma da mama... Nem tudo o que parece é!**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O objetivo desta apresentação é relatar uma alteração de diagnóstico no intraoperatório. Os lipomas são os tumores benignos do tecido conjuntivo mais comuns e histologicamente são constituídos por células adiposas normais. As hérnias da parede abdominal constituem defeitos na fáscia e músculos, através dos quais o conteúdo intra-abdominal ou pré-peritoneal faz protusão. **Material e Métodos:** Caso clínico: mulher, 73 anos, menopáusia, IO: 1001. Nega contração oral e THS. Antecedentes pessoais: quisto hidático operado aos 9 anos, patologia osteoarticular e herniorrafia umbilical. Referenciada à consulta de Senologia por lesão na transição dos quadrantes internos (TQInt) da mama esquerda (ME), de crescimento rápido. Ecografia mamária com nódulo hipoeoico compatível com lipoma. No exame objetivo esta lesão apresenta consistência mole e móvel, sem gânglios axilares palpáveis. Realizou-se biópsia por tru-cut cujo resultado foi compatível com lesão lipomatosa benigna. Submetida a cirurgia para excisão do lipoma. **Resultados:** No intraoperatório identificou-se o componente lipomatoso constatando-se a existência de um saco herniário com tecido adiposo, ao nível do sulco infra mamário, com colo estreito. Fez-se o encerramento do saco herniário, a sua posterior redução para a cavidade abdominal e encerramento por planos. **Discussão:** Um diagnóstico inicial diferente do diagnóstico no intraoperatório, demonstrando que o ato cirúrgico é não só um meio terapêutico, mas também um fiável meio de diagnóstico.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral (1, 2), Cirurgia Geral – Unidade de Senologia (3, 4, 5)
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária
AUTORES: Isabela Gil (1), Tobias Teles (2), Zacharoula Sidiropoulou (3), Pedro Fidalgo (4), Vitor Pereira (5)
CONTACTO: Isabela Miriam Barra da Silva Campos Gil
EMAIL: isabelacamposgil@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 101)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Experiência de um Hospital Central no Tratamento Cirúrgico da Doença Pilonidal Crónica Sacrococcígea**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Doença Pilonidal é uma entidade comum com maior incidência jovens. Este estudo tem como objectivo caracterizar a população tratada no nosso serviço, com diversas técnicas, por doença pilonidal. **Material e Métodos:** A Doença Pilonidal é uma entidade comum com maior incidência jovens. Este estudo tem como objectivo caracterizar a população tratada no nosso serviço, com diversas técnicas, por doença pilonidal. **Resultados:** Incluem-se 657 doentes, com uma média de idades próxima dos 30 anos e um rácio masculino/feminino de 4:1. A intervenção foi realizada por recidiva em 1 em cada 10 casos. 92% dos doentes foram operados em regime ambulatorio. A maioria (41%) foi submetida ao método fechado centrado na fenda glútea, em 29% realizou-se a técnica de Bascom modificado. Entre os

primeiros registou-se uma taxa de deiscência de 35% e de infecção de 9%. Para a técnica de Bascom modificada a taxa de deiscência foi de 23% e a de infecção atingiu 1%. Registaram-se 2% de recidivas. Observou-se uma adopção crescente da técnica de Bascom modificada. **Discussão:** A doença pilonidal crónica pode ser tratada de forma segura em ambulatorio. O maior problema no tratamento cirúrgico relaciona-se com necessidade de cuidados de ferida prolongados. Os resultados sugerem que a utilização da técnica de Bascom modificado parece trazer benefícios, reduzindo os casos com deiscência da ferida. O tempo de seguimento dos doentes incluídos varia entre 4 e 58 meses, podendo não ser suficiente para excluir recidiva.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: Centro Hospitalar de São João
CAPÍTULO: Colo-Proctologia
AUTORES: Mariana Canelas Pais, Vítor Devezas, Alexandre Duarte, M^a Helena Bessa, Rui Soares Costa, José Costa Maia
CONTACTO: Mariana Canelas Pais
EMAIL: marianacpais@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 183)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Litíase biliar, uma apresentação rara**
RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A litíase vesicular é uma patologia comum, sendo sintomática em cerca de 20-30% dos doentes. A cólica biliar é a principal manifestação e são várias as complicações. **Material e Métodos:** Apresentamos um doente de 22 anos, saudável, admitido por dor nos quadrantes direitos do abdómen com 3 dias de evolução, instalação gradual, associada a náuseas, vómitos e febre. À admissão: febril, dor e sinais de irritação peritoneal nos quadrantes superiores do abdómen. Analiticamente: elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiografia do abdómen: imagem radiopaca no quadrante superior direito. TC-AP: “pneumoperitoneu, líquido livre intra-peritoneal, distensão vesicular, imagem compatível com cálculo com cerca de 12.4 mm livre na cavidade abdominal. Duodeno adossado a todo esse processo.” É submetido a laparoscopia exploradora, constatando-se perfuração duodenal por cálculo biliar, remoção do mesmo, rafia da perfuração, epiplonplastia e colecistectomia. Sem evidência de fístula colecistoentérica. A anatomia patológica confirmou a integridade da vesícula. Pós-operatório com boa evolução, alta ao 6º DPO. **Discussão:** Trata-se de um doente, sem litíase vesicular conhecida e cuja primeira manifestação foi a perfuração duodenal por um cálculo. Uma vez que não apresentava nenhuma fístula colecistoduodenal, provavelmente terá sido o resultado da migração do mesmo através do ducto cístico e consequentemente a sua erosão na parede duodenal terá levado à perfuração.

HOSPITAL: Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Moura C, Mendes J, Leite MI, Silva Melo A
CONTACTO: Catarina Moura
EMAIL: catarina_vcrm@hotmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 156)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Intussuscepção no adulto por Tumor de Vanek – Um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A intussuscepção no adulto é rara, sendo a causa de oclusão intestinal em apenas 1% dos casos. A etiologia da invaginação no adulto em 90% dos casos é secundária a uma lesão maligna ou benigna. Os tumores de Vanek foram descritos pela primeira vez em 1949 por Vanek como granulomas eosinofílicos da submucosa e tratam-se de lesões benignas reactivas. São mais frequentes no antro gástrico mas podem-se desenvolver em todo o tracto gastrointestinal. O diagnóstico pré-operatório de invaginação é raro, sendo que pode ser sugerido pela clínica (palpação de massa abdominal) ou através de exames de imagem. **Resultados:** Apresentamos um caso clínico de uma doente de 53 anos com uma invaginação ileo-ileal, submetida a ressecção segmentar do delgado cuja avaliação histopatológica revelou um tumor polipoide pediculado com 7,2x3,5x4cm, com um padrão fibroso/inflamatório, localizado ao nível da submucosa, com fraca marcação para Vimentina, Actina Músculo Liso e CD34, tratando-se então de um pólopo fibroso inflamatório (Tumor de Vanek). **Discussão:** Pretendemos demonstrar com este caso clínico que a intussuscepção no adulto, apesar de rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dor abdominal. O tratamento de eleição consiste na ressecção do segmento envolvido.

HOSPITAL: Hospital Litoral Alentejano, EPE

SERVIÇO: (1)Serviço de Cirurgia Geral (2)Serviço de Anatomia Patológica

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Cruz, A. (1); Gameiro, H. (1); Sousa, D. (1); Marinho, D. (1); Ferreira, A. (1); Santos, D. (1); Claro, M. (1); Cusati, P. (2); Martins, J.A. (1)

CONTACTO: Ana Isabel Cruz

EMAIL: anaisabel.gcruz@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 492)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Abordagem cirúrgica de quisto da fenda branquial em doente com carcinoma da tiróide – caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os quistos de fenda branquial resultam de uma falência da obliteração de uma das fendas branquiais durante o desenvolvimento embrionário. Não está estabelecida uma relação desta entidade com o carcinoma da tiróide, nem é frequente a sua abordagem cirúrgica em simultâneo com cirurgia da glândula tiroideia. **Material e Métodos:** Consulta e recolha de dados do processo clínico **Resultados:** Homem de 60 anos, sem antecedentes relevantes, com aparecimento de tumefacção cervical direita em Fevereiro de 2016. O estudo imagiológico com punção aspirativa revelou quisto branquial da segunda fenda com 48mm de maior eixo e nódulo do lobo direito da tiróide com 7mm de maior eixo e suspeita de carcinoma papilar. Foi submetido a cirurgia electiva em 05/2016, tendo sido realizadas, por incisão cervical alta, tiroidectomia total, excisão de quisto branquial direito, e biópsia excisional de nódulo

submandibular direito, sem intercorrências. Teve alta a D1 pós-op., clinicamente bem. A análise anátomo-patológica confirmou o diagnóstico de quisto da fenda branquial, confirmou a suspeita de carcinoma papilar (pT1a) e revelou tecido de glândula salivar com focos de sialadenite crónica, sem tecido de neoplasia. O doente foi observado em consulta de seguimento, sem complicações resultantes da cirurgia **Discussão:** Embora não seja um procedimento frequente, foi possível abordar no mesmo tempo operatório 3 lesões cervicais concomitantes no mesmo doente, sem complicações daí decorrentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Bernardo Maria; Alberto Figueira; Lucas Batista; José Crespo Mendes de Almeida

CONTACTO: Bernardo Conde Moreira Maria

EMAIL: bmaria_4@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 391)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Hiperbilirrubinémia na Apendicite Aguda – Previsão de complicação?**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Estudos recentes consideram a hiperbilirrubinémia um marcador de apendicite aguda complicada (AC), nomeadamente perfuração. O objetivo deste estudo é verificar que a presença de hiperbilirrubinémia é um marcador importante na identificação de AC ainda no período pré-operatório, com o intuito de um tratamento atempado evitando-se a progressão da doença e suas complicações **Material e Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de 433 doentes submetidos a apendicectomia entre Out2014-Out2016 (148 doentes excluídos por dados incompletos). Dos 284 doentes (N=22 apêndices sem alterações e N=12 neoplasias) 250 doentes foram submetidos a apendicectomia no contexto de apendicite aguda. Foi feita a correlação entre AC e ANC e a presença de hiperbilirrubinémia (BT>1.20). **Resultados:** Dos 250 doentes operados por apendicite aguda, 109 corresponderam a casos de apendicite aguda complicada (AC) e 141 apendicite aguda não-complicada (ANC). Dos 59 doentes com hiperbilirrubinémia, no intra-operatório, 49 doentes apresentavam AC e apenas 10 doentes ANC. A sensibilidade calculada foi de 44,95% e a especificidade de 92,9%. **Discussão:** Atendendo às limitações do estudo retrospectivo, pode-se inferir que a hiperbilirrubinémia está presente em quase metade dos doentes com apendicite aguda complicada e numa percentagem mínima de doentes com apendicite não complicada. Tem um elevado valor preditivo positivo de 83.05%, pelo que pode ser um valor laboratorial a ter em conta na abordagem cirúrgica e tratamento do doente com apendicite aguda

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central

SERVIÇO: Cirurgia Geral – CHLC

CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência

AUTORES: Clara Sampaio, Sofia Frade, Sofia Pina, Sofia Carrelha, Luís Moniz, Hélder Viegas

CONTACTO: Clara Sampaio

EMAIL: claramffsampaio@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 582)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **De Hérnia a Sarcoma**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Dermatofibrossarcoma protuberans é uma neoplasia de tecidos moles pouco frequente. Apesar de localmente agressivo, a metastização é rara, e se não for totalmente excisado a recidiva é frequente. Margens adequadas são cruciais pois condicionam o prognóstico. **Material e Métodos:** Trata-se do caso de um homem de 69 anos com antecedentes de cirurgia a hérnia inguinal bilateral há 15 anos, referenciado à consulta de Cirurgia Geral por dor inguinal direita. Neste local, imagiologicamente, apresentava apenas imagem ovular de 5x4x3 cm de densidade de tecidos moles. No intraoperatório, apresentava apenas mínima patência do canal vaginal, foram feitas biópsias e realizada herniorrafia. Na consulta de 2 semanas de pós-operatório apresentava-se assintomático e a histologia revelou apenas aspectos de reacção inflamatória. Reavaliado aos 2 meses objectivou-se tumefacção inguinal tendo sido pedida ecografia complementada por TC que evidenciou aumento da massa e natureza suspeita. Não realizou RM por ser portador de pacemaker e a biópsia da massa foi novamente inconclusiva. Foi então internado por agravamento dos sinais inflamatórios com necrose tumoral e para controlo da dor, tendo sido enviado ao IPO de Lisboa para observação. Com o diagnóstico clínico de Dermatofibrossarcoma protuberans foi aqui realizada excisão alargada e enxerto de pele parcial. Histologia confirmou diagnóstico.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Vila Franca de Xira (1,2,3,4,5,6,7), Serviço de Cirurgia Geral do IPO de Lisboa (8)

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Morgado M (1), Almeida J (2), Oliveira N (3), Carvalho P (4), Queimado H (5), Ramos L (6), Rodrigues F (7), Abecassis N (8)

CONTACTO: Miguel Morgado

EMAIL: miguelmorgado@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 128)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Hérnia diafragmática traumática de apresentação tardia**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A hérnia diafragmática traumática corresponde a 1% das lesões traumáticas. Ocorre mais frequentemente à esquerda (87%). A sua apresentação pode ser imediata ou tardia, havendo falha no diagnóstico imediato em dois terços dos casos devido a sintomas e achados radiográficos inespecíficos. **Material e Métodos:** Caso clínico. **Resultados:** Género masculino, 70 anos. Em 2002 sofreu queda, com fratura de múltiplas costelas. Em 2007 foi vítima de acidente de viação, sem lesões associadas. Em dezembro de 2015 recorre ao SU por dor nos quadrantes superiores do abdómen e distensão abdominal com 3 dias de evolução associados a paragem de emissão de gases e fezes. O estudo radiológico revelou extensa hérnia diafragmática, com posicionamento intratorácico de grande parte do cólon transversal, gordura

peritoneal e segmento distal do estômago, com aparente constrangimento justapilórico da sua permeabilidade e consequente distensão luminal a montante. Internado durante 13 dias com evolução clínica e analítica favorável após tratamento conservador, com recuperação do trânsito intestinal para gases e fezes. Nova vinda ao SU no início de 2016 por recusa alimentar, vômitos e paragem de emissão de gases e fezes. Após novo estudo analítico e imagiológico foi programada cirurgia eletiva nessa semana que decorreu sem intercorrências. **Discussão:** A apresentação tardia da hérnia diafragmática traumática está relacionada com aumento de complicações e da mortalidade. Quando é feito o diagnóstico a cirurgia é mandatória.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Sílvia Silva, Nádia Tenreiro, Cátia Ferreira, José Lage, Fernando Próspero, Bruno Pinto, António Oliveira

CONTACTO: Sílvia Monteiro da Silva

EMAIL: silvia.monteiro29@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 353)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Tratamento da Colecistite Aguda**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colecistite aguda é uma entidade clínica frequente na urgência, sendo a colecistectomia o tratamento de eleição. Em doentes selecionados a antibioterapia e a colecistostomia poderão ser úteis. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes com colecistite aguda entre 1 Janeiro de 2013 e 31 de Dezembro de 2014. O estudo foi realizado com base nas Guidelines de Tokyo de 2013. **Resultados:** Admitidos 277 doentes com colecistite aguda: 150 tratados exclusivamente com terapêutica médica incluindo antibioterapia (grupo A), 34 submetidos a colecistostomia urgente (grupo B) e 93 submetidos a colecistectomia urgente (grupo C). Os doentes do grupo C eram significativamente mais novos e apresentavam menos comorbilidades, com diferença estatisticamente significativa apenas para a doença cardiovascular. Encontradas diferenças estatisticamente significativas na gravidade clínica entre os grupos (X²-test p<0.001), apresentando o grupo B doentes com maior gravidade clínica. O grupo C teve menor tempo de internamento, com diferença estatisticamente significativa (p<0.001). Sem diferença estatisticamente significativa na morbidade entre os 3 grupos (Kruskal Wallis, p=0.441). **Discussão:** A colecistectomia urgente é o tratamento goldstandard da colecistite aguda, associando-se a menor tempo de internamento e menor taxa de re-internamento. Em doentes com disfunção multiorgânica (Grau III das guidelines de Tokyo) a antibioterapia e colecistostomia poderão ser uma boa opção.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE

SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral – Centro Hospitalar de São João; (2) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Fabiana Sousa (1), Luís Pinto (2), Cristina Fernandes (1), Vítor Devezas (1), Renato Bessa de Melo (1), Luís Graça (1), José Costa Maia (1)

CONTACTO: Fabiana Sousa

EMAIL: fabiana.s.sousa52@gmail.com



RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 549)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Perfuração de víscera oca- apresentação rara de Tuberculose Abdominal**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A tuberculose (TB) afecta 1/3 da população mundial, matando 3 milhões/ano. A TB abdominal é o 6º tipo mais frequente de TB extra-pulmonar. Os autores apresentam um caso incomum de TB abdominal. **Material e Métodos:** Mulher de 53 anos com antecedentes: hipotiroidismo congénito, TB pulmonar aos 15 anos, HTA, doença renal crónica e hemicolecotomia direita com ileostomia terminal por perfuração do cego (2014-causa desconhecida). Admitida na Reanimação por choque (taquicardia, hipotensão, acidose metabólica e lactatos de 9.9 mmol/L). Esta referia dor e distensão abdominal, associada a dispneia e náuseas com início 2h após colonoscopia. TC abdominal: volumoso pneumoperitонеu que se insinua em hérnia incisional de grande dimensão. Procedeu-se a laparotomia, observando-se peritonite purulenta generalizada e perfuração isquémica de transverso remanescente. **Resultados:** Pela presença de bacilos álcool-ácido resistentes no pús peritoneal, iniciou-se terapêutica antibacilar, com progressiva melhoria clínica e laboratorial. Os achados intra-operatórios apontam para perfuração contida, agravada pela insuflação da colonoscopia. A peritonite encontrada ou o aspecto intra-operatório da perfuração não eram compatíveis com a duração das queixas ou traumatismo recente. **Discussão:** A TB abdominal é de difícil diagnóstico e requer elevada suspeição. A apresentação clínica, sintomas, achados laboratoriais e radiológicos são pouco específicos. O tratamento cirúrgico está reservado para complicações, sendo obrigatório o tratamento com antibióticos.

HOSPITAL: Hospital Garcia de Orta, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia

CAPÍTULO: Colo-Proctologia

AUTORES: Botelho P., Eiró F.; Oliveira, G.; Onofre, S.; Luz, C.; Santos, J. C.; Corte Real,

CONTACTO: Pedro Botelho

EMAIL: pedrobotelh@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 321)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Metástase de Adenocarcinoma Colo-Rectal na Cauda do Pâncreas**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A metastização tumoral isolada para o pâncreas é rara. Tipicamente, observa-se um longo período livre de doença até à detecção da metástase. A apresentação clínica e imagiológica é incaracterística, impondo o diagnóstico diferencial com neoplasia primária. **Resultados:** Sexo masculino, 79 anos, submetido a sigmoidectomia e quimioterapia adjuvante em 2003, por adenocarcinoma (ADC) do cólon T3N0M0. Em 2008, realizada ressecção pulmonar segmentar por secundarização. Em 2016, no contexto do seguimento clínico, verificou-se elevação do antígeno carcinoembrionário (CEA) e a TC mostrou área hipocaptante (4x3 cm) na cauda pancreática, com contornos irregulares e envolvimento dos vasos esplénicos, não puncionável por ecoendoscopia e sem tradução na RMN. A PET não identificou outras lesões.

Após discussão multidisciplinar, o doente foi submetido a pancreatectomia corpo-caudal electiva. Pós-operatório sem intercorrências, além de fístula pancreática de baixo débito, com resolução espontânea. O exame anátomo-patológico identificou uma metástase de ADC colo-rectal e neoplasia intra-ductal pancreática 1B. **Discussão:** O benefício da ressecção de metástases hepáticas ou pulmonares de ADC colo-rectal está bem documentado, mas existem poucos dados relativamente a metastasectomia no pâncreas. Não obstante, sabe-se que a vantagem da ressecção está relacionada sobretudo com a biologia do tumor primário. A cirurgia é oncológicamente segura em doentes seleccionados, com metástases isoladas e ressecáveis.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia B

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática

AUTORES: Alagoa João A, Rocha F, Sampaio Soares A, Aparício D, Frago M, Marinho R, Rocha R, Sousa M, Gomes A, Dias W, Pignatelli N, Gouminski S, Nunes V

CONTACTO: Ana Alagoa João

EMAIL: ana.ajoao@live.com.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 580)

SESSÃO: PO 19

TÍTULO: **Adenomiomatose vesicular – A propósito de dois casos clínicos**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A adenomiomatose vesicular é uma entidade caracterizada por hipertrofia da mucosa vesicular e espessamento do componente muscular da mesma, com divertículos intra-murais. Mais frequentemente o diagnóstico é feito no contexto de uma massa assintomática da parede da vesícula, estando presente em cerca de 2-8% de todas as peças de colecistectomia. **Material e Métodos:** Apresentamos dois casos clínicos de doentes operadas no contexto de espessamento da parede vesicular/suspeita de neoplasia da vesícula. **Resultados:** Caso 1: Sexo feminino, 71 anos de idade. Nódulo fundo vesícula com 12mm. Assintomática. RMN com lesão expansiva da parede vesicular. Submetida a colecistectomia a 17/02/2016, com exame extemporâneo com foco de adenomiomatose. A histologia definitiva confirmou diagnóstico. Actualmente sem sintomas. Caso 2: Sexo feminino, 50 anos de idade. Queixas de dor abdominal ao nível do hipocôndrio direito. Ecografia com massa do fundo da vesícula com 13mm. TC confirma massa captante do fundo da vesícula com 13mm Submetida a colecistectomia laparoscópica a 27/06/2016, com exame extemporâneo negativo para neoplasia. Histologia definitiva com adenomiomatose. Actualmente sem sintomas. **Discussão:** O elemento chave no diagnóstico de adenomiomatose vesicular é a identificação dos seios de Rokitsansky-Aschoff nos exames de imagem. No entanto, na maioria dos casos o diagnóstico é feito na peça de colecistectomia. Sendo difícil o diagnóstico diferencial, a cirurgia mantém-se o tratamento de eleição nestes doentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Unidade de Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática e de Transplantação, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central

CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática



AUTORES: Susana Rodrigues, Raquel Mega, Jorge Lamelas, Américo Martins, Eduardo Barroso
CONTACTO: Susana Rodrigues
EMAIL: susana.ccr@gmail.com

SALA 10 2017-03-17 14:30:00

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 420)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Colocação ecoguiada de cateteres venosos centrais – Experiência de um Centro Oncológico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A colocação de cateteres venosos centrais (CVCs) é um procedimento comum na prática clínica do cirurgião. A colocação ecoguiada diminui as complicações imediatas e é uma abordagem recomendada pelas entidades internacionais. O objectivo deste estudo é descrever a experiência na colocação ecoguiada de CVCs num Centro Oncológico. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de uma base de dados prospectiva de doentes submetidos à colocação ecoguiada de CVCs de Janeiro de 2012 a Setembro de 2016. As características dos doentes, local de punção venosa, tipo de cateter e as complicações imediatas foram prospectivamente registradas. Foi utilizada uma sonda ecográfica linear com visão transversal da veia e da agulha na abordagem da veia jugular interna e a visão longitudinal da veia e da agulha na punção da veia axilar e femoral. **Resultados:** Foram colocados 3266 CVCs durante o período do estudo e, destes, 1604 por ecografia. A maioria das colocações ecoguiadas não teve complicações imediatas (96,3%). Em 3,6% dos casos foram necessárias mais do que 3 tentativas para a punção venosa e foram registados 0,3% pneumotorax e 3,4% punções arteriais. Houve um aumento progressivo do uso de ecografia ao longo do estudo e, no último ano, 79,2% de todas as colocações foram realizadas com ecografia. **Discussão:** A colocação ecoguiada de CVCs é uma prática recomendada pelas entidades internacionais e deve ser cada vez mais utilizada pelos médicos dedicados a esta área. Esta técnica é segura e está associada a baixa taxa de complicações imediatas.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE

SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

CAPÍTULO: Outro

AUTORES: Rodrigo Oom, Joana Bárto, Francisco Cabral, Mariana Sousa, Marta Santos, Ricardo Nogueira, Sara Carvalhal, Rita Barroca, Rui Casaca, Nuno Abecasis

CONTACTO: Rodrigo Oom

EMAIL: rodrigo.oom@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 94)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Glândulas salivares major: Análise da experiência de 5 anos no tratamento cirúrgico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A patologia das glândulas salivares major é maioritariamente benigna, conferindo a neces-

sidade da preservação das estruturas anatómicas, de modo a obtermos o melhor resultado funcional e portanto menor morbidade. **Material e Métodos:** Os autores apresentam um estudo retrospectivo, do tratamento da patologia das glândulas salivares major, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015. **Resultados:** Foram operados cerca de 75 doentes, 53,3% mulheres com idade média de diagnóstico de 54,1±18,9anos. A ecografia cervical foi o método de diagnóstico de eleição em cerca de 80%. A dimensão média das lesões foi cerca de 2.6cm. Todos os doentes foram submetidos a cirurgia. Do total de casos avaliados, 73% casos observados na parótida, 26.6% na região submandibular, não havendo nenhum caso observado na glândula sublingual. Foram submetidos a parotidectomia superficial cerca de 69% dos casos, 4% a parotidectomia total com preservação do nervo facial e 26.6% a submandibulectomia. A lesão mais frequente foi o adenoma pleomórfico em 33 casos, em 13 doentes tumor de Whartin, em 9 doentes adenoma de células basais e 1 doente carcinoma células acinares, 1 linfoma da parótida, 18 doentes com sialolitíase, Cerca de 3% dos doentes realizaram tratamento adjuvante com radioterapia e quimioterapia. Registaram-se 5 infeções da ferida operatória e 3 paralisia transitória do nervo facial; 1 caso de sialorria. **Discussão:** A parótida foi a localização preferencial. A parotidectomia superficial foi a principal técnica cirúrgica.

HOSPITAL: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

SERVIÇO: Cirurgia Geral

CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço

AUTORES: Marta Martins, Catarina Longras, Rita Lourenço, Catarina Nora, André Magalhães, Diana Brito, Cristina Carvalho, Diana Teixeira, Marina Oliveira, António Abreu, José Monteiro, José Pinto Correia

CONTACTO: Marta Cristina da Cruz Martins

EMAIL: martacdcmartins@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 40)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Megaestômago por estenose péptica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Nas últimas décadas, as neoplasias malignas vieram substituir a doença ulcerosa péptica como principal causa de obstrução gástrica, muito devido à identificação do *Helicobacter Pylori* e ao uso dos inibidores da bomba de prótons. **Resultados:** Caso clínico: Homem de 50 anos, com internamento no Serviço de Gastroenterologia em 2014 por vômitos, com Endoscopia Digestiva Alta (EDA) compatível com úlcera duodenal extensa. Fez tratamento com IBP e erradicação do *H. pylori*. Manteve seguimento pela Gastro com EDA de controlo e tentativas de dilatação refractárias, sendo orientado para Consulta de Cirurgia em Fevereiro/2016 com desnutrição grave, epigastralgias, vômitos e disfagia progressiva para sólidos, com vários anos de evolução. A EDA mostrava acentuada deformação pilórico-bulbar, por úlcera crónica, a condicionar estenose e estase gástrica. Trânsito esofagogástrico com evidência de estômago até à cintura pélvica. TAC com megaestômago repleto de conteúdo de estase com imagens de densidade cálcica. Submetido a gastrectomia parcial com montagem em y de Roux. Pós-operatório sem complicações. Estudo Patológico sem evidência de neoplasia. Seguido em Consulta,



mantem-se assintomático e com ganho ponderal. **Discussão:** A obstrução é hoje, a complicação menos frequente da doença ulcerosa péptica, ocorrendo em apenas 2% dos casos, sendo quase limitada aos países de terceiro mundo. O megaestômago é, por isso, uma entidade rara.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE
SERVIÇO: Cirurgia 2
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Mónica Laureano, G. Capelão, J. Nobre, I. Gonçalves, E. Ferreira, S. Hilário, J. Pais, M. Coelho dos Santos
CONTACTO: Mónica Andreia Pereira da Silva Laureano
EMAIL: monicalaureano@sapo.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 95)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Massa ovárica bilateral: quando os antecedentes contam**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Tumor de Krukenberg é uma neoplasia do ovário com origem gastrointestinal, sendo a gástrica a mais frequente. Na maioria dos casos é diagnosticada simultaneamente com a neoplasia primária, no entanto em 20-30% manifesta-se como recidiva. O objectivo deste trabalho é a apresentação de um caso clínico e a realização de uma revisão da literatura. **Material e Métodos:** É relatado um caso clínico, com os exames complementares e o tratamento realizado. Por fim é realizada uma revisão da literatura. **Resultados:** Uma doente de 39 anos encontrava-se em seguimento por cancro gástrico (pT3G3N0M0). Foi submetida a Gastrectomia Total em Abril/2013 e cumpriu Químio e Radioterapia adjuvantes. Em Dezembro/ 2015 referiu dor abdominal, diarreia e emagrecimento. Ao exame objectivo não apresentava alterações. O TC de seguimento mostrou duas massas pélvicas de 7,5x6,3cm e 11x7,5cm. O PET não mostrou outras lesões captantes de radiofármaco à excepção das descritas. Em Reunião de Grupo Oncológico foi proposta Anexectomia bilateral, que decorreu sem complicações. Encontra-se neste momento a cumprir Quimioterapia. **Discussão:** O Tumor de Krukenberg é raro e tem mau prognóstico. Foram propostos vários mecanismos de metastização, como a maior afinidade para órgãos com níveis elevados de estrogénio e a disseminação linfática retrógrada. A cirurgia associada a quimioterapia melhora a sintomatologia e pode melhorar o prognóstico. Estudos retrospectivos mostram aumento de sobrevida entre 3 a 10 meses.

HOSPITAL: Hospital de Braga
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Braga (1)
CAPÍTULO: Cirurgia Esófago-Gástrica
AUTORES: Isabel Marques (1), Carlos Veiga (1), Teresa Carneiro(1), Dina Luís(1), António Gomes (1)
CONTACTO: Isabel Maria Lucas Marques
EMAIL: isabelmrq@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 538)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Obstrução duodenal secundária a metástase de adenocarcinoma do pulmão. Caso clínico.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A disseminação metastática do cancro primário do pulmão (presente em 50% dos casos

no momento do diagnóstico inicial) raramente ocorre para o tracto gastrointestinal, sendo o duodeno apenas afectado em 15% dos envoltimentos entéricos secundários. Este comprometimento duodenal, contudo, pode ser causa de hemorragia GI alta, melena, obstrução e perfuração.

Material e Métodos: Caso clínico de oclusão duodenal por metástase de cancro pulmonar. **Resultados:** Homem de 54 anos com extensa e evoluída neoplasia do pulmão onde em estudo por TC de controlo após QT de indução foi detectada a presença de uma lesão tumoral a nível duodenal, inicialmente tida como uma neoplasia primária digestiva síncrona. Os estudos histológico e histoquímico indicaram tratar-se de adenocarcinoma metastático de origem pulmonar. Internado com quadro de completa obstrução duodenal, confirmou-se o extenso envolvimento da 4ª porção duodenal com infiltração transparietal. Realizada GJ antecólica. Pós-operatório sem complicações. Em consulta de revisão ao 3º mês o doente encontra-se clinicamente sem queixas digestivas significativas. **Discussão:** Embora o envolvimento GI como local de metastização do cancro pulmonar seja muito raro, é admissível que, com a melhoria nos cuidados dirigidos a esta neoplasia e o correspondente aumento da sobrevida, se possa vir a estar no futuro perante um crescente número deste tipo de tumor metastático, que deve sempre ser considerado entre as possíveis causas subjacentes a uma oclusão intestinal nestes doentes oncológicos.

HOSPITAL: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
SERVIÇO: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Cirurgia C
CAPÍTULO: Cuidados Intensivos, Trauma, Cir. Urgência
AUTORES: Nídia Moreira, Nádia Laezza, Miguel Albano, A. Ribeiro de Oliveira, A. Neves Firmo e C. M. Costa Almeida.
CONTACTO: Nídia Moreira
EMAIL: nidia.moreira.22@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 82)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Sarcoma pleomórfico indiferenciado do tipo inflamatório. A propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os Sarcomas de partes moles correspondem a 0,7% de todas as neoplasias, sendo que o sarcoma pleomórfico indiferenciado é o sarcoma mais frequentemente encontrado na idade adulta, representando 5-10% de todos os sarcomas, sendo o sub-tipo inflamatório o mais raro dos sub-tipos (5%). Localizam-se mais frequentemente nas extremidades. **Material e Métodos:** Doente de 66 anos, sexo feminino, que durante o estudo de coxalgia esquerda com 6 meses de evolução realizou TC que demonstrou lesão expansiva esquerda com 8x6x6 cm RMN: Massa para-vertebral esquerda com 9x11x8,5cm em topografia do psoas-iliaco, sem evidente plano de clivagem com o rim esquerdo. Foi proposta para laparotomia exploradora tendo sido submetida a exérese da massa com nefrectomia esquerda e hemicolectomia esquerda em bloco. **Resultados:** Pós-op sem intercorrências com alta ao 20º dia por dificuldade de reabilitação motora AP: Sarcoma pleomórfico indiferenciado do tipo inflamatório de alto grau, com 5 mitoses/10CGA, com invasão da gordura peri-renal. Margens cirúrgicas sem evidência de neoplasia Proposta em consulta de decisão terapêutica a realização de radioterapia adjuvante.



Discussão: Os sarcomas pleomórficos indiferenciados do tipo inflamatório são tumores raros, cujo tratamento consiste essencialmente na excisão da lesão com margens de segurança, sendo que por vezes a ressecção multi-orgânica é necessária. O tamanho, número de mitoses e o grau são os principais factores prognósticos

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
SERVIÇO: serviço de Cirurgia Geral IPO coimbra
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Martins Jordão, D; Correia, J; Santos Pereira, J; Ferrão, IC
CONTACTO: Daniel Martins Jordão
EMAIL: dfmjordao@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 469)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Herniação de vesícula biliar por hérnia incisional – relato de colecistite aguda atípica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Doente sexo feminino, 85 anos, com antecedentes pessoais de esofagite grau III, hérnia do hiato operada por via laparotómica e cifose. **Resultados:** Admissão via serviço de urgência por náuseas e vômitos fecaloídes com mais de 24 horas de evolução, suboclusão, síndrome confusão e dor abdominal. À observação, palpação abdominal com defesa, com aparente tumefacção abdominal compatível com hérnia incisional encarcerada. Mucosas descoradas, ictéricas. Subpirética, com colúria franca. Colocada SNG com drenagem de líquido fecaloíde, em moderada quantidade (500mL) e odor fétido. Analiticamente, aumento de bilirrubina total e direta, PCR e leucocitose de 18 200/uL. Realizou TC Abdómino-pélvico que revelou “Hérnia incisional epigástrica preenchida por estômago com grande distensão e presença de ansas intestinais encarceradas em saco herniário, com marcada dilatação. Dilatação das vias biliares intra e extrahepáticas, com abundante líquido intrabdominal.” Vesícula biliar não relatada. **Discussão:** Doente submetida a laparotomia exploradora, confirmando hérnia incisional epigástrica volumosa (maior eixo de 14cm), preenchida por ansas intestinais e volumosa vesícula com necrose parietal, compatível com colecistite aguda gangrenada. Ansas de intestino delgado sem sinais de compromisso. Realizada colecistectomia anterógrada, lise de aderências e herniorrafia incisional. Doente com evolução favorável pós-operatória em internamento.

HOSPITAL: Hospital de Vila Franca de Xira
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral – Hospital Vila Franca de Xira(1); Departamento de Cirurgia Geral – Hospital SAMS (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Marques, C.(1); Gasparinho, L.(2); Serra, C.(2)
CONTACTO: Cláudia Neves Marques
EMAIL: claudianevesmarques@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 497)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Endometriose do canal de Nuck em hérnia inguinal – caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A endometriose é definida como a presença de tecido normal do endométrio em local

extrauterino. O canal de Nuck é um resquício embrionário do processus vaginalis que pode manter-se patente após o nascimento. A endometriose do canal de Nuck é uma entidade rara, com poucos casos descritos da sua associação com hérnia inguinal. **Material e Métodos:** Consulta e recolha de dados do processo clínico. **Resultados:** Mulher de 49 anos, pré-menopausa, sem antecedentes relevantes, refere dor e tumefacção na inguinal direita desencadeada por esforços, com 3 anos de evolução, com agravamento durante o período menstrual. Ao exame objectivo constatou-se hérnia inguinal direita. Realizou estudo imagiológico que confirmou o diagnóstico clínico de hérnia inguinal e revelou lesão nodular sugestiva de endometriose do canal de Nuck. Foi submetida a intervenção cirúrgica em 09/2016 – hernioplastia de Lichtenstein e excisão do ligamento redondo direito, sem intercorrências. Teve alta a D1 pós-op., clinicamente bem. Em consulta de seguimento constatou-se boa evolução clínica, sem sinais de recidiva herniária. A análise anátomo-patológica da peça operatória confirmou o diagnóstico de endometriose do canal de Nuck. **Discussão:** A endometriose do canal de Nuck é uma patologia rara que pode levar a dúvidas diagnósticas. Este caso clínico destaca a dificuldade em diagnosticar apresentações atípicas de doenças bem conhecidas.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE
SERVIÇO: Cirurgia Geral – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria
CAPÍTULO: Cirurgia da Parede Abdominal
AUTORES: Bernardo Maria; José Ferreira; Dolores Presa; Alberto Figueira; José Crespo Mendes de Almeida
CONTACTO: Bernardo Conde Moreira Maria
EMAIL: bmaria_4@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 365)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Condrolipoma da mama: uma entidade rara**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** O Condrolipoma da mama é um tumor mesenquimatoso raro, benigno, constituído por tecido cartilágneo e adiposo, de histogénese desconhecida. A presença de tecido cartilágneo na mama é pouco frequente e está associada maioritariamente a malignidade, como em casos de sarcoma ou carcinoma metaplásico. Na mama, os tumores mesenquimatosos benignos contendo tecido cartilágneo são extremamente raros, tendo sido descritos na literatura apenas 16 casos de condrolipoma. O Condrolipoma afecta sobretudo mulheres pós-menopausa com mais de 50 anos de idade. O exame físico e imagiológico muitas vezes não permite diferenciar estas lesões do carcinoma mamário. O estudo anátomo-patológico torna-se essencial na procura de um correcto diagnóstico. **Discussão:** Expomos o caso de uma mulher de 58 anos de idade apresentando nódulo da mama direita detectado em exame de rotina. Foi caracterizado histologicamente e classificado como lesão hamartomatosa. O diagnóstico de condrolipoma apenas foi possível após estudo anátomo-patológico. O caso é apresentado devido à sua raridade na mama.

HOSPITAL: Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
SERVIÇO: Cirurgia – IPOFG Coimbra
CAPÍTULO: Cirurgia Mamária



AUTORES: João Guardado Correia, Teresa Santos Silva, Daniel Jordão, Isabel Cristina Ferrão
CONTACTO: João Guardado Correia
EMAIL: joacorreira86@hotmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 185)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Tratamento Cirúrgico de Perfuração Esofágica Iatrogénica**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A perfuração esofágica é uma complicação potencial da instrumentação esofágica, especialmente quando realizada para fins terapêuticos. A sua prevalência varia entre 0,05% e 2,6%. O diagnóstico é usualmente tardio, devendo suspeitar-se quando os pacientes apresentam dor torácica após procedimentos esofágicos. **Material e Métodos:** Processo clínico e Revisão bibliográfica. **Resultados:** Homem, 83 anos, hematemese e dor abdominal com 2 horas de evolução. Colocada SNG com drenagem hemática viva. EDA de urgência – varizes esofágicas grau I-II e, vaso no cárdia com hemorragia em jacto. Escleroterapia imediata. Agravamento do quadro clínico. Colocada sonda de Sengstaken-Blakemore. Após 12 horas, manutenção da instabilidade hemodinâmica associada a dor torácica intensa. Suspeita de perfuração esofágica. Repete EDA – observa-se lesão. TC toracoabdominal, “ruptura esofágica imediatamente inferior ao nível da carina”. Tratamento cirúrgico imediato. Encerramento da porção cervical distal do esôfago com TA30, derivação esofágica cervical com recurso a tubo de Kehr e colocação de PEG de alimentação. Doente permaneceu na UCIP por 25 dias. Internamento sem intercorrências. Alta D40 de pós-operatório. **Discussão:** A abordagem terapêutica à perfuração esofágica não é uniforme. Sendo, o factor de prognóstico mais importante, o tempo desde do momento do diagnóstico até ao início da terapêutica. Tratamento precoce tem uma mortalidade inferior a 10%, aumentando de 40% para 66% se este for realizado 24 horas após o diagnóstico.

HOSPITAL: Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira
CAPÍTULO: Cirurgia Esofago-Gástrica
AUTORES: Silva, Anaísa Guimarães; Martins, Lisandra; Reis, Óscar; Bettencourt, Rui; Soares, Duarte.
CONTACTO: Anaísa Guimarães da Silva
EMAIL: anaisaguimaraesdasilva@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 472)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Tratamento cirúrgico da litíase da via biliar – análise dos resultados e da morbimortalidade.**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A litíase da via biliar principal (VBP) ocorre em 3 a 16% dos indivíduos com colelitíase. A decisão, entre as várias opções terapêuticas disponíveis, constitui um desafio para o cirurgião. Este trabalho tem como objetivo a análise dos resultados e da morbimortalidade dos doentes submetidos a exploração da VBP por litíase. **Material e Métodos:** Análise retros-

pectiva dos processos clínicos dos doentes submetidos a exploração da VBP por litíase no nosso serviço entre setembro de 2010 e setembro de 2016. **Resultados:** No período analisado foram submetidos a exploração da VBP, por litíase, 85 doentes, dos quais 5 (6%) em regime de urgência. A idade média foi de 64 anos e classificação ASA média de 2,1. A cirurgia mais frequente foi a exploração da VBP laparoscópica (76%), com coledocotomia e drenagem de Kehr na maioria, tendo 11% dos casos resultado em conversão. Ocorreram 11 casos (14%) de clearance incompleta da via biliar, 7 (9%) detetados no perioperatório e 4 (5%) tardiamente. Nestes foi preconizado o tratamento por CPRE. Segundo a classificação de Clavien-Dindo, há a reportar 22 eventos (25%) de morbidade com a seguinte distribuição: I(10), II(7), IIIa(2), IIIb(3). Não houve mortalidade. **Discussão:** O tratamento cirúrgico da litíase da VBP teve, na nossa série, taxas de clearance da via biliar semelhantes às da literatura, e uma baixa taxa de morbidade de alto grau. Estes resultados são particularmente relevantes perante uma população envelhecida, com comorbilidades não desprezíveis e a inclusão de cirurgias urgentes.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. (1), Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2)
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Pedro Saraiva (1), Jacinta Queirós (1), Carlos Soares (1,2), Licínio Soares (1), Rui Neves (1,2), Mónica Rocha (1,2), J Pinto de Sousa (1,2)
CONTACTO: Pedro Filipe Teixeira Gomes Saraiva
EMAIL: pedrogomesaraiva@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 184)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **GIST: quando a dúvida diagnóstica persiste**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são raros. Em mais de 85% dos GIST podem ser encontradas mutações do c-KIT codificador de uma glicoproteína transmembranar receptora com um componente de tirosina-cinase (CD117) que regula o crescimento e a sobrevivência celulares. Os sintomas podem variar desde dor abdominal, anemia ou hemorragia digestiva. A tomografia computadorizada é o exame diagnóstico de eleição. As modalidades terapêuticas incluem a ressecção cirúrgica e inibidores selectivos de tirosina cinase (STI-571). Os principais factores prognósticos são o tamanho do tumor e o número de mitoses. **Resultados:** O caso é de uma doente sexo feminino, 80 anos que recorre ao serviço de urgência por um quadro de dor abdominal constante acompanhada de melenas. Á palpação do hipogastro evidenciava massa ovalar, de consistência elástica, não pulsátil. Analiticamente possuía anemia microcítica hipocrómica. TAC abdomino-pélvica destacava colecção pélvica de 12cm. Admitiu-se como hipótese diagnóstica um abscesso intra-abdominal, pelo que realizou 21 dias de antibioterapia. Por ausência de resposta, foi submetida a laparotomia exploradora que revelou massa tumoral com cerca de 15cm com aderência á bexiga, apêndice epiploico do cólon sigmóide, ileon terminal e grande epíloon, compatível com GIST do intestino delgado. A realizar terapêutica adjuvante



com imatinib. **Discussão:** A cirurgia e o aparecimento dos STI-571 constituem uma melhoria do prognóstico e sobrevivência livre de doença.

HOSPITAL: Hospital Litoral Alentejano, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral Hospital Litoral Alentejano (1), Serviço de Anatomia Patológica Hospital Litoral Alentejano (2)
CAPÍTULO: Outro
AUTORES: Claro, M.(1) , Sousa, D. (1) , Marinho, D. (1) , Cruz.A (1) , Ferreira, A. (1) , Santos, D. (1) , Vaz, C. (1) , Martins, JA. (1) , Cusati, P. (2)
CONTACTO: Mariana Ferreira da Silva Claro
EMAIL: marianafs.claro@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 356)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Hepatocarcinoma em doente com hemocromatose sem cirrose – a propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os doentes com hemocromatose têm um risco acrescido de hepatocarcinoma pelo desenvolvimento de cirrose decorrente do depósito de ferro no fígado. **Resultados:** Mulher de 57 anos com diagnóstico de hemocromatose hereditária homozigótica (282Y) diagnosticada aos 39 anos), com necessidade de flebotomias regulares. Com hábitos alcoólicos até ao diagnóstico da hemocromatose. Sem história de Hepatite B, Hepatite C ou HIV. Em 2014 foi diagnosticado nódulo hepático no segmento 6 de 4 cm com características imagiológicas de adenoma/hemangioma, com aumento dimensional em 2015 (5.5 cm). Realizada biopsia do nódulo que não mostrou sinais de malignidade e biopsia hepática que não identificou cirrose ou depósitos de pigmento férrico. Discutido em reunião multidisciplinar tendo-se decidido por cirurgia. Realizada segmentectomia do 6 e colecistectomia por laparoscopia. Pós-operatório decorreu sem intercorrências tendo alta ao 6º dia pós-operatório. Histologia da peça operatória revelou carcinoma hepatocelular moderadamente diferenciado em fígado não cirrótico, sem depósitos de ferro -pT1NxR0. Discutido em reunião multidisciplinar tendo-se decidida vigilância. **Discussão:** Os hepatocarcinomas em doentes com hemocromatose surgem habitualmente quando a cirrose hepática está estabelecida. A presença, rara, de hepatocarcinoma em doentes com hemocromatose sem cirrose como o caso desta doente, sugere que a carcinogénese possa ser devida a alterações epigenéticas induzidas pela exposição crónica do fígado ao ferro.

HOSPITAL: Centro Hospitalar de São João, EPE
SERVIÇO: (1) Serviço de Cirurgia Geral – Centro Hospitalar de São João; (2) Serviço de Anatomia Patológica – Centro Hospitalar de São João
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Fabiana Sousa (1), André Pinho (1), Renato Bessa de Melo (1), Irene Gullo (2), Cristina Fernandes (1), Vítor Devezas (1), Tiago Machado (1), Rui Mendes Costa (1), Luís Graça (1), José Costa Maia (1)
CONTACTO: Fabiana Sousa
EMAIL: fabiana.s.sousa52@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 586)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Paraganglioma Corpo Carotídeo**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Os paragangliomas são tumores neuroendócrinos raros. São diagnosticados mais frequentemente entre a 3ª e 5ª décadas de vida e são mais frequentes no sexo feminino, sendo a maioria benignos. **Material e Métodos:** Sexo feminino, 66 anos de idade. Bócio multinodular diagnosticado há cerca de 20 anos. Aparecimento recente de adenopatia cervical esquerda dolorosa. Citologias de nódulos da tiróide e de gânglio cervical não diagnósticas. Proposta para biópsia ganglionar e tireoidectomia total com exame extemporâneo. **Resultados:** Submetida a Tireoidectomia Total em 2/2/2016. Exame extemporâneo bócio. Constatou-se tumor da bifurcação carotídea à esquerda, que se excisou. Pós-operatório complicado de trombose completa da carótida esquerda, sem défices neurológicos ou motores. Histologia mostrou paraganglioma do corpo carotídeo, limites infiltrativos, Ki-67$3\%$. Actualmente assintomática, sem evidência de recidiva. **Discussão:** O tratamento de eleição de paragangliomas cervicais, em particular do corpo carotídeo é a ressecção cirúrgica. Apesar de pouco frequente, numa pequena percentagem de casos estes tumores podem revelar-se malignos. Assim, o diagnóstico diferencial de lesões cervicais é fundamental para uma terapêutica dirigida, atempada e eficaz.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Lisboa Central
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral, Unidade de Cirurgia Endócrina, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Susana Rodrigues, Paula Tavares, José Mário Coutinho, Jorge Lamelas, Américo Martins, Eduardo Barroso
CONTACTO: Susana Rodrigues
EMAIL: susana.ccr@gmail.com

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 457)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Síndrome de Mirizzi no Serviço de Urgência**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** A Síndrome de Mirizzi (SM) é uma complicação rara da colelitíase, traduzindo um processo crónico. A apresentação aguda é incomum e o presente caso representa um desafio diagnóstico. **Resultados:** Sexo masculino, 72 anos, antecedentes irrelevantes. Recorreu ao SU por febre e dor abdominal, apresentando também taquicardia e elevação da PCR. A TC-AP revelou pneumoperitонеu sub-hepático esquerdo e próximo da 2ª porção duodenal (D2), vesícula biliar com gás e vias biliares dilatadas, colocando a hipótese de úlcera duodenal perfurada, com fistulização para a vesícula. Intra-operatoriamente constatou-se marcada aderência do corpo da vesícula a D1 e D2, além de volumoso cálculo no infundíbulo condicionando compressão e isquémia da face látero-superior de D2, determinando perfuração nesta região. Procedeu-se a colecistectomia e colangiografia intra-operatória, limpeza da VBP e colocação de tubo de Kehr, rafia do defeito duodenal e epiplooplastia. Dois meses após a alta, a colangiografia através do tubo não mostrou oclusão da via biliar e este foi removido. Uma semana depois, foi re-internado por colangite e submetido



a antibioterapia e CPRE, com extracção de cálculo com 10 mm. Actualmente assintomático, em seguimento na consulta de Cirurgia, realizou EDA que exclui doença ulcerosa péptica. **Discussão:** O caso descrito apresenta uma manifestação atípica de uma condição rara, podendo incluir-se no espectro fisiopatológico da SM, em que uma comunicação colecisto-duodenal condicionou um quadro de abdómen agudo.

HOSPITAL: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia B
CAPÍTULO: Cirurgia Hepáto-Bilio-Pancreática
AUTORES: Alagoa João A, Fragoso M, Aparício D, Sampaio Soares A, Marinho R, Rocha R, Afonso E, Carneiro C, Nunes V
CONTACTO: Ana Alagoa João
EMAIL: ana.ajoao@live.com.pt

RESUMO DE COMUNICAÇÃO – (P 539)

SESSÃO: PO 20

TÍTULO: **Síndrome do Osso faminto: A propósito de um caso clínico**

RESUMO: **Objetivo/Introdução:** Caracterizada por hipocalcemia grave secundária à rápida mineralização óssea que ocorre por supressão da paratormona (PTH) após paratiroidectomia, a síndrome do osso faminto carece de critérios diagnósticos bem definidos. Pretende-se salientar com este trabalho as dificuldades no tratamento deste desequilíbrio iónico. **Material e Métodos:** Descrição de um

caso clínico ilustrativo. **Resultados:** Mulher de 72 anos observada em Consulta por suspeita de hiperparatiroidismo primário (PTH 172.28 pmol/L; cálcio total 12.6 mg/dL; fósforo 2 mg/dL). Nódulo único em ECO, CBA inconclusiva e cintigrafia compatível com paratiroide hiperfuncionante. Paratiroidectomia sem intercorrências e histologia compatível com adenoma. Pós-operatório complicado de hipocalcemia grave (cálcio ionizado médio – 0.75 mmol/L), de difícil controlo mesmo com PTH elevada. Internamento de 45 dias com suplementação endovenosa durante 24 (média de 7032 mg/dia) e per os durante 42 (2729 mg de cálcio elementar/dia), com suplementação dupla em 22. Clinicamente sintomática (parestésias), sem repercussão electrocardiográfica e com sinal de Chvostek negativo. Em ambulatório mantém hipocalcemia próxima do limite inferior do normal (Cálcio ionizado 1.09 mmol/L) com suplementação per os (3600 mg de cálcio elementar/dia) mesmo com PTH elevada (30.14 pmol/L). **Discussão:** Esta complicação deve ser prevista através da monitorização precoce dos valores do cálcio evitando internamentos prolongados e manifestações graves com aumento da morbidade e potencial mortalidade.

HOSPITAL: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
SERVIÇO: Serviço de Cirurgia Geral
CAPÍTULO: Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço
AUTORES: Luísa Frutuoso, Joana Magalhães, Inês Bessa, Florinda Cardoso, Alexandre Alves, Joseph Silva, Teresa Santos, Gil Gonçalves, Mário Nora
CONTACTO: Luísa Frutuoso
EMAIL: luisafrutuoso04@gmail.com



