

XLIII
CONGRESSO
NACIONAL
DE CIRURGIA

SUPLEMENTO

23 E 24

MARÇO

2023



REVISTA
PORTUGUESA
DE CIRURGIA

RESUMOS

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

XLIII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

RESUMOS

23 E 24 DE MARÇO DE 2023



SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

Revista Portuguesa de Cirurgia

XLIII Congresso Nacional de Cirurgia

EDITOR CHEFE

LÚCIO LARA SANTOS

EDITOR EXECUTIVO

SANDRA MARTINS

COEDITORES

JOSÉ GUILHERME TRALHÃO

FERNANDO LLIMOS

RUI MAIO

EDITOR EMÉRITO E CONSULTOR

PAULO MATOS DA COSTA

EDITORES ASSOCIADOS

ABREU SOUSA

ANTÓNIO BERNARDES

DANIEL GONÇALVES

JOSÉ LUÍS FOUGO

JORGE SANTOS

JOHN PRETO

JÚLIO CONSTANTINO

HUGO PINTO MARQUES

PATRICIA LAGES

SUSANA OURÔ

SUSANA HENRIQUES

SECRETARIADO

SUZANA CUNHA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

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
ISSN 1646-6918 (print)
ISSN 2183-1165 (electronic)

Composição

Sociedade Portuguesa de Cirurgia
secretariado.revista@spcir.com

Orgãos Sociais da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Biénio de 2022-2024

DIREÇÃO

PRESIDENTE

Paulo Matos da Costa

VICE-PRESIDENTES

Jorge Santos
José Guilherme Tralhão

SECRETÁRIO-GERAL

Nuno Rama

SECRETÁRIOS-GERAIS ADJUNTOS

Jaime Vilaça
Ainda Paulino
Maria Inês Leite

TESOUREIROS

Emanuel Vigia
Ana Azevedo

VOGAIS

Marta Guimarães
Natália Santos
Mariana Peyroteua
Carlos Costa Almeida
Carlos Leichsering
Carlos Ferreira

CONSELHO FISCAL

PRESIDENTE

Nuno Abecasis

VOGAIS

Alberto Midões
Augusto Lourenço

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

PRESIDENTE

Gil Gonçalves

VICE-PRESIDENTE

Hugo Pinto Marques

SECRETÁRIOS

Luís Filipe Pinheiro
Maria de Lurdes Gandra



Índice

ÓRGÃOS SOCIAIS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA	5
MENSAGEM DO PRESIDENTE DO XLIII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA	11
RESUMOS	15
MASTITE ABCEDADA MULTIFISTULIZADA: UM CASO BEM SUCEDIDO DE DIFÍCIL TRATAMENTO	17
IMPACTO DA TROMBOCITOSE NO PROGNÓSTICO DO CARCINOMA GÁSTRICO	21
IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO PERI-OPERATÓRIO SISTEMÁTICO EM DOENTES COM COLANGIOCARCINOMA PERI-HILAR: IMPACTO NA MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA E SOBREVIVÊNCIA A LONGO PRAZO	25
ABORDAGEM DA DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE INTRA-PERITONEAL	29
ABORDAGEM CIRÚRGICA DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR	33
REPETIÇÃO DE CIRURGIA DE CITORREDUÇÃO COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EM DOENTES COM DOENÇA PERITONEAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 5 ANOS	37
MORBILIDADE ASSOCIADA AO TRATAMENTO NEOADJUVANTE NO CANCRO DO RETO	41
ABLAÇÃO POR LASER DO SINUS PILONIDALIS – UMA ABORDAGEM A CONSIDERAR	45
CORRELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE GÂNGLIOS LINFÁTICOS RESSECADOS E A SOBREVIVÊNCIA EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA DUCTAL PANCREÁTICO	51
CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO DAS GLÂNDULAS SALIVARES: UMA REVISÃO DE 43 CASOS	55
CARCINOMA DO DUCTO SALIVAR: EXPERIÊNCIA DE 25 ANOS	59
RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL APÓS OPERAÇÃO DE HARTMANN	63



TAMIS: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM CIRURGIA DO RETO COM ABORDAGEM TRANS-ANAL.....	67
FATORES INFLUENCIADORES DA QUALIDADE DE VIDA E COMPLICAÇÕES APÓS CIRURGIA DA DRGE.....	69
INQUÉRITO	75



Mensagem do Presidente

Paulo Costa

Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia



Caros colegas:

Em nome da Direção desejo a todos as boas-vindas ao XLIII Congresso da Sociedade Portuguesa de Cirurgia. Queremos que seja um tempo para o convívio científico e pessoal dos Cirurgiões e Internos.

O 43º Congresso Nacional de Cirurgia retomou a força e o vigor que a pandemia mitigou, mas não aboliu. Nunca os Cirurgiões deixaram cair este desígnio da SPCir que é a permuta de experiências. Hoje e aqui vamos poder fazê-lo num tempo e num espaço que partilhamos – é uma reunião totalmente presencial.

No Centro de Congressos do Estoril temos o espaço, e os pequenos espaços, para as atividades fundamentais do Congresso duma grande Sociedade como a nossa.

Conceber e assegurar que o Congresso fosse possível em dois dias foi um desafio que nos parece ter sido conseguido. O programa foi estruturado horizontalmente para acomodar a diversidade de interesse dos participantes. Alguma “sobreposição dos interesses”, significa que a abrangência da Cirurgia Geral entusiasma Cirurgiões e Internos.

No programa foram incluídos temas de investigação de translação e clínica.

Mas também não descurámos a clínica core da nossa atividade, nem a modernidade da robótica e outras aquisições que a indústria dos aparelhos e as tecnologias de informação e imagem trouxeram para a nossa realidade.

A participação ativa, de todos os Capítulos da Sociedade, representa o núcleo principal e estruturante do Congresso. Cada Capítulo organizou a sua sessão temática versando aspetos ligados ao futuro e aos problemas do dia-a-dia.

Estamos em crer que todos se vão rever nesta nova arquitetura do Congresso construída pelos núcleos duros da atividade cirúrgica.

Particular destaque foi também dado a outros três componentes estruturantes da nossa Sociedade: a Revista, o Club dos Doutorandos e a Comissão dos Internos.

Assim como os Capítulos, também reservámos *slots* do programa para que estas Secções da Sociedade possam discutir os seus projetos e apresentar em público os seus resultados e ambições.

Quando decidimos compactar o programa tínhamos bem presente que seríamos obrigados a tomar decisões restritivas de alinhamento.





Conservámos, no essencial, a estrutura e filosofia da sessão de abertura, a sessão de controvérsia nos casos clínicos, a sessão do ACS e outras sessões tradicionais.

A oração do Presidente de Honra do Congresso iniciará a Sessão de Abertura. O Dr. Luís Filipe Pinheiro aceitou esta distinção merecida, por proposta da Direção da Sociedade. O Dr. Luís Filipe Pinheiro percorreu uma carreira hospitalar com grande mérito e fez cirurgiões que o têm como “Mestre”. É reconhecido pela sua performance em cirurgias de alta complexidade e em muitas outras mais simples, mas que também trataram centenas de doentes. Sempre se preocupou por dar conta da sua atividade em múltiplos fora. A sua participação ativa na Direção da SPCir teve destaque como Vice-Presidente do biénio anterior e agora, com justiça e mérito como Presidente de Honra do Congresso.

A conferência não-médica será proferida pelo Senhor Almirante Gouveia e Melo, que nos trará a sua visão sobre “liderança” que tantas vidas salvou e tanto nos impressiona.

A ideia de relembrar os *founding fathers* da Sociedade, e trazer até nós todos os nossos Presidentes, surgiu como um imperativo de reconhecimento, sim, mas sobretudo como demonstração de gratidão e urbanidade.





Vamos evocar os nossos *founding fathers* com *named letters* dos três primeiros Presidentes da SPCir: os Profs. Joaquim Bastos (1979-1980) dada pelo Prof. Rodrigo Oliva Perez, Jaime Celestino da Costa (1981-1982), proferida pelo Prof. Nadey Hakim e Bartholo do Valle Pereira (1983-1984) dada pelo Prof. Giovanni de Manzoni, reputados cirurgiões académicos internacionais. Esta iniciativa tendencialmente trará em futuros Congressos a memória de outros Presidentes.

Convidámos destacados cirurgiões para a Sociedade como Membros Honorários: Profs. Angelita Habr-Gama (Brasil), Prof. Nadey Hakim (Reino Unido), Prof. Giovanni de Manzoni (Itália) e Prof. Martin Walls (Alemanha).

Decidimos também iniciar a apresentações de Conferências Magnas, atribuídas a cada Capítulo. Este ano, teremos o Prof. Martin Walls a proferir a lição do Capítulo de Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço. Nos próximos Congressos outros Capítulos terão essa oportunidade.

Contamos com três Simpósios Satélites, que foram integrados no Programa pela atualidade e significado clínico dos temas abordados. Agrademos aos seus promotores e organizadores pelo interesse e qualidade que lhes dispensaram.





Mas por ser impossível estar em tantas sessões em simultâneo, a Direção preparou, para todos, uma Sessão com os *hot-topics* do Congresso em que se sintetizaram os aspetos mais importantes, ou mais apelativos de todas as Sessões.

A Sessão da entrega dos Prémios, será o culminar de um longo processo de submissão de resumos, classificação pelos Capítulos, seriação, e apresentação no Congresso.

Queremos incentivar o rigor e o interesse pelas comunicações durante as sessões do Congresso. Dos trabalhos apresentados em cada sessão vão ser selecionados os 10 melhores pósteres, as 10 melhores comunicações orais e os 10 vídeos que vão ser apresentados em sessões específicas, destinadas a selecionar os 3 melhores de cada modalidade, por Júris de reconhecido rigor e mérito.

Isto representa a enorme vitalidade de cirurgiões e internos que trabalham em hospitais das diferentes tipologias.

Este ano, nove dos nossos Presidentes vão estar connosco a atribuir os melhores prémios aos trabalhos apresentados (Araújo Teixeira, João Patrício, Fernando José Oliveira, Bicha Castelo, Júlio Leite, Jorge Maciel, Eduardo Barroso, João Pimentel, Gil Gonçalves).

Serão premiados 9 trabalhos dos 575 selecionados para apresentação a três júris: Comunicações orais, posters e vídeos.

A Mesa dos Presidentes contará com a distinta presença de todos. A todos agradecemos e rendemos homenagem por terem dirigido a SPCir e estarem aqui hoje nesta manifestação tão significativa da vitalidade científica da Sociedade, que assim expressamente dignificam.

Este espaço do Centro de Congressos, que ontem parecia enorme e vazio, está hoje cheio de vida e de tantos pontos de interesse. Vamos desfrutar desta reunião e de todas as possibilidades que nos são oferecidas neste Congresso.

Como está bem à vista, este Congresso não teria sido possível sem o contributo dos nossos Sponsors que acreditaram que ia acontecer. Os nossos *sponsors*, não só permitiram que todo este programa fosse arquitetado como realizado. Alguns de entre eles patrocinaram, mesmo, simpósios satélites.

Muito obrigado a todos.





Um reconhecimento à Câmara de Cascais, à Fundação D. Luís I e ao Casino do Estoril.

A logística desta reunião foi assegurada pela Eruditus, pela Refreshbubbles e pela nossa Secretária D. Eugénia – parabéns, foi um longo percurso e cheio de pequenos obstáculos, mas chegámos aqui.

Os meus principais, reconhecimento e agradecimento, vão para todos aqueles que fizeram parte duma equipa fantástica e achariam mal que eu os referisse aqui, pois a realização deste Congresso foi obra desses que não querem ser designados.

Bom Congresso.

Disse.



XLIII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA

RESUMOS

MASTITE ABCEDADA MULTIFISTULIZADA: UM CASO BEM SUCEDIDO DE DIFÍCIL TRATAMENTO

MASTITIS WITH MULTIFISTULISATING ABSCESS: A SUCCESSFUL CASE OF CHALLENGING TREATMENT

 ANITA SANTOS, ANDRÉ GRAÇA MAGALHÃES, JORGE CARVALHO, JOÃO REIS, RITA LOURENÇO, CARLOS ALPOIM, TERESA SANTOS

Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães

INTRODUÇÃO

As mastites são condições frequentes, normalmente associadas à amamentação. Podem por vezes complicar com abscesso mamário, sendo que o tratamento consiste em antibioterapia e drenagem percutânea ou cirúrgica. Nas doentes que não estão a amamentar, cerca de 90% dos abscessos são retro-areolares, associados a ectasias ductais. As restantes etiologias são muito mais raras e podem ser infeções atípicas, por exemplo por micobactérias, ou até de causa não infecciosa como a mastite granulomatosa idiopática.

Este trabalho tem como principal objetivo a exposição de um caso raro, mas de extrema importância na prática clínica.

MÉTODOS

A informação clínica da doente em questão foi recolhida e selecionada. A bibliografia disponível acerca do tema em questão foi também consultada, sendo selecionados os dados mais relevantes.

INTRODUCTION

Mastitis is a common condition, typically associated with breastfeeding. It can occasionally complicate into mammary abscess, which is treated with antibiotic therapy and percutaneous or surgical drainage. In non-breastfeeding patients, approximately 90% of abscesses are retro-areolar, associated with ductal ectasia. The remaining etiologies are much rarer and can include atypical infections, such as mycobacterial infections, or even non-infectious causes like idiopathic granulomatous mastitis.

The main objective of this study is to present a rare but highly significant case in clinical practice.

METHODS

Clinical information regarding the patient in question was collected and carefully reviewed. The available literature on the subject matter was also consulted, with the most relevant data selected for analysis.



RESULTADOS

Mulher de 29 anos que se apresentou no serviço de urgência com uma mastite com abscesso de pequenas dimensões no QSE da mama direita – sem amamentar. Foi drenado cirurgicamente, fez antibioterapia em ambulatório e foi orientada para consulta de reavaliação de Senologia em 1 mês.

Por agravamento da mastite ficou internada para antibioterapia de espectro mais alargado.

Foi submetida a drenagem cirúrgica no bloco por aparecimento de novos focos abcedados no QSE da mama direita, tendo sido enviado tecido para anatomo-patologia e microbiologia – não foram identificadas células malignas, cultura amicrobiana. Foi também colocado penso PICO, tendo alta 10 dias depois.

A doente manteve drenagem purulenta e aparecimento de múltiplas fístulas cutâneas. Por ausência de melhoria, foi submetida a nova limpeza cirúrgica com excisão aberta de todo o QSE da mama e colocada TPN com instilação de prontosan.

Sem isolamentos microbiológicos apesar das várias amostras enviadas para cultura de aeróbios, anaeróbios, fungos e micobactérias. A análise histológica da peça cirúrgica identificou infiltrado inflamatório polimorfo com granulomas de células gigantes multinucleadas; coloração de *ziehl-neelsen* para pesquisa de micobactérias e IGRA negativos.

Após ausência de sinais de doença foi programada reconstrução mamária com apoio da Cirurgia Plástica, duas semanas após a alta: realizado desbridamento excisional da ferida operatória e de tecido inflamatório do QSE da mama direita e plastia com retalho *LICAP*.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências e com resolução completa do quadro. No entanto, um mês após a reconstrução, reiniciou supuração de extremidade medial do retalho após reinício de contração oral. Iniciou *trial* de corticóide, tendo evidenciado resolução completa.

RESULTS

A 29-year-old woman presented at the emergency department with a non-breastfeeding mastitis accompanied by a small-sized abscess in the upper outer quadrant (UOQ) of the right breast. The abscess was surgically drained, and she received antibiotic therapy with a follow-up Senology appointment scheduled within one month.

Due to worsening mastitis, she was admitted for a broader spectrum of antibiotic therapy. Surgical drainage was performed in the operating room due to new abscess foci in the UOQ of the right breast. Tissue samples were sent for histopathology and microbiology testing, which revealed no malignant cells and negative microbial cultures. A PICO (negative pressure wound therapy) was applied, and she was discharged 10 days later.

The patient continued to experience purulent drainage and the development of multiple cutaneous fistulas. Given lack of improvement, she underwent another surgical debridement, with open excision of the entire UOQ of the breast, and a negative pressure wound therapy with Prontosan instillation was applied. Despite several samples being sent for aerobic, anaerobic, fungal, and mycobacterial cultures, no microbial isolates were identified. The histological analysis of the surgical specimen showed a polymorphic inflammatory infiltrate with granulomas containing multinucleated giant cells. Ziehl-Neelsen staining for mycobacteria and IGRA (interferon-gamma release assay) were negative.

Given the absence of disease signs, a breast reconstruction surgery was scheduled with the aid of Plastic Surgery department, two weeks after discharge. The procedure involved excisional debridement of the surgical wound and inflammatory tissue in the UOQ of the right breast, followed by *LICAP* (lateral intercostal artery perforator) flap reconstruction.

The postoperative period was uneventful, with complete resolution of the condition. However, one month after reconstruction, there was a recurrence of suppuration at the medial end of the flap after





FIG.: Resultado pós plastia com retalho LICAP



FIG.: Result after LICAP flap reconstruction

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Nas mastites abcedadas, perante insucesso terapêutico após drenagem e antibioterapia, é imprescindível alargar o diagnóstico diferencial a infeções atípicas e causas não infecciosas, não esquecendo a exclusão do Carcinoma inflamatório.

Neste caso, assumiu-se o diagnóstico de mastite granulomatosa idiopática dada a ausência de isolamentos, agravamento após ACO e melhoria com corticoterapia.

restarting oral contraception. A corticosteroid trial was initiated, leading to complete resolution.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

In cases of mastitis with abscess, when therapeutic efforts involving drainage and antibiotic therapy fail, it is crucial to expand the differential diagnosis to include atypical infections and non-infectious causes, while also considering the exclusion of inflammatory carcinoma.

In this case, the diagnosis of idiopathic granulomatous mastitis was assumed due to the absence of microbial isolates, worsening after starting oral contraception, and improvement with corticosteroid therapy.

Correspondência:

ANITA SANTOS

e-mail: anita.omsantos@gmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



IMPACTO DA TROMBOCITOSE NO PROGNÓSTICO DO CARCINOMA GÁSTRICO

PROGNOSTIC IMPACT OF THROMBOCYTOSIS IN GASTRIC CANCER

 BÁRBARA CASTRO¹, DANIEL MARTINS¹, MARIANA SANTOS¹, SUSANA GRAÇA¹, AMÉLIA TAVARES¹, FERNANDO VIVEIROS¹, MANUEL OLIVEIRA¹

¹ Serviço Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO

Os tumores sólidos são uma causa comum de trombocitose secundária, a qual foi identificada como fator de prognóstico em vários cancros. A prevalência de trombocitose nos doentes com cancro gástrico varia de 6,4% a 20,4%. Vários estudos apontam para uma relação entre o sistema de coagulação, a função plaquetária e a disseminação tumoral hematogénica. No entanto, o impacto da trombocitose no prognóstico do carcinoma gástrico está ainda mal definido. O objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência e o valor prognóstico da trombocitose nos doentes com cancro gástrico.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo dos doentes com carcinoma gástrico tratados cirurgicamente, com intuito curativo, no nosso hospital, entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2019. Foram consultados os processos clínicos e analisadas características clínico-patológicas. A análise estatística foi realizada com recurso ao *software IBM SPSS Statistics 26.0*.

INTRODUCTION

Solid tumours are a common cause of secondary thrombocytosis, which has been identified as a prognostic factor in various cancers. The prevalence of thrombocytosis in patients with gastric cancer ranges from 6.4% to 20.4%. Several studies suggest a relationship between the coagulation system, platelet function and haematogenous tumour spread. However, the impact of thrombocytosis on the prognosis of gastric cancer is not yet well defined. Therefore, the aim of this study is to assess the prevalence and prognostic value of thrombocytosis in patients with gastric cancer.

METHODS

Retrospective study of patients with gastric carcinoma treated surgically, with curative intent, in our hospital, between January 2009 and December 2019. Clinical files were consulted and clinical-pathological characteristics were analysed. Statistical analysis was performed using *IBM SPSS Statistics 26.0*.



RESULTADOS

Na presente amostra (n=352), a idade média foi de 68 ± 12 anos, 52% dos doentes eram do género feminino. A contagem média de plaquetas foi de $276,10 \pm 108,60 \times 10^3/\mu\text{L}$. A prevalência de trombocitose pré-tratamento foi de 16,5%. Os doentes com trombocitose apresentaram um estadio T mais avançado ($p=0,002$), maior número de gânglios metastizados ($p < 0,001$) e presença mais frequente de permeação linfática e venosa ($p < 0,001$). A presença de trombocitose pré-tratamento teve um impacto negativo e estatisticamente significativo na sobrevida global (HR 4,45, 95% CI 2,95-6,71, $p < 0,001$). O tempo médio de sobrevida global no grupo com trombocitose foi de 126 ± 4 meses comparativamente com 50 ± 7 meses no grupo sem trombocitose. A sobrevida global a 1 ano, 3 anos e 5 anos foi menor no grupo com trombocitose (94,5% vs. 78,3%, 83,3% vs. 42,0% e 74,5% vs. 30,4%, respetivamente). Relativamente à sobrevida livre de doença, a trombocitose pré-tratamento teve também um impacto negativo e estatisticamente significativo (HR 3,54, 95% CI 2,35-5,33, $p < 0,001$). O tempo médio de sobrevida livre de doença no grupo com trombocitose foi de 115 ± 5 meses comparativamente com 44 ± 8 meses no grupo sem

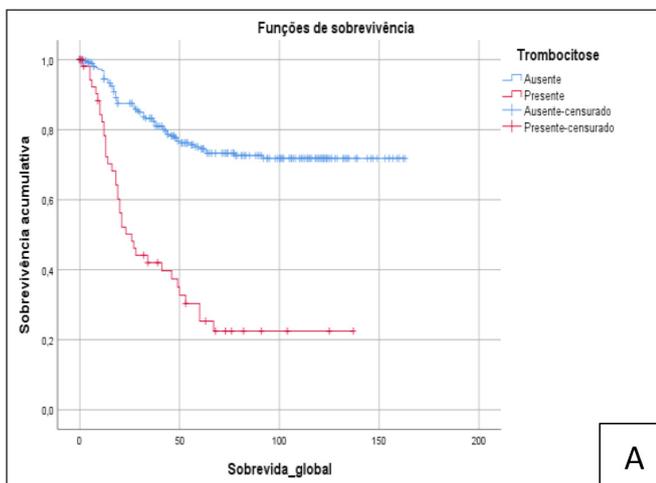


FIG. 1: Impacto da trombocitose na sobrevida global (A) e na sobrevida livre de doença (B) dos doentes com cancro gástrico.

RESULTS

In the present sample (n=352), the mean age was 68 ± 12 years, 52% of patients were female. The mean platelet count was $276.10 \pm 108.60 \times 10^3/\mu\text{L}$. The prevalence of pre-treatment thrombocytosis was 16.5%. Patients with thrombocytosis were found to have a more advanced T stage ($p=0,002$), greater number of metastatic nodes ($p < 0,001$) and a more frequent presence of lymphatic and venous permeation ($p < 0,001$). The presence of pre-treatment thrombocytosis had a negative and statistically significant impact on overall survival (HR 4,45, 95% CI 2,95-6,71, $p < 0,001$). The median overall survival in the group without thrombocytosis was 126 ± 4 months compared to 50 ± 7 months in the thrombocytosis group. One-year, 3-year, and 5-year overall survival were lower in the thrombocytosis group (94,5% vs. 78,3%, 83,3% vs. 42,0% e 74,5% vs. 30,4%, respectively). With regard to disease-free survival the presence of pre-treatment thrombocytosis had also negative and statistically significant impact (HR 3,54, 95% CI 2,35-5,33, $p < 0,001$). The median disease-free survival in the group without thrombocytosis was 115 ± 5 months compared to 44 ± 8 months in the thrombocytosis group.

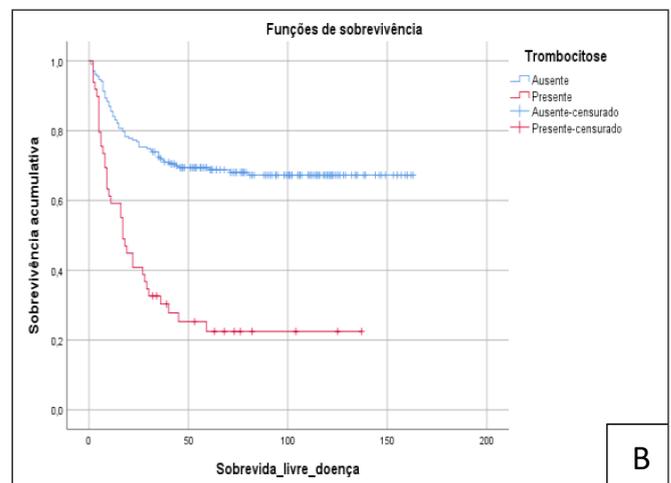


FIG. 1: Impact of thrombocytosis on overall survival (A) and disease-free survival (B) of gastric cancer patients.



trombocitose. A sobrevida livre de doença a 1 ano, 3 anos e 5 anos foi menor no grupo com trombocitose (85,5% vs. 59,2%, 72,0% vs. 30,3% e 69,4% vs. 22,5%, respectivamente).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A presença de trombocitose pré-tratamento teve um impacto negativo na sobrevida global e na sobrevida livre de doença, podendo, assim, ser usada como um fator independente de prognóstico nos doentes com cancro gástrico. Estudos prospectivos multicêntricos são necessários para validar a trombocitose como um fator prognóstico independente e para entender se poderá ser um fator a pesar na decisão de tratamentos neoadjuvantes e adjuvantes. Podemos também estar perante um alvo terapêutico, já existindo estudos com agentes anti-plaquetários atuando como agentes anti-tumorais. Mais investigações são necessárias para entender se a terapia dirigida às plaquetas será um tratamento oncológico bem-sucedido.

One-year, 3-year, and 5-year disease-free survival were lower in the thrombocytosis group (85,5% vs. 59,2%, 72,0% vs. 30,3% e 69,4% vs. 22,5%, respectively).

DISCUSSION AND CONCLUSION

The presence of pre-treatment thrombocytosis had a negative impact on overall survival and disease-free survival, and thus could be used as an independent prognostic factor in gastric cancer patients. Multicenter prospective studies will be needed to validate thrombocytosis as an independent prognostic factor, and to understand whether thrombocytosis may be another factor to weigh in the decision of neoadjuvant and adjuvant treatments. We may also be facing another therapeutic target, as there are already some studies with anti-platelet agents working as anti-tumour agents. Further investigation is needed to understand whether therapy targeting platelets will be a successful oncologic treatment.

Correspondência:

BÁRBARA CASTRO

e-mail: barbara91castro@gmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO PERI-OPERATÓRIO SISTEMÁTICO EM DOENTES COM COLANGIOCARCINOMA PERI-HILAR: IMPACTO NA MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA E SOBREVIDA A LONGO PRAZO

IMPLEMENTATION OF A SYSTEMATIC PERI-OPERATIVE PROTOCOL: IMPACT ON POST OPERATIVE MORTALITY IN PATIENTS WITH PERIHILAR CHOLANGIOCARCINOMA

 BEATRIZ CHUMBINHO¹, INÊS BARROS¹, SÍLVIA SILVA¹, LUÍS BICHO¹, RAQUEL MEGA¹, JOÃO SANTOS COELHO¹, HUGO PINTO MARQUES¹

¹ Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

INTRODUÇÃO

O colangiocarcinoma peri-hilar é uma doença agressiva com mau prognóstico. Têm sido identificados vários fatores que para isto contribuem, incluindo infeção, extensão tumoral, resseção vascular, entre outros.

As infeções abdominais, das quais a mais frequência a colangite, são comuns nos doentes com tumores peri-hilares e são influenciadas pela colonização dos ductos biliares, o que, por sua vez, é influenciada pela necessidade prévia de drenagem biliar.

Em 2016 o nosso centro implementou um protocolo peri-operatório que inclui exame cultural intra-operatório de bÍlis, linfadenectomia alargada, cinco dias de antibioterapia peri-operatória (de acordo com flora local previamente estudada) e TC de rotina ao 4-5º dia pós-operatório para detetar precocemente complicações pós-operatórias.

Neste estudo o nosso objetivo principal foi avaliar o impacto deste protocolo nos resultados a curto

INTRODUCTION

Perihilar cholangiocarcinoma (PHC) is an aggressive disease with a poor prognosis.

Several factors that contribute to its poor outcomes have been identified. These include infection, tumor extension, need for vascular resection, etc.

Abdominal infections including cholangitis are common in PHC patients and are influenced by bile duct colonization, which in turn is caused by numerous bile duct drainage procedures.

In 2016 our center implemented a peri operative management protocol which included intra operative bile cultures and systematic extended lymphadenectomy. In the post operative period a 5-day course of antibiotics (selected according to previously identified local flora) is administered and a routine image exam at post-operative day 4-5 is ordered to allow for early detection of infectious complications.

In this study our main goal was to evaluate the impact of this peri operative protocol in post



e longo prazo através da comparação entre dois grupos: operados antes e depois da aplicação do protocolo.

MÉTODOS

Análise de uma base prospetiva de 2004 a 2022. Recolha de variáveis clínico-patológicas relevantes. Análise estatística realizada com recurso ao software SPSS.

RESULTADOS

Incluimos 219 doentes submetidos a cirurgia para colangiocarcinoma peri-hilar – 152 entre 2004 e 2015 e 67 entre 2017 e 2022. Icterícia pré-operatória (84% vs 85%, $p=0.523$) e embolização portal (23% vs 31%, $p=0.143$) foi semelhante nos dois grupos. Ressecção vascular foi semelhante nos dois grupos: 53 (34.9%) vs 19 (28.4%): $p=0.196$. A proporção de tumores classificados como *Bismuth-Corlette* tipo IV também foi semelhante (29 (19.1%) vs 20 (29.9%): $p=0.065$). Complicações pós-operatórias graves foram semelhantes entre os dois grupos (28 (18.4%) vs 16 (23.9%): $p=0.258$). Foram obtidas culturas intra-operatórias de bÍlis em todos os doentes após 2016 e foram positivas em 54 doentes (80.6%). O micro-organismo mais comumente isolado foi *Enterococcus faecium*, *Enterococcus faecalis* e *Klebsiella pneumoniae*. A mortalidade peri-operatória foi significativamente mais baixa após a implementação do protocolo (18.4% vs 3% - $p=0.001$) e a sobrevivência global foi significativamente mais alta (5 anos: 21.1% vs 37.5% - $p=0.012$).

DISCUSSÃO

Colangite e colonização dos ductos biliares foram previamente identificados como fatores de risco para morbidade e mortalidade peri-operatória em

operative short- and long-term outcomes by comparing two groups of patients: those submitted to surgery before and after its application.

METHODS

A prospective database ranging from 2004 to 2022 was analyzed. Relevant clinical-pathological variables correlating to perioperative outcomes and survival were collected.

Statistical analysis was performed using SPSS® software.

RESULTS

We included 219 patients treated for PHC – 152 between 2004 and 2015 and 67 treated between 2017 and 2022. Preoperative jaundice (84% vs 85%, $p=0.523$) and portal embolization (23% vs 31%, $p=0.143$) were similar between the two groups. Intra operative need for vascular resection was also similar: 53 (34.9%) vs 19 (28.4%) – $p=0.196$. The number of patients with tumors classified as Bismuth-Corlette type IV was also similar (29 (19.1%) vs 20 (29.9%): $p=0.065$).

Intra operative bile cultures were obtained in all patients after 2016 and were positive in 54 patients (80.6%). The most common isolated microorganisms were *Enterococcus faecium*, *Enterococcus faecalis* and *Klebsiella pneumoniae*.

Perioperative mortality was significantly lower after the protocol's application (18.4% vs 3%, $p=0.001$) and overall survival was significantly higher (5 year: 21.1% vs 37.5%, $p=0.012$).

DISCUSSION

Cholangitis and bile duct colonization have previously been identified as risk factors for perioperative morbidity and mortality in PHC



doentes com colangiocarcinoma hilar. Tem sido postulado que o ajuste da antibioterapia profilática contribua para a melhoria do prognóstico destes doentes por diminuir as infeções associadas. Neste estudo procurámos demonstrar a importância da gestão pré e intra-operatória, bem como um protocolo de vigilância estrita na deteção precoce de complicações após cirurgia para colangiocarcinoma peri-hilar.

CONCLUSÃO

A implementação de um protocolo peri-operatório sistemático teve impacto nos resultados a curto e longo prazo nos doentes com colangiocarcinoma peri-hilar no nosso centro. A deteção precoce, profilaxia e tratamento de complicações infecciosas parece contribuir para o aumento da sobrevida após a cirurgia.

patients submitted to surgery. It has been hypothesized that adjustment of perioperative prophylactic antibiotic may mitigate this risk factor, by helping reduce intra-abdominal bacterial spread at the time of liver and bile duct resection.

In this study we sought to demonstrate the importance of a strict antibiotic and surveillance protocol on post operative complications after surgery for peri hilar cholangiocarcinoma.

CONCLUSION

The implementation of a systematic peri-operative protocol had an impact on short- and long-term outcomes in PHC patients submitted to surgery in our center. Early detection, prophylaxis and treatment of infectious complications contributes to improved survival after surgery for perihilar cholangiocarcinoma.

Correspondência:

BEATRIZ CHUMBINHO

e-mail: beatriz.chumbinho@gmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



ABORDAGEM DA DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE INTRA-PERITONEAL

APPROACH TO INTRA-PERITONEAL ANASTOMOTIC LEAKAGE

 BEATRIZ COSTEIRA¹, FRANCISCA BRITO DA SILVA¹, MARGARIDA BERNARDO¹, DANIELA CAVADAS¹, JOÃO MACIEL¹, MANUEL LIMBERT¹, NUNO ABECASIS¹

Instituto Português de Oncologia de Lisboa

INTRODUÇÃO

A deiscência de anastomose (AL) na cirurgia colorectal tem taxas reportadas na literatura de 1-19%, e apresenta um significativo impacto na morbimortalidade, taxa de estoma permanente e no prognóstico oncológico. A abordagem da AL das anastomoses intra-peritoneais depende principalmente do estado clínico do doente, do defeito na parede intestinal e da conspurcação da cavidade. Apesar da taxa e factores de risco para AL estarem amplamente reportados na literatura, existe pouca evidência acerca das opções terapêuticas e dos seus resultados. Este estudo pretende analisar os resultados na morbimortalidade e taxa de estoma permanente nas diferentes abordagens da AL intra-peritoneal.

MÉTODOS

Análise retrospectiva, unicêntrica, de base de dados prospectiva de todos os doentes submetidos a ressecção cólica com anastomose intra-peritoneal não derivada, de janeiro de 2010 a setembro de 2022. A AL foi classificada de acordo com a definição do International Study Group of Rectal Cancer, sendo

INTRODUCTION

Anastomotic leakage (AL) in colorectal surgery has reported rates in the literature ranging from 1% to 19% and presents a significant impact on morbidity, mortality, permanent stoma rates, and oncological prognosis. The approach to AL in intra-peritoneal anastomoses primarily depends on the patient's clinical condition, the defect in the intestinal wall, and cavity contamination. Despite the widely reported AL rates and risk factors in the literature, there is limited evidence regarding therapeutic options and their outcomes. This study aims to analyze the results concerning morbidity, mortality, and permanent stoma rates in different approaches to intra-peritoneal AL.

METHODS

Retrospective, single-center analysis of a prospective database including all patients who underwent colonic resection with non-diverted intra-peritoneal anastomosis from January 2010 to September 2022. AL was classified according to the definition of the International Study Group of Rectal



considerados os casos de defeito na integridade da parede intestinal da anastomose ou abscesso perianastomótico. A análise univariada foi realizada através do teste de chi-quadrado.

RESULTADOS

Das 1492 ressecções cólicas realizadas, 113 (7.6%) doentes apresentaram AL. A AL foi classificada como grau B em 18 doentes (taxa global 1.2%) e grau C em 95 doentes (taxa global 6,2%). A mediana de idades dos doentes com AL foi de 72 anos [intervalo inter-quartil (IIQ) 65-78], com 38% Charlson Comorbidity Index ≥ 4 e 31% dos doentes com American Society Anesthesiology Score \geq III. O tempo mediano até ao diagnóstico de AL foi de 7 dias [IIQ 5-13], com 16% dos diagnósticos após a alta hospitalar. A mortalidade a 30 e 90 dias foi, respectivamente, de 6.2% (n=7) e 8.8% (n=10). A abordagem terapêutica foi conservadora (antibioterapia associada ou não a drenagem percutânea) em 18 (16%) doentes e cirúrgica em 95 (84%). Nas reoperações, esteve presente um cirurgião colorectal em 64% (n=61) dos casos e foi realizada por laparoscopia em 10,5% (n=10). O procedimento realizado na reoperação por AL foi toilette peritoneal em 2 (2%) casos, rafia/re-anastomose em 2 (2%) casos, estoma derivativo em 16 (17%) casos e desmontagem de anastomose com estoma terminal em 75 (79%) casos. A anastomose foi preservada em 34% (n=38) doentes com diagnóstico de AL, mais frequentemente nos doentes submetidos a hemicolectomia direita vs restantes ressecções (50% vs 23%, p=0,013). A preservação de anastomose foi mais frequente quando a reoperação foi realizada por um cirurgião colorectal (28% vs 8%, p=0.029) e quando a re-operação foi por via laparoscópica (30% vs 85%, p=0,042). A preservação de anastomose não se associou a aumento da taxa de mortalidade (p>0.05). Nos doentes em que foram realizados estomas derivativos para tratamento da deiscência anastomótica, o trânsito intestinal foi re-estabelecido

Cancer, considering cases with integrity defects in the anastomotic intestinal wall or perianastomotic abscess. Univariate analysis was performed using the chi-square test.

RESULTS

Out of 1492 colonic resections performed, 113 patients (7.6%) presented AL. AL was classified as grade B in 18 patients (overall rate of 1.2%) and grade C in 95 patients (overall rate of 6.2%). The median age of patients with AL was 72 years [interquartile range (IQR) 65-78], with 38% having Charlson Comorbidity Index ≥ 4 and 31% of patients having American Society of Anesthesiology Score \geq III. The median time until AL diagnosis was 7 days [IQR 5-13], with 16% of diagnoses occurring after hospital discharge. Mortality at 30 and 90 days was 6.2% (n=7) and 8.8% (n=10), respectively. The therapeutic approach was conservative (antibiotic therapy with or without percutaneous drainage) in 18 patients (16%) and surgical in 95 patients (84%). In reoperations, a colorectal surgeon was present in 64% (n=61) of cases, and laparoscopy was performed in 10.5% (n=10). The procedures performed in the reoperation for AL were peritoneal lavage in 2 (2%) cases, suture/re-anastomosis in 2 (2%) cases, diverting stoma in 16 (17%) cases, and dismantling of the anastomosis with terminal stoma in 75 (79%) cases. The anastomosis was preserved in 34% (n=38) of patients with AL, more frequently in patients undergoing right hemicolectomy compared to other resections (50% vs. 23%, p=0.013). Anastomosis preservation was more common when the reoperation was performed by a colorectal surgeon (28% vs. 8%, p=0.029) and when the reoperation was done laparoscopically (30% vs. 85%, p=0.042). Anastomosis preservation was not associated with increased mortality rates (p>0.05). In patients who underwent diverting stomas for the treatment of anastomotic leakage, intestinal transit was restored in 85% (13/16) of cases,



em 85% (13/16) dos casos; nos doentes em que foram realizados estomas terminais, o trânsito intestinal foi reconstruído em 45% (34/75) dos casos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

É possível preservar a anastomose após AL. Em casos selecionados, a derivação do trânsito intestinal é uma opção eficaz no tratamento da AL, associando-se a uma menor taxa de estomas definitivos. A re-operação por cirurgião colorectal parece associar-se a uma maior taxa de preservação de anastomose. A laparoscopia é uma via de abordagem segura e eficaz na re-operação por AL.

while in patients with terminal stomas, intestinal transit was reconstructed in 45% (34/75) of cases.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

It is possible to preserve the anastomosis after AL. In selected cases, diverting the intestinal transit is an effective option in the treatment of AL, associated with a lower rate of permanent stomas. Reoperation by a colorectal surgeon appears to be associated with a higher rate of anastomosis preservation. Laparoscopy is a safe and effective approach in reoperation for AL.

Correspondência:

BEATRIZ COSTEIRA

e-mail: beatrizacosteira@gmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



ABORDAGEM CIRÚRGICA DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

SURGICAL APPROACH IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE – THE IMPORTANCE OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM

 BEATRIZ SILVA MENDES¹,  INÊS MIGUEL¹,  SOFIA PINA¹,  MIGUEL CUNHA¹,
 JUAN RACHADELL¹,  EDGAR AMORIM¹, MAHOMEDE AMERICANO^{1,2}

¹ Grupo de Cirurgia Colorretal – Serviço de Cirurgia 2, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão, Portimão, Portugal

RESUMO

Introdução: A maioria dos doentes com doença inflamatória intestinal (DII) poderá necessitar de intervenção cirúrgica ao longo da vida, sendo que até 50% serão realizadas nos primeiros 10 anos após o diagnóstico. O objetivo deste estudo foi descrever os outcomes da cirurgia na DII, bem como estudar o impacto da criação de um grupo multidisciplinar dedicado a esta patologia. **Métodos:** Estudo retrospectivo observacional que incluiu todas as cirurgias colorretais realizadas no contexto de DII, excluindo doença perianal, num período de 5 anos numa unidade de cirurgia colorretal. Procedeu-se a colheita de dados referentes às características da população, doença e da intervenção cirúrgica realizada. Estatística: descritiva, teste Qui-quadrado e Mann-Whitney U. **Resultados:** Incluíram-se 35 doentes (65,7% Doença de Crohn). Das cirurgias realizadas, 74,3% foram eletivas, 65,7% laparoscópicas e com internamento médio de 10 dias. Desde a criação de um grupo dedicado a DII e a realização de reuniões multidisciplinares observou-se um aumento do número total de cirurgias, um maior número de intervenções eletivas e uma diminuição no tempo médio de internamento. **Discussão/Conclusão:** O seguimento e referenciação adequados são cruciais para uma sinalização precoce dos doentes que beneficiam de intervenção cirúrgica, permitindo baixar a taxa de procedimentos urgentes. A criação de um grupo dedicado a esta patologia pode melhorar os outcomes após cirurgia na DII.

ABSTRACT

Introduction: Most patients with inflammatory bowel disease (IBD) will require surgical intervention, with up to 50% being performed within the first 10 years after diagnosis. The aim of this study was to describe the IBD surgical outcomes, and the impact of a multidisciplinary group dedicated to this condition. **Methods:** We conducted a retrospective observational study that included all colorectal surgeries performed for IBD, excluding perianal disease, over a 5-year period in a colorectal surgery unit. Data were collected regarding population and disease characteristics and surgical intervention. Statistics: descriptive, chi-square and Mann-Whitney U test. **Results:** Thirty-five patients (65.7% Crohn's Disease) were included. Of the surgeries performed, 74.3% were elective, 65.7% laparoscopic and with a mean hospitalization of 10 days. Since the creation of a dedicated IBD group and multidisciplinary meetings, there was an increase in the total number of surgeries, a higher number of elective interventions and a decrease in the mean length of hospital stay. **Discussion/Conclusion:** Adequate follow-up and referral are crucial for an early identification of patients who benefit from surgical intervention, allowing a decrease in urgent procedures. The creation of a dedicated group for this condition may improve outcomes after surgery in IBD.



INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) é uma patologia em que até 20% dos doentes com Colite Ulcerosa (CU) e até 80% dos doentes com Doença de Crohn (DC) irão ser submetidos a, pelo menos, uma intervenção cirúrgica ao longo da sua vida.

A DII é uma doença complexa em que são essenciais uma abordagem multidisciplinar e um adequado processo de pré-habilitação.

Tem sido alvo de discussão a existência de uma subespecialização na DII, com centros especializados e equipas multidisciplinares de profissionais dedicados a esta patologia.

OBJETIVO

Descrever os *outcomes* da cirurgia colorretal na DII e estudar o impacto nestes *outcomes* da criação de um grupo multidisciplinar dedicado a esta patologia.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo observacional que incluiu todas as cirurgias realizadas no contexto de DII, excluindo doença perianal, num período de 5 anos numa unidade de cirurgia colorretal.

Foram colhidos dados sociodemográficos da população, características da doença e da cirurgia realizada e desenvolvimento de complicações nos primeiros 30 dias de pós-operatório (classificação de *Clavien-Dindo*).

Análise estatística: As variáveis categóricas foram descritas usando frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas foram descritas por média/desvio padrão ou mediana/intervalo interquartil, de acordo com a simetria da distribuição. A comparação de duas amostras independentes para variáveis quantitativas foi realizada recorrendo ao

teste de *Mann-Whitney U* e pelo teste qui-quadrado para duas variáveis categóricas. Foi considerado um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Foram incluídos 35 doentes (Tabela 1).

Verificou-se um aumento do número de cirurgias ao longo dos anos, a maioria em contexto eletivo (74.3%) e por via laparoscópica (65.7%). A minoria dos doentes ficou com estoma definitivo (11.4%) e apresentou complicações *Clavien Dindo* \geq III (14.3%). Não se registou mortalidade no grupo em estudo. A mediana do tempo de internamento foi de 10 (VIQ 14-7) dias.

Após a criação em 2020 de uma equipa multidisciplinar de DII, observou-se um aumento no

TABELA 1: Características da população (n=35)

Idade, anos; média (DP)	47.1 (18.4)
Masculino/Feminino; n (%)	15 (42.9%)/20 (57.1%)
Anos de doença até cirurgia; mediana (VIQ)	5 (12-2)
Doença de Crohn; n (%)	23 (65.7%)
<i>Fenótipo; n (%)</i>	
Estenosante	13 (56.5%)
Fistulizante	9 (25.7%)
Não fistulizante ou estenosante	1 (4.3%)
<i>Cirurgia realizada; n (%)</i>	
Ressecção ileo-cólica	13 (56.5%)
Estrituroplastia	3 (13.0%)
Enterectomia segmentar	3 (13.0%)
Colectomia total	2 (8.7%)
Hemicolectomia direita	1 (4.3%)
Hemicolectomia esquerda	1 (4.3%)
Colite Ulcerosa; n (%)	12 (34.3%)
<i>Cirurgia Realizada; n (%)</i>	
Colectomia total	7 (58.3%)
Protocolectomia total com bolsa em J	3 (25%)
Protocolectomia total	2 (16.7%)

DP: Desvio-padrão; VIQ: Variância inter-quartil



número total de cirurgias (9vs.26). A comparação dos *outcomes* cirúrgicos antes e após a criação do grupo apresentou uma correlação com o tempo de doença desde o diagnóstico até à intervenção cirúrgica (2 vs. 9; $p=0.005$) e com o aumento de cirurgias eletivas (4vs.22; $p=0.03$). Verificou-se ainda um aumento do número de cirurgias laparoscópicas (7vs.16; $p>0.05$) e uma diminuição da percentagem de complicações (55.6%vs.42.3%; $p>0.05$) e na mediana do tempo de internamento pós-operatório (12 vs. 10; $p>0.05$).

DISCUSSÃO

O seguimento e referência adequados são cruciais para uma sinalização precoce dos doentes com DII que beneficiam de intervenção cirúrgica, permitindo reduzir a taxa de procedimentos

urgentes. Os dados apresentados podem ser explicados pelo facto destes doentes apresentarem agora um seguimento especializado e personalizado, com uma avaliação e orientação que permitiram uma referência adequada e uma indicação cirúrgica ponderada. Verificou-se nesta amostra uma melhoria de *outcomes* como o tempo de internamento e o desenvolvimento de complicações.

CONCLUSÃO

Este estudo pode servir como premissa para afirmar que a criação de um grupo especializado, com o desenvolvimento de consultas multidisciplinares de decisão terapêutica e uma equipa cirúrgica dedicada, pode melhorar os *outcomes* da cirurgia na DII.

Correspondência:

BEATRIZ SILVA MENDES

e-mail: smendes.beatriz@gmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



REPETIÇÃO DE CIRURGIA DE CITORREDUÇÃO COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EM DOENTES COM DOENÇA PERITONEAL: ANÁLISE RETROSPETIVA DE 5 ANOS

REPEAT CYTOREDUCTION WITH HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH PERITONEAL DISEASE: A 5-YEAR RETROSPECTIVE ANALYSIS

 JOÃO MENDES¹, SÓNIA MARQUES², MARIANA PEYROTEO³, MERCÊS LOBO⁴, FERNANDA SOUSA³, MANUEL FERNANDES³, ABREU DE SOUSA³

¹ Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Médio Ave

² Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Distrital de Santarém

³ Serviço de Oncologia Cirúrgica, Instituto Português de Oncologia, do Porto; ⁴Serviço de Anestesiologia, Instituto Português de Oncologia do Porto

RESUMO

A Citorredução com Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica (CR-HIPEC) em doentes com doença metastática unicamente peritoneal está associada a aumento da sobrevivência global. Em casos de recidiva, este procedimento por ser realizado mais do que uma vez. O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados da repetição de CR-HIPEC em doentes com recidiva peritoneal. Foi realizado um estudo retrospectivo, tipo coorte, com doentes submetidos a CR-HIPEC entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020, numa única instituição, sendo que, durante este, foram realizados 259 CR-HIPEC em 248 doentes. Destes, 31 (12%) foram repetições de CR-HIPEC, e 8 destes (25.8%) foram o terceiro ou quarto HIPEC no mesmo doente. Dos 31 casos, 15 (48.4%) tinham origem apendicular. Com uma mediana de tempo de seguimento de 44 meses, a taxa de recidiva foi de 45.2% (n=14), com uma sobrevivência global média de 68.7 meses. A sobrevivência global aos 5 anos foi de 78%, com 5 óbitos por progressão da doença. Existe uma tendência para melhor sobrevivência nos doentes com primário apendicular, sem, no entanto, atingir significância estatística (71 versus 64 meses; p=0.756). A repetição do CR-HIPEC é uma abordagem segura com uma taxa de complicações aceitável para a complexidade do procedimento, associada a benefício na sobrevivência em doentes selecionados.

ABSTRACT

Cytoreduction with Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (CR-HIPEC) in patients with peritoneal-only metastatic disease is associated with increased overall survival. In cases of relapse, this procedure may be performed more than once. The aim of this study was to evaluate the results of repeat CR-HIPEC in patients with peritoneal recurrence. A retrospective, cohort study was carried out with patients who underwent CR-HIPEC between January 2016 and December 2020, in a single institution, during which 259 CR-HIPEC were performed on 248 patients. Of these, 31 (12%) were CR-HIPEC repeats, and 8 of these (25.8%) were the third or fourth HIPEC in the same patient. Of the 31 cases, 15 (48.4%) had an appendicular origin. With a median follow-up time of 44 months, the relapse rate was 45.2% (n=14), with a mean overall survival of 68.7 months. Overall survival at 5 years was 78%, with 5 deaths due to disease progression. There is a trend towards better survival in patients with an appendicular primary, without, however, reaching statistical significance (71 versus 64 months; p=0.756). Repeat CR-HIPEC is a safe approach with an acceptable complication rate for the complexity of the procedure, associated with a survival benefit in selected patients.



INTRODUÇÃO

A cirurgia de Citorredução com Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica (CR-HIPEC) em doentes com doença metastática unicamente peritoneal está associada a aumento da sobrevivência global. A realização de uma citorredução completa representa a chave para a eficácia do HIPEC, sendo que, em casos de recidiva, este procedimento por ser realizado mais do que uma vez.

O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados da repetição de CR-HIPEC em doentes com recidiva peritoneal.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, tipo coorte, com doentes submetidos a CR-HIPEC entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020, numa única instituição. Foram obtidos dados sobre o estado pré-operatório do doente e da cirurgia, incluindo o índice ICP (Índice Carcinomatoso Peritoneal) e o *score* CC (*Completeness of Cytoreduction*), bem como dados pós-operatórios. A sobrevivência foi calculada utilizando curvas de Kaplan-Meier. Foi utilizado o software IBM SPSS® Statistics 27 para a análise estatística, com um $p < 0.05$ considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Durante este período, foram realizados 259 CR-HIPEC em 248 doentes. Destes, 31 (12%) foram repetições de CR-HIPEC, sendo que 8 (25.8%) foram o terceiro ou quarto HIPEC no mesmo doente. A mediana de idade foi de 51 anos, com 23 doentes (74,2%) do género feminino. Dos 31 casos, 15 (48.4%) tinham origem apendicular, 9 (29%) colorretal, 5 (16,1%) peritoneal e 2 (6.5%) ovárica. Dezanove doentes (38,7%) realizaram quimioterapia sistémica pré-operatória. A mediana

de ICP foi de 8 (com mínimo de 2 e máximo de 26), sendo que foi obtido um *score* de citorredução completa (CC-O) em 90,3% dos doentes ($n=28$). Em 18 doentes (58.1%) foi necessário algum tipo de resseção entérica. A mediana de tempo de cirurgia foi de 400 minutos. A percentagem de complicações major (CT-CAE 3-4) foi de 12.9%, sem mortalidade pós-operatória (*tabela 1*). A mediana de tempo de internamento foi de 12 dias. Com uma mediana de tempo de seguimento de 44 meses, a taxa de recidiva foi de 45.2% ($n=14$), com uma sobrevivência global média de 68.7 meses. A sobrevivência global aos 5 anos foi de 78%, com 5 óbitos por progressão da doença no período do estudo (*figura 1*). Quando comparados os doentes com primário apendicular em relação aos restantes, existe uma tendência para melhor sobrevivência neste grupo, sem, no entanto, atingir significância estatística (71 versus 64 meses; $p=0.756$).

TABELA 1 – Taxa de complicações aos 60 dias

Complicações Aos 60 Dias	
Não	14 [45,2%]
CT-CAE 1/2	13 [41,9%]
CT-CAE 3/4	4 [12,9%]
Óbitos	0

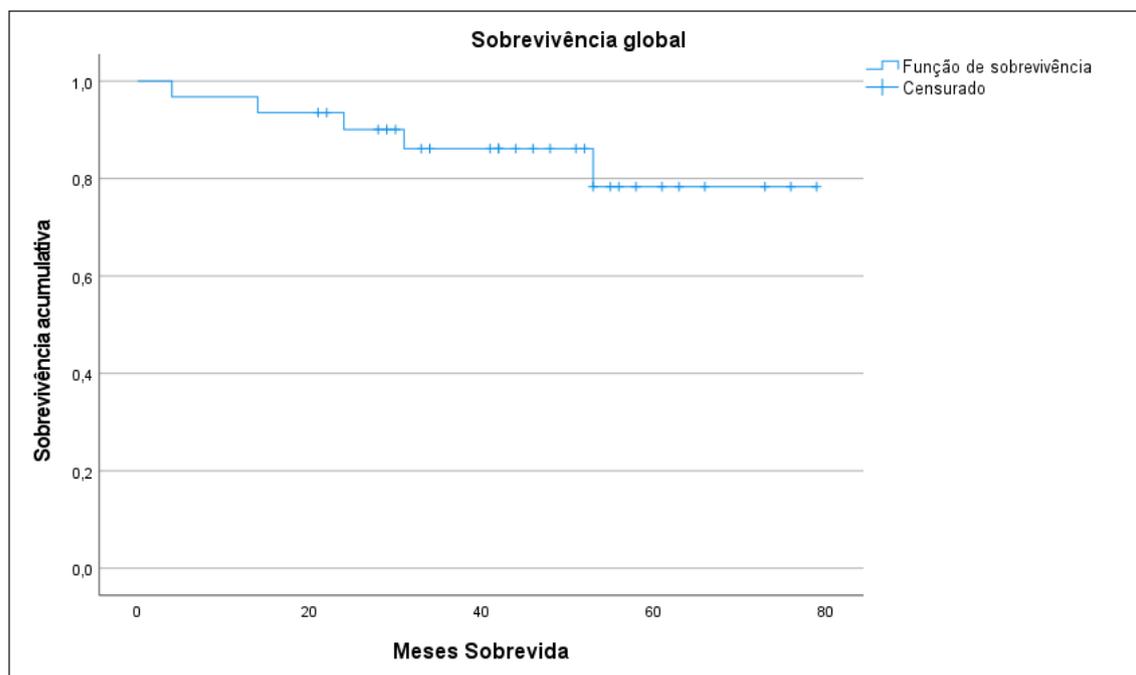
DISCUSSÃO

A cirurgia de CR-HIPEC constituiu um dos principais avanços no tratamento da doença peritoneal, levando a uma mudança de paradigma no tratamento e prognóstico destes doentes.

Em casos de recidiva pós primeira CR-HIPEC, a repetição do procedimento tem sido oferecida, mas ainda com pouca evidência publicada sobre os resultados a curto e longo prazo. Assim, na nossa amostra verificamos que a maioria dos doentes tinha um primário apendicular, com uma



FIGURA 1 – Sobrevivência global após repetição de CR-HIPEC



mediana de ICP de 8, sendo obtido um CC-O em 90.3% dos doentes. A sobrevivência global foi de 78% aos 5 anos. Isto atesta aos dois principais fatores a ter em conta na seleção destes doentes, nomeadamente uma biologia tumoral favorável e a capacidade de atingir uma resseção completa, o que parece explicar os bons resultados em termos de sobrevivência.

Em relação à morbilidade, obtivemos uma taxa de complicações major (CT-CAE 3-4) de 12.9%,

sem mortalidade pós-operatória, sobreponível aos resultados descritos na literatura.

CONCLUSÃO

A repetição do CR-HIPEC é uma abordagem segura com uma taxa de complicações aceitável para a complexidade do procedimento, associada a benefício na sobrevivência em doentes selecionados.

Correspondência:

JOÃO MENDES

e-mail: joaofr_mendes@hotmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



MORBILIDADE ASSOCIADA AO TRATAMENTO NEOADJUVANTE NO CANCRO DO RETO

MORBIDITY ASSOCIATED WITH NEOADJUVANT TREATMENT IN RECTAL CANCER

 MÁRCIA CARVALHO¹, PAULA PINTO², RITA BRANQUINHO³, BÁRBARA GAMA⁴, PEDRO MARTINS², DONZÍLIA BRITO², JOAQUIM ABREU DE SOUSA²

¹ Centro Hospitalar do Médio Ave

² Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

³ Centro Hospitalar do Médio Tejo

⁴ Hospital da Horta

RESUMO

Introdução: Na doença localmente avançada do cancro do reto realiza-se habitualmente tratamento neoadjuvante, que pode ser feito com radioterapia de esquema curto (RT) ou quimiorradioterapia de esquema longo (QRT). O objetivo deste trabalho é avaliar a morbilidade associada ao tratamento neoadjuvante no cancro do reto. **Métodos:** Estudo retrospectivo unicêntrico, com avaliação dos doentes submetidos a tratamento neoadjuvante seguido de cirurgia entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014. **Resultados:** Foram incluídos 201 doentes: 147 no grupo QRT e 54 no grupo RT. Houve mais doentes com ASA de III/IV no grupo RT (51,85%) do que no grupo QRT (12,93%). A média de idades foi de 62,59 anos no grupo QRT e 75,76 anos no grupo RT ($p < 0.01$). No grupo QRT, realizou-se estoma em 54,08% dos doentes, com encerramento posterior em 66,04% dos casos; no grupo RT, realizou-se estoma em 53,85% dos doentes, com encerramento posterior em 38,10% dos casos. A média de dias de internamento foi de 12,26 no grupo QRT e de 15,06 no grupo RT. A taxa de deiscência foi de 13,19% no grupo QRT e de 2,70% no grupo RT e a taxa de recidiva foi de 34,48% no grupo QRT e de 29,63% no grupo RT. **Discussão:** Os dois grupos apresentavam estadios sobreponíveis ao diagnóstico. Os fatores independentes para a escolha do tratamento neoadjuvante foram a idade e o ASA ao diagnóstico. A morbilidade associada aos dois grupos não teve diferenças estatisticamente significativas.

ABSTRACT

Background: In locally advanced rectal cancer neoadjuvant treatment is usually performed, which can be done with short-course radiotherapy (SCR) or long-course chemoradiotherapy (LCC). The objective of this work is to evaluate the morbidity associated with neoadjuvant treatment in rectal cancer. **Methods:** Single-center retrospective study evaluating patients undergoing neoadjuvant treatment followed by surgery between January 2013 and December 2014. **Results:** A total of 201 patients were included: 147 in the LCC group and 54 in the SCR group. There were more patients with ASA III/IV in the SCR group (51.85%) than in the LCC group (12.93%). Mean age was 62.59 years in the LCC group and 75.76 years in the SCR group ($p < 0.01$). In the LCC group, a stoma was performed in 54.08% of the patients, with posterior closure in 66.04% of the cases; in the SCR group, a stoma was performed in 53.85% of the patients, with posterior closure in 38.10% of the cases. The average length of stay was 12.26 days in the LCC group and 15.06 days in the SCR group. The dehiscence rate was 13.19% in the LCC group and 2.70% in the SCR group, and the recurrence rate was 34.48% in the LCC group and 29.63% in the SCR group. **Discussion:** The two groups presented overlapping stages at the diagnosis. The independent factors for choosing neoadjuvant treatment were age and ASA at diagnosis. The morbidity associated with the two groups did not have statistically significant differences.



INTRODUÇÃO

Uma proporção significativa dos doentes com cancro do reto apresenta doença localmente avançada ao diagnóstico. O tratamento *Standard* do carcinoma do reto localmente avançado (CRLA) consiste na realização de tratamento neoadjuvante (TNA) com radioterapia de esquema curto (RT) ou quimiorradioterapia de esquema longo (QRT), seguido de cirurgia com excisão total do mesorreto.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é avaliar a morbilidade associada ao TNA no CRLA.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico de doentes com diagnóstico CRLA submetidos a TNA seguida de cirurgia entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2014. Foram incluídos doentes com idade superior a 18 anos, com diagnóstico histológico, estadiamento imagiológico e estadio II ou III. Foram excluídos doentes com estadio IV, com síndromes genéticas, submetidos a cirurgia urgente, cirurgia por recidiva, cirurgia R2 e morte no pós-operatório imediato. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS e foram considerados resultados estatisticamente significativos se $p < 0.05$.

RESULTADOS

Foram identificados 367 doentes com CRLA. Após aplicação dos critérios, foram incluídos 201 doentes: 54 no grupo RT e 147 no grupo QRT.

A idade média foi de 75.76 anos (± 9.63) no grupo RT e 62.59 anos (± 10.84) no grupo QRT ($p < 0.01$). A maioria dos doentes era do sexo masculino,

apresentava doença T3 N+ ao diagnóstico e foi submetida a resseção anterior do reto.

No grupo QRT, a maioria dos doentes era ASA II (87.08%), enquanto no grupo RT 48.15% era ASA II e 50% ASA III ($p < 0.001$). A estatística descritiva dos doentes está apresentada na *tabela 1*.

TABELA 1 – Estatística descrita dos doentes (n= 201)

Características	RT (n,%)	QRT (n,%)	Valor p
Género			
Masculino	32 (59.26)	90 (61.22)	p=0.871
Feminino	22 (40.74)	57 (38.78)	
Classificação ASA			
II	26 (48.15)	128 (87.08)	p<0.001
III	27 (50)	19 (12.93)	
IV	1 (1.85)	0	
Distância à margem anal			
<5 cms	22 (40.74)	56 (38.10)	p=0.861
5-10 cms	26 (48.15)	70 (47.62)	
10-15 cms	6 (11.11)	21 (14.29)	
Estadiamento pré-operatório			
T1	2 (3.70)	1 (0.68)	p=0.302
T2	5 (9.26)	9 (6.12)	
T3	41 (75.93)	122 (82.99)	
T4	6 (11.11)	15 (10.20)	
Estadiamento ganglionar pré-operatório			
N0	10 (18.52)	31 (21.09)	p=0.701
N+	44 (81.48)	116 (78.91)	
Tipo de Cirurgia Realizada			
RAR	39 (72.22)	96 (65.31)	p=0.802
AAP	14 (25.93)	47 (31.97)	
Outro	1 (1.85)	4 (2.72)	

Legenda: RAR – Resseção Anterior do Reto; AAP – amputação abdomino-perineal.



Foi realizado estoma de proteção em 54,08% dos doentes no grupo QRT e em 53,85% dos doentes do grupo RT ($p=0.961$), que foi posteriormente encerrado em 66.04% dos doentes do grupo QRT e em 38.10% dos doentes do grupo RT.

A deiscência da anastomose foi de 2.70% no grupo RT e de 13.19% no grupo QRT ($p=0.131$).

No grupo RT, foi realizada drenagem de abscesso pela radiologia de intervenção em 3 doentes (5.56%) e cirurgia em 3 doentes (5.56%): drenagem de abscesso em 2 e revisão da hemostase em 1 doente.

No grupo QRT, 6 doentes foram submetidos a drenagem de abscesso pela radiologia de intervenção (4.29%) e 11 foram submetidos a cirurgia (7.86%): colostomia derivativa em 2, colostomia terminal em 6, correção de evisceração em 2 e enterectomia segmentar em 1 doente.

DISCUSSÃO

Os fatores independentes para a escolha do TNA foram a idade e o ASA ao diagnóstico. O número de estomas de proteção realizados foi sobreponível nos dois grupos, com maiores taxas de deiscência da anastomose no grupo QRT, mas sem diferença estatisticamente significativa.

Uma das limitações do nosso estudo é o facto de se tratar de um estudo retrospectivo, com dois grupos bastante heterogéneos quanto ao número de doentes e às características pré-operatórias dos mesmos.

CONCLUSÃO

A morbidade associada aos dois grupos não teve diferenças estatisticamente significativas.

Correspondência:

MÁRCIA CARVALHO

e-mail: marciajfcarvalho@gmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



ABLAÇÃO POR LASER DO SINUS PILONIDALIS – UMA ABORDAGEM A CONSIDERAR

SINUS LASER THERAPY – AN APPROACH TO CONSIDER

 INÊS MATIAS¹, MARTIM RENTE², MANUEL COTOVIO², JOANA OLIVEIRA², CRISTINA VELEZ², SUSANA RIBEIRO³, MANUEL CARVALHO⁴

¹ Interno Formação Específica Cirurgia Geral

² Interno Formação Específica Cirurgia Geral

³ Assistente Hospitalar

⁴ Assistente Graduado

Serviço de Cirurgia Geral – Hospital do Espírito Santo, EPE Évora

RESUMO

Introdução: O sinus pilonidalis é uma patologia frequente, e o tratamento definitivo é a cirurgia. Este tratamento implica a excisão cirúrgica da lesão que por vezes é ampla, resultando muitas vezes em cuidados de ferida prolongados e um retorno tardio às Atividades da Vida Diária (AVD), o que causa um desconforto considerável ao doente. O uso de laser em cirurgias de hemorroidas e fístulas anais, inspirou a técnica de ablação do sinus pilonidalis por laser bem como o tratamento do trajecto fistuloso. No entanto, esta técnica levanta ainda algumas preocupações, nomeadamente quais são os doentes que mais beneficiam desta opção terapêutica e qual é a taxa de recidiva, quando comparada com o método tradicional. **Objetivos:** Analisar os resultados do nosso centro em relação à cirurgia de Ablação a Laser (AL), comparada ao método de Excisão Ampla (EA). O objetivo primário foi avaliar a taxa de reaparecimento em seis meses, e os objetivos secundários incluíram a avaliação de complicações precoces no primeiro mês, a duração dos cuidados com a ferida e os resultados subjetivos. **Métodos:** Este estudo incluiu doentes submetidos à intervenção de sinus pilonidalis entre junho de 2020 e junho de 2022 no nosso centro, a análise foi retrospectiva. De um total de 85 doentes, 11 foram excluídos por serem recidivas e um devido a sinais de infeção. A amostra final consistiu em 73 pacientes, 29 submetidos à AL e 44 submetidos à EA. **Resultados:** A taxa de reaparecimento do sinus pilonidalis em seis meses foi de 25% (n=6) no grupo AL (n=24) e 4,8% (n=2) no grupo EA (n=42) (p=0,023). Constatou-se também uma diferença estatisticamente significativa na incidência de complicações precoces – AL 0%, EA 15,9% (n=7 – 4 infeções, 3 episódios de sangramento) (p=0,037), assim como no número de reintervenções documentadas – AL 17,2% (n=5), EA 2,3% (n=1) (p=0,033). **Discussão:** Em comparação com o grupo EA, o grupo AL apresentou uma taxa de reaparecimento e uma taxa de reintervenção mais altas, mas com menos complicações. Isso segue a tendência de outros estudos, porém no nosso centro a taxa de reaparecimento foi mais alta do que a observada em outros centros, o que pode atribuir-se ao período da curva de aprendizagem desta técnica. **Conclusão:** A ablação a laser do sinus pilonidalis é uma técnica simples e teoricamente fácil de replicar, esta deve ser cada vez mais considerada no tratamento cirúrgico desses doentes. Estudos adicionais, preferencialmente prospectivos, são necessários.

ABSTRACT

Introduction: Sinus pilonidalis is a common condition, and the definitive treatment is surgery. The traditional method, wide surgical excision, often leads to prolonged wound care and delayed return to Activities of Daily Living (ADL), causing considerable discomfort for the patient. Inspired by the use of laser in hemorrhoid and anal fistula surgery, the technique of sinus laser ablation



with pit-picking and cleaning of the fistulous tract emerged. However, it still raises some concerns, such as which patients benefit the most from this therapeutic option and the recurrence rate compared to the traditional method. **Objectives:** Analyse the results from our center regarding Laser Ablation (LA) surgery, compared to the Wide Excision (WE) method. The primary objective was to evaluate recurrence within 6 months, and the secondary objectives included assessing early complications in the first month, duration of wound care and subjective outcomes. **Methods:** his study included patients who underwent sinus pilonidalis intervention between June 2020 and June 2022 at our center, with a retrospective analysis. Out of a total of 85 patients, 11 were excluded due to recurrence, and one due to signs of infection. The final sample comprised 73 patients, 29 undergoing LA and 44 undergoing WE. **Results:** The recurrence rate of sinus pilonidalis at 6 months was 25% (n=6) in the LA group (n=24) and 4.8% (n=2) in the WE group (n=42) (p=0.023). There was also a statistically significant difference in the incidence of early complications – LA 0%, WE 15.9% (n=7 – 4 infections, 3 bleeding episodes) (p=0.037), as well as in the number of documented re-interventions – LA 17.2% (n=5), WE 2.3% (n=1) (p=0.033). **Discussion:** In comparison with the WE group, the LA group presented with a higher recurrence rate and reintervention rate, but less complications. This follows the tendency of other studies, with our center having a higher recurrence rate than other, which could be attributed to the learning stage of this technique. **Conclusion:** Laser ablation of sinus pilonidalis is a simple and theoretically easy-to-replicate technique that should be increasingly considered in the surgical treatment of these patients. Further studies, preferably prospective ones, are needed.

INTRODUÇÃO

O sinus pilonidalis é uma patologia frequente, mais prevalente em adolescentes e jovens adultos, principalmente do sexo masculino, estando muitas vezes associada a uma diminuição importante da qualidade de vida destes doentes¹. O tratamento definitivo é cirúrgico, e o método tradicional é a ressecção de toda a pele e tecido subcutâneo envolvido no processo inflamatório – excisão em bloco, que condiciona muitas vezes uma necessidade prolongada de cuidados de pensos e um atraso no retorno às Atividades de Vida Diária (AVD), com desconforto considerável para o doente⁶. Inspirada pela utilização de laser na cirurgia de hemorroidas e fistulas anais, surge a técnica de ablação por laser do sinus pilonidalis, com *pit-picking* e limpeza do trajeto fistuloso, que atua por destruição do epitélio subjacente e obliteração do canal simultaneamente. Pela primeira vez publicada em 2017⁴, esta técnica menos invasiva está ainda a começar a ganhar projeção, com bons resultados subjetivos e em termos de eficácia, mas ainda levanta algumas questões, nomeadamente, que doentes beneficiam mais desta opção terapêutica e qual a taxa de recidiva comparativamente ao método clássico.

OBJETIVOS

Análise dos resultados do nosso centro na cirurgia de Ablação por Laser (AL), comparativamente ao método de Excisão em Bloco (EB), definindo-se como objetivo primário a avaliação da recidiva até aos 6 meses, e como objetivos secundários a avaliação de existência de complicações precoces (1º mês) – infeção da ferida operatória, hemorragia, hematoma, duração dos cuidados de penso, taxa de reintervenção cirúrgica e *outcomes* subjetivos como a necessidade de analgesia e o tempo de retorno às AVD.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram considerados para este estudo os doentes submetidos a intervenção por sinus pilonidalis entre Junho de 2020 e Junho de 2022 no nosso centro, sob análise retrospectiva. Como critérios de exclusão, definiram-se a recidiva, nomeadamente os que já tinham sido submetidos a tratamento cirúrgico do sinus pilonidalis previamente, e os casos com infeção local na altura da cirurgia. Num total de 85 doentes, foram excluídos 11 por serem recidivas e



1 por apresentar sinais de infecção. A amostra final englobou 73 doentes, 29 submetidos a AL e 44 a EB. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do nosso hospital e a análise estatística foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS Statistics, aplicando-se o teste t de Student a variáveis contínuas e o teste de qui-quadrado a variáveis categóricas. Considerou-se significativo um valor $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

No grupo estudado, foram incluídos 50 homens e 23 mulheres, com idades entre os 14 e os 50 anos, com média de 26,92 anos ($\pm 9,59$). No grupo AL, 62,1% eram do sexo masculino, enquanto que no grupo EB eram 72,7% ($p=0.337$). A média de idades do primeiro grupo foi de 26,72 anos, e no segundo 27,05 ($p=0.890$). Também não houve diferenças estatisticamente significativas no tempo de estadia hospitalar após cirurgia entre os dois grupos, constatando-se que 48,3% do grupo AL e 54,5% do grupo EB foram em regime de ambulatório ($p=0.587$), nem no tempo de seguimento, havendo

7 doentes no total sem nenhuma consulta de seguimento, e registando-se a maioria com seguimento só até ao 1o mês pós-operatório: 44,8% no AL e 43,2% no EB ($p=0.277$). Considerou-se para este estudo um tempo máximo de seguimento de 6 meses, que ocorreu apenas em 4 doentes do grupo AL e 10 doentes do grupo EB.

A taxa de recidiva de sinus pilonidalis aos 6 meses foi de 25% ($n=6$) no grupo AL ($n=24$) e 4,8% ($n=2$) no EB ($n=42$) ($p=0.023$). Verificou-se também significância estatística na incidência de complicações precoces – AL 0%, EB 15,9% ($n=7$ – 4 infeções, 3 hemorragias) ($p= 0.037$), e número de reintervenções documentadas – AL 17,2% ($n=5$), EB 2,3% ($n=1$) ($p=0.033$).

Nas variáveis subjetivas, no grupo AL os doentes referem em média necessidade de 4,15 dias de terapêutica analgésica, e no grupo EB referem 14,05 dias ($p=0.045$). Os cuidados de penso em unidade de saúde foram realizados durante uma média de 2,15 dias no grupo AL e 51,57 dias no grupo EB ($p<0.001$), e o tempo estimado de retorno às AVD foi em média 16,85 dias no grupo AL e 50,38 dias no grupo EB ($p<0.001$).

TABELA 1. Resultados

Variável	Ablação por laser (AL)	Excisão em bloco (EB)	valor p
Taxa de recidiva (n=66)	25% (n=6)	4.8% (n=2)	0.023 ^a
Complicações precoces	0%	15.9% (n=7)	0.037 ^a
Reintervenções	17.2% (n=5)	2.3% (n=1)	0.033 ^a
Analgesia	4.15 (± 4.67)	14.05 (± 21.20)	0.045 ^b
Cuidados de penso no CS	2.15 (± 5.72)	51.57 (± 41.80)	<0.001 ^b
Retorno às AVD	16.85 (± 15.21)	50.38 (± 30.41)	<0.001 ^b

Os dados apresentados correspondem a frequências absolutas e médias de dias

CS – Centro de Saúde; AVD – Atividades de vida diária

a – teste qui-quadrado

b – teste t-student



DISCUSSÃO

Dada a prevalência considerável do sinus pilonidalis e a sua predominância nos grupos etários mais jovens e ativos, é de extrema importância providenciar o tratamento mais eficaz e menos debilitante possível a estes doentes, diminuindo o desconforto associado e o tempo de retorno às atividades do dia-a-dia.

Estudos demonstram que as técnicas clássicas de excisão em bloco com encerramento por segunda intenção, com ou sem reconstrução (eg. Karydakís), que tantas vezes são aplicadas na prática cirúrgica, estão associadas a feridas complexas, muitas vezes com tempos de cicatrização prolongados, e por isso com necessidade de cuidados de penso por longos períodos, o que se traduz num grande desconforto para o doente¹.

No atual estudo, verificou-se que a amostra apresentava características demográficas compatíveis ao descrito na literatura, com a maioria dos doentes do sexo masculino (68%), e com idades mais prevalentes na faixa dos 20-30 anos⁶.

Em ambas as modalidades cirúrgicas, verificou-se que cerca de metade dos doentes necessitavam de uma noite de internamento. Os autores consideram que isso não reflete a necessidade de recuperação após a cirurgia, mas sim limitações do serviço de Cirurgia de Ambulatório do próprio centro hospitalar, que impossibilitaram a alta dos doentes no próprio dia. O período de seguimento foi bastante reduzido, apresentando-se como possíveis motivos a ausência de um modelo protocolado para todo o serviço de Cirurgia, sendo muitas vezes dada indicação aos doentes que voltem à consulta se apresentarem queixas inaugurais, podendo existir, ainda assim, uma sensação de tranquilização face aos ótimos resultados imediatos da técnica com laser, com alta precoce destes doentes, e por outro lado a cronicidade já estabelecida dos pensos no centro de saúde após a excisão em bloco.

O objetivo primário deste estudo foi a avaliação da taxa de recidiva, sendo uma das questões levantadas

no nosso centro a esta nova técnica, por não ser tão invasiva e não permitir uma visualização direta de todo o território afetado. Outros estudos têm vindo a demonstrar que este método tem uma baixa taxa de recidiva, quando aplicada corretamente a técnica descrita, com individualização de todos os orifícios do trajeto fistuloso, *pit-picking* e correta ablação progressiva do trajeto⁴. A taxa de recidiva da cirurgia com laser no nosso estudo foi significativamente superior ao método clássico: 25% *versus* 4.8%, sendo a maioria das recidivas identificada aos 3 meses, em doentes seguidos desde a cirurgia. Estes achados não vão ao encontro do relatado por outros artigos, com taxas de recidiva do laser a rondar os 3-15%^{2,4,5,10}, e com resultados semelhantes entre os dois métodos². Esta discrepância pode dever-se a múltiplos fatores, como a ainda recente implementação da técnica e necessidade de mais prática cirúrgica, sendo descrito por alguns autores como possíveis fatores de risco para recidiva as complicações precoces após a cirurgia, principalmente a infeção da ferida operatória⁵, e o facto de não se conseguir visualização direta de toda a extensão afetada com esta técnica, nomeadamente em sinus com mais ramificações, sendo assim mais provável a recorrência quando existem dois ou mais orifícios do trajeto fistuloso, e não apenas um^{5,8}. Ainda assim, estes autores defendem que com uma boa remoção de resíduos dos trajetos identificados e *pit-picking* dos orifícios, é possível ter resultados favoráveis, mostrando taxas de recidiva bastante reduzidas.

Consequentemente a uma maior taxa de recidiva, mais doentes do grupo AL necessitaram de uma reintervenção a esta patologia – 17.2% (n=5) face a 2.3% (n=1) do grupo EB. Ainda que seja menos um ponto a favor da nova técnica, há que considerar que a possibilidade da ablação com laser é consideravelmente menos desconfortável para o doente, e por isso é questionável se a taxa de reintervenção terá o mesmo impacto subjetivo nos dois grupos.

No grupo da excisão em bloco houve 7 complicações (15.9%), predominantemente infeções



da ferida operatória, não havendo descrição de complicações no grupo AL, mostrando superioridade em relação a outros estudos do método a laser, com taxas de complicações entre 5-15%^{4,8,10}, não havendo diferenças entre EB e AL num dos estudos comparativos⁸.

É ainda relevante refletir acerca do impacto que esta cirurgia tem nos doentes intervencionados, estando a técnica de excisão em bloco classicamente associada a um período pós-operatório bastante limitativo. Isso verificou-se de facto nos resultados deste estudo, tendo o grupo EB maior necessidade de analgesia e maior duração dos cuidados de penso e no retorno às AVD. A duração média de analgesia após cirurgia com laser foi de 4,15 dias, que vai de encontro ao referido por outros autores^{4,5}. O tempo de retorno às atividades quotidianas foi ligeiramente superior no nosso estudo – média 16,85 dias, face a outras publicações, com 2,6-12 dias em média^{2,7}, mas Yardimci et al corrobora a superioridade do método com laser face à excisão em bloco². A necessidade de cuidados de penso no centro de saúde é uma das principais limitações classicamente referida pelos doentes no pós-operatório da cirurgia do sinus, tratando-se de feridas complexas, que encerram por segunda intenção durante longos períodos. Ainda que nalguns casos do grupo AL tenham sido necessários cuidados de penso, 59% destes doentes não precisaram de sair de casa neste

contexto, realidade muito diferente do grupo EB, com uma média de 51,57 dias (\pm 41,8). Face a estes resultados, consideramos importante considerar os ganhos em termos de qualidade de vida no pós-operatório que esta nova técnica pode trazer aos doentes, sendo muito importante a discussão das várias opções terapêuticas com os intervencionados, que devem ter uma escolha informada na matéria.

Este estudo apresenta limitações importantes, desde logo o seu carácter retrospectivo. A ausência de um protocolo de atuação para esta patologia no nosso centro, que contemple critérios de seleção e uniformize o seguimento destes doentes no período pós-operatório, constitui também um fator limitante, sendo uma estratégia a implementar no futuro.

CONCLUSÃO

A ablação por laser do sinus pilonidalis é uma técnica simples e teoricamente fácil de replicar, que deve ser cada vez mais considerada no tratamento cirúrgico destes doentes. A recuperação mais rápida e a menor taxa de complicações são pontos a favor deste procedimento, devendo ser alvo de reflexão a ainda elevada taxa de recidiva, face ao observado por outros autores. Há necessidade de mais estudos, preferencialmente prospetivos.

REFERENCES

1. Management of Pilonidal Disease. Naomi M. Sell, MD, MHS, and Todd D. Francone, MD, FACS, FASCRS. *Current Surgical Therapy (AJSTAR NO MENDELEY)*
2. Yardimci, V. H. (2020). Outcomes of Two Treatments for Uncomplicated Pilonidal Sinus Disease: Karydakias Flap Procedure and Sinus Tract Ablation Procedure Using a 1,470 nm Diode Laser Combined With Pit Excision. *Lasers in Surgery and Medicine*, 52(9), 848–854. <https://doi.org/10.1002/lsm.23224>
3. Wilhelm A (2011) A new technique for sphincter- preserving anal fistula repair using a novel radial emitting laser probe. *Tech Coloproctol* 15:110–115
4. Dessily M, Charara F, Ralea S, Allé JL (2017) Pilonidal sinus destruction with a radial laser probe: technique and first Belgian experience. *Acta Chir Belg* 117(3):164–168
5. Dessily, M., Dziubeck, M., Chahidi, E., & Simonelli, V. (2019). The SiLaC procedure for pilonidal sinus disease: long-term outcomes of a single institution prospective study. *Techniques in Coloproctology*, 23(12), 1133–1140. <https://doi.org/10.1007/s10151-019-02119-2>
6. Kanat BH: Disease that should be remembered: Sacrococcygeal pilonidal sinus disease and short history. *World J Clin Cases* 2015ti3:876–879.



7. Harju, J., Söderlund, F., Yrjönen, A., Santos, A., & Hermunen, K. (2021). Pilonidal disease treatment by radial laser surgery (FiLaCTM): The first Finnish experience. *Scandinavian Journal of Surgery*, 110(4), 520–523. <https://doi.org/10.1177/1457496920975610>
8. Abdelnaby, M., Fathy, M., Emile, S. H., Arnous, M., Balata, M., Abdelmawla, A., & Abdallah, E. (2021). Sinus laser therapy versus sinus lay open in the management of sacrococcygeal pilonidal disease. *Colorectal Disease*, 23(9), 2456–2465. <https://doi.org/10.1111/codi.15755>
9. Romic, I., Augustin, G., Bogdanic, B., Bruketa, T., & Moric, T. (2022). Laser treatment of pilonidal disease: a systematic review. In *Lasers in Medical Science* (Vol. 37, Issue 2, pp. 723–732). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s10103-021-03379-x>
10. Pappas, A. F., & Christodoulou, D. K. (2018). A new minimally invasive treatment of pilonidal sinus disease with the use of a diode laser: a prospective large series of patients. *Colorectal Disease*, 20(8), O207–O214. <https://doi.org/10.1111/CODI.14285>

Correspondência:

ANITA SANTOS

e-mail: mariamatias@campus.ul.pt

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



CORRELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE GÂNGLIOS LINFÁTICOS RESSECADOS E A SOBREVIVÊNCIA EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA DUCTAL PANCREÁTICO

CORRELATION BETWEEN THE NUMBER OF RESECTED LYMPH NODES AND SURVIVAL IN PATIENTS WITH PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA

 MARIA JOÃO AMARAL^{1,2}, MARIANA AMARAL², JOÃO FREITAS², ANA CATARINA ALMEIDA^{1,2}, RUI CAETANO OLIVEIRA^{3,4}, MARCO SERÔDIO^{1,2}, JOSÉ GUILHERME TRALHÃO^{1,2,4}

¹ Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

² Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

³ Germano de Sousa – Centro de Diagnóstico Histopatológico CEDAP

⁴ Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR) area of Environment Genetics and Oncobiology (CIMAGO), Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma ductal pancreático (ACDP) continua a ter um mau prognóstico. A ressecção cirúrgica é o único tratamento potencialmente curativo. Fatores histopatológicos podem ter um impacto na sobrevivência destes doentes. Assegurar uma avaliação completa e individualizada do prognóstico permite que os doentes sejam estratificados para uma estimativa mais realista da sobrevivência.

As metástases ganglionares estão associadas a uma diminuição da sobrevivência nos doentes com ACDP submetidos a ressecção cirúrgica. Na oitava edição da *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) os doentes com metástases ganglionares são divididos em dois grupos: N1 (metástases em até 3 gânglios linfáticos (GL)) e N2 (em mais de 3 GL). O *College of American Pathologists* recomenda uma excisão de, pelo menos, 12 GL aquando da duodenopancreatectomia. Estudos sugerem um mínimo de GL examinados que varia entre 12 e 17

INTRODUCTION

Pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) patients have a poor prognosis. Surgical resection is the only potentially curative treatment. Histopathological factors may have an impact on survival. Ensuring a complete and individualized assessment of prognosis allows patients' stratification for a more accurate estimate of survival.

Lymph node metastases are associated with decreased survival in PDAC patients undergoing surgical resection. In the eighth edition of the *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), patients with lymph node metastases are divided into two groups: N1 (metastases in up to 3 lymph nodes (LN)) and N2 (in more than 3 LN). The *College of American Pathologists* recommends an excision of at least 12 LN at pancreaticoduodenectomy (PDD). Studies suggest a minimum of LN examined that varies between 12 and 17 for pancreatic head neoplasms and at least 20 for body and tail neoplasms.



para neoplasias da cabeça do pâncreas e de, pelo menos, 20 para neoplasias do corpo e cauda.

O impacto do número de GL ressecados ainda é controverso. Alguns autores reportaram que pode estar associado a um aumento da morbidade, sem uma melhoria na sobrevivência. Assim, o objetivo deste trabalho foi estudar o impacto do número de GL ressecados na sobrevivência dos doentes com ACDP submetidos a ressecção cirúrgica no nosso Centro.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo com 148 doentes com ACDP submetidos a intervenção cirúrgica entre 2008 e 2020, sem terapêutica neoadjuvante: 62.8% sexo masculino, idade mediana 70 anos (IQR 61.0-76.0), 70.9% estágio \leq II, 83.8% submetidos a DPC e 58.1% submetidos a terapêutica adjuvante. Os doentes foram estratificados pelo número de GL ressecados (\leq 11,12-20,>20).

RESULTADOS

A mediana de GL ressecados foi de 18 (IQR 13-25) e de GL invadidos foi 2 (IQR 1-3). No grupo \leq 11GL houve uma mediana de 1.00 (IQR 0-3) GL invadidos, 1.00 (IQR 0-3) no grupo 12-20GL e 2 (IQR 1-5) no grupo >20GL, $p=0.034$. Não se verificou uma diferença significativa entre os grupos na duração da intervenção cirúrgica ($p=0.538$), na taxa de complicações pós-operatórias clinicamente significativas ($p=0.730$) nem na mortalidade aos 30 dias ($p=0.872$). A sobrevivência global (SG) e aos 5 anos foi de 17 meses e 9.8% no grupo \leq 11GL, 19 meses e 18% no grupo 12-20GL, e 20 meses e 13.7% no grupo >20GL, $p=0.311$. Verificou-se uma diferença significativa na SG e aos 5 anos de acordo com o número de GL invadidos: mediana 24 meses e 40.8% se N0, 18 meses e 12.8% se N1 e 15 meses e 0% se N2, $p=0.005$. Um valor de corte de 20GL ressecados discriminou com 62.5% e 60%, doentes N2 (AUC 0,620, IC95% 0,513-0,726, $p=0,039$).

The impact of the number of resected LN is still controversial. Some authors have reported that it may be associated with increased morbidity, without an improvement in survival. Thus, our aim was to study the impact of the number of resected LN on survival of patients with PDAC who underwent surgical resection at our Center.

METHODS

A retrospective study was developed with 148 patients with PDAC who underwent surgical resection between 2008 and 2020, without neoadjuvant therapy: 62.8% male, median age of 70 years old (IQR 61.0-76.0), 70.9% stage \leq II, 83.8% submitted to PDD and 58.1% undergoing adjuvant therapy. Patients were stratified according to the number of resected LN (\leq 11,12-20,>20).

RESULTS

Median number of resected LN was 18 (IQR 13-25) and of invaded LN was 2 (IQR 1-3). In the \leq 11LN group there was a median of 1.00 (IQR 0-3) invaded LN, 1.00 (IQR 0-3) in the 12-20LN group and 2 (IQR 1-5) in the >20LN group, $p=0.034$. There was no significant difference between the groups in the duration of the surgical intervention ($p=0.538$), in the rate of clinically significant postoperative complications ($p=0.730$) or in the 30-day mortality rate ($p=0.872$). Overall survival (OS) and 5-year survival was 17 months and 9.8% in the \leq 11LN group, 19 meses and 18% in the 12-20LN group, and 20 months and 13.7% in the >20LN group, $p=0.311$. There was a significant difference in OS and 5-year survival according to the number of invaded LN: median 24 months and 40.8% if N0, 18 months and 12.8% if N1 and 15 meses and 0% if N2, $p=0.005$. A cutoff value of 20LN resected discriminated N2 patients with a sensitivity of 62.5% and a specificity of 60% (AUC 0,620, IC95% 0,513-0,726, $p=0,039$).



DISCUSSÃO

Duas metanálises mostraram que uma linfadenectomia alargada pode aumentar as complicações pós-operatórias sem um aumento na sobrevivência em doentes com neoplasias cefálicas. Um estudo com doentes submetidos a resseção cirúrgica por ACDP estágio I e II associou a resseção de pelo menos 20GL a um aumento da SG se N0 ou N+. Noutro estudo mais recente, doentes com ACDP com >20GL ressecados tiveram um aumento na sobrevivência sem um aumento significativo na mortalidade.

CONCLUSÃO

Nesta amostra de doentes não se verificou uma diferença significativa na SG dos doentes com maior número de GL ressecados. Estes doentes têm um aumento na deteção de GL invadidos, o que pode contribuir para um melhor estadiamento, sem um aumento na morbimortalidade pós-operatória.

DISCUSSION

Two meta-analyses have shown that an extended lymphadenectomy can increase postoperative complications without an increase in survival in patients with ductal adenocarcinoma of the pancreatic head. A study with patients undergoing surgical resection for PDAC stages I and II associated the resection of at least 20LN with an increase in OS if N0 or N+. In a more recent study, PDAC patients with >20 resected LN had an increase in survival without a significant increase in mortality.

CONCLUSION

In this cohort of patients there was no significant difference in the OS of patients with a greater number of resected LN. These patients have an increase in the detection of invaded LN, which may contribute to a more accurate staging, without an increase in postoperative morbidity and mortality.

Correspondência:

MARIA JOÃO AMARAL

e-mail: mariajoaoamaral@hotmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO DAS GLÂNDULAS SALIVARES: UMA REVISÃO DE 43 CASOS

ADENOID CYSTIC CARCINOMA OF SALIVARY GLANDS: REVIEW OF 43 CASES

 MARIANA MARQUES¹, JOSÉ CARLOS PEREIRA¹, CLÁUDIA ARAÚJO¹, JOSÉ OLIVEIRA SILVA¹, CATARINA BAÍA¹, JORGE GUIMARÃES¹, JOAQUIM ABREU DE SOUSA¹

¹ Departamento de Oncologia Cirúrgica, Instituto Português de Oncologia do Porto

RESUMO

Introdução: O carcinoma adenóide cístico (CAC) é um tumor maligno com origem em glândulas secretoras. Representa até 22% de todos os cânceros das glândulas salivares. Apesar de um crescimento lento, está associado a um prognóstico desfavorável pela agressividade local e potencial de recidiva. O objetivo dos autores é rever a experiência de um centro terciário oncológico no tratamento desta patologia. **Métodos:** Foram investigados, retrospectivamente, os dados clínico-patológicos dos doentes com diagnóstico de CAC, tratados na instituição entre junho 1997 e junho 2022. **Resultados:** Foram incluídos 43 doentes, 67% do sexo feminino. A mediana de idade ao diagnóstico foi de 55 anos (25-87). A localização mais frequente foi a glândula submandibular (54%). Ao diagnóstico, a maioria (63%) encontrava-se em estadios precoces (I-II). Quarenta e dois doentes foram submetidos a cirurgia como tratamento inicial. A maioria das peças cirúrgicas (59.5%) revelou invasão perineural. Dados adicionais encontram-se na tabela 1. A mediana de follow-up foi de 98 meses, tendo 47% recidivado, essencialmente após o 2º ano de cirurgia e à distância. Aos 5 anos, a sobrevivência global e livre de doença foram 70% e 60%, respetivamente. **Discussão/ Conclusão:** É, ainda, escassa a literatura disponível acerca desta entidade, no entanto, os resultados apresentados estão de acordo: o cancro mais frequente da glândula submandibular, diagnóstico na 5ª década e, apesar de diagnosticado em estadios precoces, está provido de um elevado potencial de recidiva, particularmente sistémica.

ABSTRACT

Introduction: Adenoid cystic carcinoma (ACC) represents a malignant tumor originating from salivary glands. It represents up to 22% of all salivary gland cancers. Despite its slow growth, it is associated with an unfavorable prognosis due to its local aggressiveness and potential for recurrent disease. The aim of the authors is to review the experience of a tertiary oncology center with respect to the treatment of this pathology. **Methods:** We retrospectively investigated the clinicopathological data of the patients diagnosed with ACC, treated at our institution, between June 1997 and June 2022. **Results:** Forty-three patients were included, 67% were female. Median age at diagnosis was 55 years (25-87). Most frequent tumor location was the submandibular gland (54%). At diagnosis, majority (63%) was diagnosed in an early stage (I-II). Forty-two patients underwent surgery as initial treatment. Most surgical specimens (59.5%) revealed perineural invasion. Additional data are shown in table 1. Median follow-up was 98 months, 47% presented recurrent disease, essentially after the 2nd year of surgery and distally. At 5 years, overall and disease-free survival were 70% and 60%, respectively. **Discussion/ Conclusion:** Literature available on this entity is still scarce; however, these results are in agreement: this pathology presents as the most frequent cancer of the submandibular gland, diagnosed in the 5th decade and, despite being diagnosed at an early stage, it has a high potential for recurrence, particularly as a systemic disease.



INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas das glândulas salivares apresentam-se como uma entidade incomum, no entanto, o carcinoma adenóide cístico (CAC) é o tumor maligno mais frequente da glândula submandibular e o segundo mais frequente da glândula parótida. Trata-se de um tumor que, apesar de um curso lento, apresenta um prognóstico desfavorável pela sua capacidade invasora, pela elevada taxa de invasão perineural (IPN) e elevado potencial de recidiva, quer local regionalmente, quer à distância.

OBJETIVO

O objetivo dos autores é rever a experiência de um centro oncológico terciário no tratamento desta patologia, bem como a melhor caracterização do comportamento biológico deste tumor.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram investigados, retrospectivamente, os dados clínico-patológicos dos doentes com diagnóstico de CAC em glândula salivar major, tratados na instituição entre junho 1997 e junho 2022. As taxas de sobrevida global (SG) e sobrevida livre de doença (SLD) foram calculadas a partir do método de *Kaplan-Meier*. Correlações entre variáveis prognósticas e *outcomes* foram analisadas através do modelo de regressão de Cox.

RESULTADOS

Foram incluídos 43 doentes, 67% do sexo feminino. A mediana de idade foi de 55 anos. As localizações mais frequentes foram a glândula submandibular (54%) e parótida (42%). A maioria (63%) encontrava-se em estadió precoce (I-II). 40 doentes (93%) foram submetidos a cirurgia

como tratamento inicial. Foram realizadas 18 parotidectomias e 22 submandibulectomias. A maioria das peças cirúrgicas (60%) revelou IPN. Dados adicionais encontram-se na tabela 1. A mediana de follow-up foi de 98 meses, tendo 47% dos doentes recidivado, essencialmente após o 2º ano de cirurgia e à distância, sob a forma de metástases pulmonares. Aos 5 anos, a SG e SLD foram 70% e 60%, respetivamente. Na análise multivariada, com relação à SG, o grau histológico (HR: 15,803) e a invasão vascular (HR:10,237) revelaram-se preditores significativos. No que concerne à recidiva, a dimensão do tumor (HR:4,79), as margens cirúrgicas (HR:4,07) e a invasão linfática (HR:5,68) são fatores preditivos.

DISCUSSÃO

Apesar da escassa literatura disponível, nomeadamente portuguesa, os nossos resultados estão de acordo com os achados globais. 25 doentes (60%) apresentaram IPN – 13 com margens cirúrgicas envolvidas e 11 recidivaram, 5 dos quais à distância. Este subgrupo de doentes apresentou ainda uma OS e SLD inferiores (figura 1), quando comparado com os doentes sem IPN – 70% vs. 88% e 59% vs. 75%, respetivamente. No entanto, também o grau histológico, margens cirúrgicas e invasão vascular e linfática se revelaram importantes preditores.

CONCLUSÃO

Nesta série, à semelhança da literatura publicada, o tropismo do CAC pela IPN foi evidente, tendo este subgrupo de doentes apresentado um pior prognóstico. Para além disso, a presença de invasão linfovascular, uma classificação T elevada e margens cirúrgicas envolvidas foram considerados fatores de prognóstico desfavoráveis, devendo estes achados ser ponderados aquando estratificação de risco destes doentes.



TABELA 1 – Dados clinico-patológicos, tratamento primário, tipo de cirurgia e tipo de recidiva dos doentes com diagnóstico de carcinoma adenóide cístico (CAC).

Características clínicas (n=43)	
Sexo Feminino	29 (67.4%)
Idade ao diagnóstico - mediana, anos	55 (25-87)
Glândula Salivar	
Parótida	18 (41.9%)
Submandibular	23 (53.5%)
Sublingual	2 (4.7%)
CAAF (n=32)	
Maligno	14 (43.75%)
Sintomas ao diagnóstico	33 (76.7%)
Massa palpável	32 (74.4%)
Dor	6 (14%)
Paralisia facial	4 (9.3%)
Estadio ao diagnóstico	
Estadio I	16 (37.2%)
Estadio II	11 (25.6%)
Estadio III	10 (23.3%)
Estadio IV	4 (9.3%)
Tratamento primário	
Cirurgia	40 (93%)
Radioterapia	2 (4.7%)
Sintomático	1 (2.3%)
Cirurgia (n= 42)	
Parótida	
Parotidectomia superficial	12 (28.6%)
Parotidectomia total	
c/ preservação do nervo facial	2 (4.8%)
c/ sacrifício do nervo facial	4 (9.5%)
Submandibulectomia	22 (52.4%)
Excisão da glândula sublingual	2 (4.8%)
Esvaziamento cervical	6
Profilático	5 (11.9%)
Terapêutico	1 (2.4%)
Características histopatológicas	
Dimensão do tumor – mediana, mm	24
Invasão perineural	25 (59.5%)
Invasão vascular	8 (19%)
Margens envolvidas	17 (40.5%)
Margens tangenciais	10 (23.8%)
Tratamento adjuvante	
Radioterapia	30 (71.4%)
Quimiorradioterapia	2 (4.8%)
Nenhum	10 (23.8%)
Recidiva (n=20)	
Local	4 (20%)
Local e à distância	8 (40%)
Regional e à distância	2 (10%)
Locorregional e à distância	2 (10%)
Distância	4 (20%)
Pulmonar	11
Cerebral	5
Hepática	3
Óssea	3

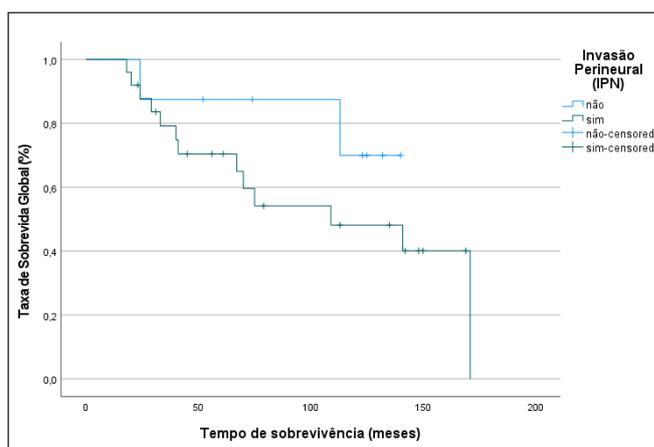


FIGURA 1 – Taxa de Sobrevida Global – comparação entre subgrupo sem IPN e subgrupo com IPN – método de Kaplan-Meier.

Correspondência:

MARIANA MARQUES

e-mail: mariana.esteves.marques@hotmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



CARCINOMA DO DUCTO SALIVAR: EXPERIÊNCIA DE 25 ANOS

SALIVARY DUCT CARCINOMA: 25 YEARS OF EXPERIENCE

 MARIANA MARQUES¹, CLÁUDIA ARAÚJO¹, JOSÉ CARLOS PEREIRA¹, PAULA FERREIRA PINTO¹, CATARINA BAÍA¹, JORGE GUIMARÃES¹, JOAQUIM ABREU DE SOUSA¹

¹ Departamento de Oncologia Cirúrgica, Instituto Português de Oncologia do Porto

RESUMO

Introdução: O carcinoma do ducto salivar (CDS) é um tumor epitelial maligno de alto grau com origem nas glândulas salivares, extremamente raro. A literatura é escassa, baseada em pequenas séries, o que dificulta a informação prognóstica ao doente. O objetivo dos autores é rever a experiência de um centro terciário oncológico no tratamento desta patologia. **Métodos:** Foram investigados, retrospectivamente, os dados clínico-patológicos dos doentes com diagnóstico de CDS, tratados na instituição entre junho 1997 e junho 2022. **Resultados:** Foram incluídos 45 doentes, 76% do sexo masculino. A mediana da idade foi de 70 anos (55-90). A localização mais frequente foi a parótida. A CAAF revelou malignidade em 72%. A cirurgia foi 1ª terapêutica em 96% dos doentes e 83% realizou terapia adjuvante. Dados adicionais encontram-se na tabela 1. A mediana de follow-up foi de 31 meses, tendo 47% recidivado (essencialmente nos 1os anos de seguimento). A pesquisa de HER2 e recetores de androgénio foi positiva em 4 e 12 doentes, respetivamente (36% testados). Aos 5 anos, a sobrevivência global e livre de doença foram 31% e 32%, respetivamente, tendo o estadio ao diagnóstico impacto prognóstico ($p < 0.05$). **Discussão/ Conclusão:** São poucas as séries publicadas com cerca de 50 doentes. Os resultados apresentados são sobreponíveis aos da literatura: lesões maioritariamente da glândula parotídea, mais frequentes no homem e na 7ª década, diagnosticadas em estadio avançado. A recidiva sistémica foi a mais frequente e aqui a terapêutica dirigida é hoje uma possibilidade.

ABSTRACT

Introduction: Salivary duct carcinoma (SDC) is an extremely rare high-grade malignant epithelial tumor originating in the salivary glands. The literature is scarce, based on small series, which hinders delivery of prognostic information to the patient. The aim of the authors is to review the experience of a tertiary oncology center regarding the treatment of this pathology. **Methods:** We retrospectively investigated the clinical and pathological data of patients diagnosed with SDC, treated at the institution between June 1997 and June 2022. **Results:** Forty-five patients were included, 76% were male. Median age was 70 years (55-90). The most frequent tumor location was the parotid. FNA revealed malignancy in 72%. Primary treatment was surgery in 96% of patients and 83% underwent adjuvant therapy. Additional data are shown in Table 1. Median follow-up was 31 months, 47% showed recurrent disease (essentially in the 1st year of follow-up). HER2 and androgen receptor testing was positive in 4 and 12 patients, respectively (36% tested). At 5 years, overall and disease-free survival were 31% and 32%, respectively. Clinical stage at diagnosis was an independent prognostic factor ($p < 0.05$). **Discussion/ Conclusion:** There are few series published with 50 patients. The results presented here are similar to those found in the literature: lesions mainly of the parotid gland, more frequent in men and in the 7th decade, diagnosed at an advanced stage. Systemic recurrence was the most frequent and, in this setting, targeted therapy is now a possibility.



INTRODUÇÃO

O carcinoma do ducto salivar (CDS) é um tumor epitelial maligno de alto grau com origem nas glândulas salivares, extremamente raro, com uma das piores taxas de sobrevida descritas. No entanto, a literatura é escassa e baseada em pequenas séries, o que dificulta a informação prognóstica ao doente.

OBJETIVO

O objetivo dos autores é rever a experiência de um centro terciário oncológico no tratamento desta patologia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram investigados, retrospectivamente, os dados clínico-patológicos dos doentes com diagnóstico de CDS, tratados na instituição entre junho 1997 e junho 2022. As taxas de sobrevida global (SG) e sobrevida livre de doença (SLD) foram calculadas a partir do método de *Kaplan-Meier*. Correlações entre variáveis prognósticas e *outcomes* foram analisadas, utilizando o modelo de regressão de Cox.

RESULTADOS

Neste período, no total, 276 cancros das glândulas salivares *major* foram tratados, 45 dos quais CDS - 76% do sexo masculino. A mediana da idade foi de 70 anos. A localização mais frequente foi a parótida. A cirurgia foi 1ª terapêutica em 96% dos doentes e 83% realizou terapia adjuvante. Dados adicionais encontram-se na tabela 1. A mediana de follow-up foi de 31 meses, tendo 47% recidivado (essencialmente nos 1^{os} anos de seguimento). A pesquisa de HER2 e recetores de androgénio foi positiva em 4 e 12 doentes, respetivamente (36% testados). Aos 5 anos, a SG e SLD foram 31% e 32%, respetivamente. Na

TABELA 1 – Dados clínico-patológicos, tratamento primário, tipo de cirurgia e tipo de recidiva dos doentes com diagnóstico de carcinoma de ductos salivares (CAC) das glândulas salivares *major*.

Características clínicas (n=45)	
Sexo Masculino	34 (75.6%)
Idade ao diagnóstico - mediana, anos	70 (55-90)
Glândula Salivar	
Parótida	37 (82.2%)
Submandibular	7 (15.6%)
Sublingual	1 (2.2%)
CAAF (n=39)	
Maligno	28 (71.8%)
Sintomas ao diagnóstico	44 (97.8%)
Massa palpável	41 (91.1%)
Paralisia facial	11 (24.4%)
Dor	6 (13.3%)
Estadio ao diagnóstico	
Estadio I	4 (8.9%)
Estadio II	14 (31.1%)
Estadio III	6 (13.3%)
Estadio IV	
IV a	12 (26.7%)
IV b	7 (15.6%)
IV c	1 (2.2%)
Tratamento primário	
Cirurgia	41 (91.1%)
Quimioterapia	2 (4.4%)
Sintomático	2 (4.4%)
Cirurgia (n= 41)	
Parótida	
Parotidectomia superficial	13 (31.7%)
Parotidectomia total	
c/ preservação do nervo facial	5 (12.2%)
c/ sacrifício do nervo facial	18 (44%)
Submandibulectomia	6 (14.6%)
Excisão da glândula sublingual	1 (2.4%)
Esvaziamento cervical	20
Profilático	5 (12.2%)
Terapêutico	15 (36.6%)
Tipo de esvaziamento	
Supra-omohioideu	9 (22%)
Radical modificado	8 (19.5%)
Radical	3 (7.3%)
Características histopatológicas	
Dimensão do tumor - mediana, mm	29
Invasão perineural	23 (56.1%)
Invasão vascular	21 (51.2%)
Margens envolvidas	18 (43.9%)
Margens tangenciais	13 (31.7%)
Tratamento adjuvante	
Radioterapia	31 (75.6%)
Quimiorradioterapia	3 (7.3%)
Nenhum	7 (17.1%)
Recidiva (n=21)	
Local	3 (14.3%)
Local e à distância	5 (23.8%)
Regional e à distância	2 (9.5%)
Locorregional e à distância	1 (4.8%)
Distância	10 (47.6%)
Pulmonar	10
Óssea	8
Hepática	6
Cerebral	1
Suprarrenal	1



análise multivariada, com relação à SG, os tumores T1 (HR: 8,93) revelaram-se fator preditivo de melhor prognóstico. Relativamente à recidiva, a presença de invasão perineural – IPN (HR: 4,29) foi considerada preditor desfavorável.

DISCUSSÃO

Este estudo representa a maior casuística relatada de doentes com diagnóstico de CDS, em Portugal. Os resultados apresentados encontram-se de acordo com o já descrito: predominância masculina, na 7^a década e com maior frequência parotídea. A baixa SG encontrada poderá ser explicada pelo diagnóstico em estadio avançado (44% em estadio IV), tendo os tumores T1 apresentado melhor SG (Figura 1). Após o tratamento, quase metade dos doentes recidivou, maioritariamente à distância (86% de todas as recidivas). Cerca de 25% dos doentes apresentavam paralisia facial ao diagnóstico e 56% das peças cirúrgicas revelaram IPN, tendo esta se revelado também fator significativo aquando estudo dos preditores de recidiva do tumor. É ainda de destacar que todos os doentes que se encontravam vivos após 5 anos de início de tratamento (31%) tinham sido submetidos a radioterapia adjuvante.

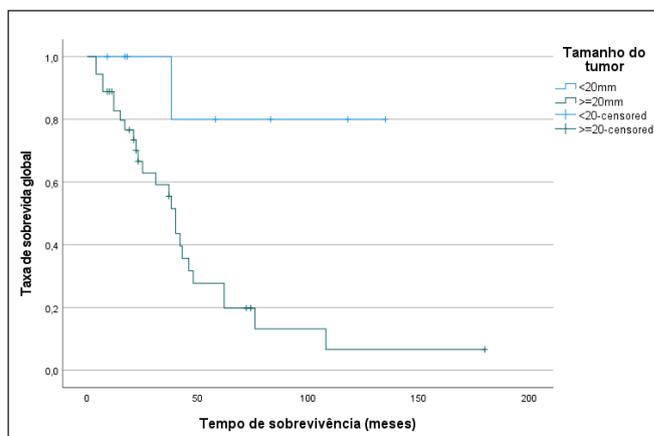


FIGURA 1 – Taxa de Sobrevida Global – comparação entre subgrupo com tumor $\leq 20\text{mm}$ e subgrupo com tumor $> 20\text{mm}$ – método de Kaplan-Meier. p-value (teste de log-rank) = 0,009.

CONCLUSÃO

São poucas as séries publicadas com cerca de 50 doentes. Os resultados apresentados reforçam o prognóstico desfavorável associado a este tumor, quando comparado a outros tumores malignos das glândulas salivares, tendo o tamanho do tumor e a presença de IPN se demonstrado importantes preditores. Apesar da cirurgia se manter a opção predileta de tratamento primário, a recidiva sistémica foi frequente. No entanto, neste contexto, a terapêutica dirigida é hoje uma possibilidade.

Correspondência:

MARIANA MARQUES

e-mail: mariana.esteves.marques@hotmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL APÓS OPERAÇÃO DE HARTMANN

REVERSAL OF HARTMANN'S PROCEDURE

 RITA PEDROSO DE LIMA,  CRISTINA VELEZ,  JOANA BOLOTA,  ARTUR SILVA,
 JOSÉ TRAVASSOS,  ARNALDO MACHADO,  MANUEL CARVALHO

Serviço de Cirurgia – Hospital Espírito Santo de Évora, EPE

RESUMO

Introdução: A reconstrução de trânsito intestinal após Operação de Hartmann é uma cirurgia tecnicamente difícil. A abordagem laparoscópica tem vindo a ser cada vez mais utilizada nos últimos anos. **Métodos:** O objetivo deste trabalho é analisar todos os doentes submetidos a cirurgia de reconstrução intestinal após Operação de Hartmann de 2008 a 2022 e comparar a abordagem convencional com a laparoscopia. **Resultados:** No período considerado foram submetidos a reconstrução de trânsito intestinal após Operação de Hartmann um total de 45 doentes. A abordagem laparoscópica foi escolhida em 17,8% dos casos. A abordagem laparoscópica associou-se à reintrodução de dieta e restabelecimento do trânsito mais precoce, bem como a menor tempo de internamento. Na análise das complicações pós-operatórias não existiu diferenças com significado estatístico. **Conclusão:** A abordagem laparoscópica tem vindo a ser cada vez mais escolhida no nosso centro, mas é uma técnica que está associada a elevada taxa de conversão. Pretendemos com este trabalho reforçar a evidência crescente das vantagens da laparoscopia nesta cirurgia.

ABSTRACT

Introduction: Hartmann's reversal is a technically challenging surgery. The laparoscopic approach has been increasingly used in the last years. **Methods:** The aim of this study is to analyse all patients undergoing reversal of Hartmann's procedure from 2008 to 2022 and compare the conventional open approach with the laparoscopic Hartmann's reversal. **Results:** During the period considered, a total of 45 patients underwent Hartmann's reversal. Laparoscopic approach was chosen in 17.8% of cases. The laparoscopic approach was associated with earlier reintroduction of diet and bowel function, as well as shorter hospital length of stay. In the analysis of postoperative complications there were no differences with statistical significance. **Conclusion:** The laparoscopic approach has been increasingly chosen in our centre, but it is a procedure that is associated with high conversion rate. We intend to reinforce the growing evidence of the advantages of laparoscopy in this surgery.

INTRODUÇÃO

A operação de Hartmann é uma cirurgia utilizada sempre que a realização de uma anastomose colo-rectal não é segura. A evidência demonstrada pela literatura aponta para que apenas um terço dos

doentes são submetidos a reconstrução do trânsito intestinal.

A abordagem laparoscópica tem vindo a ser progressivamente mais utilizada desde a sua introdução há cerca de 30 anos.



MÉTODOS

Objetivo: Analisar os doentes submetidos a cirurgia de reconstrução intestinal após Operação de Hartmann e comparar a abordagem convencional com a laparoscopia.

Realizou-se um estudo retrospectivo incluindo todos os doentes submetidos a reconstrução de trânsito intestinal após operação de Hartmann no nosso hospital de 2008 a 2022. A análise estatística foi realizada em SPSS[®].

RESULTADOS

Durante o período considerado foram submetidos a Operação de Hartmann 160 doentes, dos quais 45 realizaram reconstrução de trânsito intestinal. A idade mediana era de 66 anos com 66,7% do

género masculino. A indicação para Operação de Hartmann foi maioritariamente adenocarcinoma do cólon e doença diverticular complicadas.

A abordagem laparoscópica foi escolhida em 17,8%, com uma taxa de conversão de 25% por dificuldade técnica na lise de aderências. O tempo operatório médio foi de 228 minutos, sendo que não houve diferenças com significado estatístico entre as abordagens.

A abordagem laparoscópica encontrou-se associada à reintrodução de dieta líquida e sólida e ao restabelecimento do trânsito intestinal mais precoces, bem como a um menor número de dias de internamento (valor-p <0.05).

No que diz respeito às complicações pós-operatórias, observaram-se 59,0% de complicações na abordagem convencional e 50,0% na abordagem laparoscópica. Destacam-se a infeção de ferida operatória que foi de 43,6% na abordagem

TABELA 1 – Evolução e complicações pós-operatórias

	Amostra total (n=45)	Abordagem convencional (n=39)	Abordagem laparoscópica (n=6)	Valor-p
Início do levante (mediana - dias)	2	2	1	0.504
Início da dieta líquida (mediana - dias)	1	2	1	0.033
Início da dieta sólida (mediana - dias)	4,5	5	3	0.020
Trânsito intestinal (mediana - dias)	4	4	3	0.044
Internamento (mediana - dias)	9	9	6	0.008
Complicações precoces (%)	57,8 %	59,0 %	50,0 %	0.679
Infeção ferida operatória (%)	40,0 %	43,6 %	16,7 %	0.210
Ileus paralítico (%)	11,1 %	10,3 %	16,7 %	0.642
Deiscência de anastomose (%)	2,2 %	2,6 %	0 %	0.692
Reintervenção cirúrgica (%)	4,4 %	2,6 %	16,7 %	0.119
Clavien-Dindo (%)				
I	13,3 %	12,8 %	16,7 %	0.108
II	37,8 %	41,0 %	16,7 %	
III-IV	4,4 %	2,6 %	16,7 %	
V	0 %	0 %	0 %	
Hérnia incisional (%)	13,3 %	15,4 %	0 %	0.302
Estenose da anastomose (%)	4,4 %	5,1 %	0 %	0.507



convencional e de 16,7% na laparoscópica e a deiscência de anastomose em 2,6% na abordagem convencional e 0% na laparoscópica. Não se registaram casos de mortalidade.

DISCUSSÃO

A reconstrução do trânsito intestinal após Operação de Hartmann por laparoscopia é cada vez mais considerada, dado que têm vindo a ser identificadas diversas vantagens. A abordagem laparoscópica apresenta altas taxas de conversão, com estudos que descrevem até 50%, muitas vezes pela dificuldade em realizar passos críticos, como a lise de aderências, a mobilização do ângulo esplénico e a mobilização do coto rectal.

Conforme descrito em algumas séries, a nossa casuística demonstrou que a abordagem laparoscópica está associada a reintrodução de

dieta oral mais precoce, restabelecimento do trânsito intestinal mais célere e menor número de dias de internamento. No que toca à avaliação das complicações pós-operatórias, a nossa casuística não demonstrou diferenças com significado estatístico.

Como principal limitação destaca-se que se trata de um estudo retrospectivo com amostra pequena. Os autores realçam a necessidade de elaborar estudos prospetivos randomizados que permitam a obtenção de conclusões robustas.

CONCLUSÕES

A abordagem laparoscópica tem vindo a ser cada vez mais escolhida no nosso centro, mas é uma técnica que está associada a elevada taxa de conversão. Pretendemos com este trabalho reforçar a evidência crescente das vantagens da laparoscopia nesta cirurgia.

Correspondência:

RITA PEDROSO DE LIMA

e-mail: ritalima_4@hotmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



TAMIS: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM CIRURGIA DO RETO COM ABORDAGEM TRANS-ANAL

TAMIS: THE EXPERIENCE OF A REFERENCE CENTER IN RECTAL SURGERY WITH A TRANSANAL APPROACH

 MARQUES, S., MARTINS, S.,  TESLYAK, O.,  DEVESA, H., BARRADAS, R., LOURO, B., FERREIRA, L.

Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Distrital de Santarém

RESUMO

A cirurgia trans-anal minimamente invasiva (TAMIS), é um procedimento cirúrgico que permite o acesso e a ressecção de lesões benignas e/ou neoplásicas precoces do reto (T1) e como opção paliativa em doentes com neoplasia T2 se cirurgia *major* contraindicada. Desenvolvemos um estudo retrospectivo, que englobou os doentes com lesões tumorais do reto tratados na nossa instituição por esta abordagem cirúrgica entre janeiro de 2018 e agosto de 2022. Intervencionamos 17 doentes e obtivemos 21 espécimens histológicas: 13 lesões benignas e 8 malignas. Ao longo destes 4 anos de *follow-up*, em 3 doentes submetidos a excisão, todos de lesões benignas, houve recidiva local pelo que foram reoperados por TAMIS. Em nenhum dos doentes submetidos a excisão de lesões malignas, houve recidiva local nem evidência de metastização à distância. Este estudo apresenta algumas limitações e um *follow-up* curto; no entanto, permite-nos concluir que a abordagem de lesões do reto por TAMIS é um procedimento seguro e que a recidiva local não impede a estratégia terapêutica, permitindo a execução da mesma ou de outra técnica cirúrgica de ressecção.

ABSTRACT

Minimally invasive transanal surgery (TAMIS) is a surgical procedure that allows access and resection of benign and/or early neoplastic lesions of the rectum (T1) and as a palliative option in patients with T2 tumors if major surgery is contraindicated. We developed a retrospective, single center, cohort study of patients submitted to TAMIS between January 2018 and August 2022. 17 surgeries were performed and 21 histological specimens obtained: 13 benign and 8 malignant lesions. Over these 4 years of follow-up, 3 patients who underwent excision, all with benign lesions, had local recurrence and were reoperated by this surgical approach. None of the patients who underwent excision of malignant lesions had local recurrence or evidence of distant metastasis. This study has some limitations and a short follow-up; however, it allows us to conclude that the approach of rectal lesions by TAMIS is a safe procedure and that local recurrence does not prevent the therapeutic strategy, allowing the execution of the same or another surgical resection technique.

INTRODUÇÃO

A cirurgia trans-anal minimamente invasiva (TAMIS), é um procedimento cirúrgico que permite o acesso e a ressecção de lesões benignas e/ou neoplásicas precoces do reto (T1) e como opção paliativa em doentes com neoplasia T2

se cirurgia *major* contraindicada. Tem como principais vantagens uma melhor exposição com a possibilidade de executar excisões locais de lesões maiores, menos fragmentadas, com maior índice de margens livres de tumor e conseqüente menor índice de recidiva local. Outra vantagem tem a ver com o canal de acesso, maleável e de menor diâmetro que



o do TEM (microcirurgia endoscópica trans-anal) o que diminui o risco de incontinência. A sua maior limitação é a dificuldade em obter uma amostra adequada de gânglios do mesorreto.

MÉTODOS

Realizamos um estudo retrospectivo, que englobou os doentes com lesões tumorais do reto tratados por esta abordagem cirúrgica entre janeiro de 2018 e agosto de 2022.

RESULTADOS

Os critérios de inclusão utilizados foram: a) lesões benignas não passíveis de ressecção endoscópica e que pela sua dimensão ou localização se enquadravam nos critérios de elegibilidade acima referidos, b) lesões neoplásicas estadiadas previamente como T1 N0 ou T2 N0 se apenas intenção de tratamento paliativo condicionado pelas comorbilidades do doente.

Durante o período de 56 meses, foram intervenções 17 doentes, com idades compreendidas entre os 50 e os 88 anos. Foram reoperados 3 doentes, um deles por duas vezes, pelo que obtivemos 21 espécimens histológicas.

A distância mínima à margem anal foi em média de 5,28cm e a distância máxima foi de 8,52cm. O tamanho médio das lesões foi de 3,20cm.

Os resultados histológicos foram: 13 lesões benignas e 8 malignas. Obtivemos 2 lesões fragmentadas e 4 com margens positivas (uma delas com margem microscópica focalmente com displasia de baixo grau).

Foram registadas duas complicações cirúrgicas intra-operatórias: ambas constaram da abertura do reto e violação da cavidade abdominal. Num dos casos a situação foi resolvida com recurso ao

encerramento da iatrogenia por via transretal. No outro caso, o encerramento do defeito obrigou à abordagem combinada, por laparoscopia e transanal.

Em termos de complicações pós operatórias, a referir um caso de prostatite e outro de hemorragia / retorragia, em doente hipocoagulado.

O *follow-up* ao longo destes 4 anos, seguiu protocolo idêntico quer para as lesões benignas quer para as neoplasias em estadio inicial:

Em três doentes submetidos a excisão, todos de lesões benignas, houve recidiva local pelo que foram reoperados. A segunda abordagem para tratamento foi sempre por TAMIS uma vez que a lesão recidivada se enquadrava nos critérios iniciais de elegibilidade. Num doente com segunda recidiva de lesão do reto baixo, no espaço de 2 anos, a histologia da peça operatória diagnosticou tratar-se de um adenocarcinoma T2. Após estadiamento foi proposta cirurgia de ressecção do órgão com ETM (excisão total do mesorreto). Em nenhum dos doentes submetidos a excisão de lesões malignas (T1 N0), houve recidiva local nem evidência de metastização à distância.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o reduzido número de doentes, e um follow-up ainda curto; no entanto, permite-nos concluir que:

A abordagem de lesões do reto por TAMIS é um procedimento seguro desde que executado por profissionais treinados e com experiência, e respeitando as indicações e seleção adequada de doentes.

A recidiva local, tratando-se ou não de doença oncológica, não impede nem altera a estratégia terapêutica, permitindo sem a comprometer, a execução da mesma ou de outra técnica cirúrgica de ressecção.

Correspondência:

SÓNIA MARISA MARQUES

e-mail: soniamarques224@hotmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



FATORES INFLUENCIADORES DA QUALIDADE DE VIDA E COMPLICAÇÕES APÓS CIRURGIA DA DRGE

INFLUENCING FACTORS ON QUALITY OF LIFE AND COMPLICATIONS AFTER GERD SURGERY

 TIAGO ANTUNES,  ANA ALMEIDA, ADRIANA FERREIRA, DIOGO PAULA,  CATARINA MELO, ANTÓNIO BERNARDES, JOSÉ GUILHERME TRALHÃO

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma patologia frequente, com prevalência estimada de 10-15% no mundo ocidental. O tratamento é farmacológico, reservando-se a abordagem cirúrgica aos casos de ineficácia ou necessidade de tratamento médico prolongado ou preferência do doente. Este trabalho teve com principais objetivos identificar fatores influenciadores da qualidade de vida e das complicações pós-operatórias.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados 93 doentes operados entre janeiro de 2012 e dezembro de 2021, 69 do género feminino, com idade mediana de 55 anos ($\pm 11,1$). Recolheram-se dados relativos aos sintomas, meios complementares de diagnóstico, intervenção cirúrgica e seguimento pós-operatório.

Foram realizados inquéritos telefónicos a todos os doentes operados, usando o questionário *GERD-Health-Related Quality of Life*: 16 perguntas, pontuadas de 0-5 (em que 0 é a ausência de sintomas e 5 a presença de sintomas incapacitantes). Foi realizada análise uni-variável para identificar fatores influenciadores da qualidade de vida.

INTRODUCTION

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) is a common condition, with an estimated prevalence of 10-15% in the Western world. The treatment is pharmacological, and surgical approaches are reserved for cases like lack of response to medical treatment or patient preference. The main outcomes of this study were to identify influencing factors on quality of life and postoperative complications.

MATERIALS AND METHODS

A total of 93 patients who underwent surgery between January 2012 and December 2021 were studied, including 69 females, with a median age of 55 years (± 11.1). Data on symptoms, diagnostic measures, surgical intervention, and postoperative follow-up were collected. Telephone surveys were conducted with all patients using the *GERD-Health-Related Quality of Life* questionnaire: 16 questions, scored from 0 to 5 (with 0 representing the absence of symptoms and 5 representing the presence of debilitating symptoms). Univariate analysis was performed to identify influencing factors on quality of life.



RESULTADOS

No período pré-operatório os sintomas mais frequentes foram: pirose (97,8%), regurgitação (81,7%), dispepsia (73,1%), eructação (60,2%) e sintomas atípicos (53,7%). Em 68 casos (73,1%) foi identificada hérnia do hiato. Foi realizada funduplicatura de *Nissen* laparoscópica (fixação da funduplicatura ao esófago em 9,7% dos casos). A mediana do tempo de internamento foi 2 dias, não se registando morbilidade. O tempo médio de seguimento foi 76,6 meses (intervalo 11 a 129 meses). Seis doentes foram operados, 4 por migração da funduplicatura e 2 por disfagia.

No pós-operatório os inquéritos revelaram: 32 casos de pirose, 22 de regurgitação, 18 de “*bloating*”, 15 de disfagia. A intensidade dos sintomas foi considerada baixa, obtendo-se uma pontuação média de 12,5/80 ($\pm 12,1$) nos inquéritos. Relativamente à satisfação geral: 87,1% estavam satisfeitos; 10,8% neutros; 2,1% não satisfeitos. 39,8% estavam medicados com IBP.

Foram identificados como fatores que agravam a qualidade de vida e facilitam complicações pós-operatórias: patologia cardiovascular ($p=0,034$), psiquiátrica ($p=0,015$), cirurgia abdominal prévia ($p=0,030$), fixação da funduplicatura ($p=0,015$) - *Tabela 1*.

DISCUSSÃO

As complicações, parecem ter sido mais elevadas neste trabalho, embora a taxa de reintervenções seja semelhante a outras publicações internacionais.

O tratamento cirúrgico parece apresentar uma alta taxa de satisfação, sendo evidente o impacto positivo na qualidade de vida, independentemente do tempo decorrido. Importa ainda ressaltar que embora tenha sido usado um questionário validado internacionalmente, pode ter existido viés sua aplicação telefónica.

RESULTS

The most frequent preoperative symptoms were heartburn (97.8%), regurgitation (81.7%), dyspepsia (73.1%), belching (60.2%), and atypical symptoms (53.7%). Hiatal hernia was identified in 68 cases (73.1%). Laparoscopic Nissen fundoplication was performed, with fixation of the fundoplication in 9.7% of cases. The median length of hospital stay was 2 days, with no reported morbidity. The mean follow-up period was 76.6 months (range 11 to 129 months). Six patients underwent reoperation, 4 due to fundoplication migration and 2 due to dysphagia.

Postoperative surveys revealed the following: 32 cases of heartburn, 22 cases of regurgitation, 18 cases of bloating, and 15 cases of dysphagia. The intensity of symptoms was considered low, with an average score of 12.5/80 (± 12.1) in the surveys. Regarding overall satisfaction, 87.1% were satisfied, 10.8% were neutral, and 2.1% were dissatisfied. 39.8% were on proton pump inhibitor medication.

The factors that influence quality of life and postoperative complications were cardiovascular pathology ($p=0.034$), psychiatric pathology ($p=0.015$), previous abdominal surgery ($p=0.030$), and fundoplication fixation ($p=0.015$) – *Table 1*.

DISCUSSION

Complications appeared to be higher in this study, although the rate of reoperations is similar to other international publications. Surgical treatment of GERD appears to have a high satisfaction rate, with a positive impact on quality of life regardless of the elapsed time. It is important to note that although an internationally validated questionnaire was used, there may have been bias in its telephone application.

As predictive factors, patients with cardiovascular disease (hypertension, dyslipidemia, diabetes, or



TABELA 1: Fatores preditores de insucesso cirúrgico na DRGE.

		Falência Cirúrgica		P*	Odds ratio	IC 95%
		Sim	Não			
Idade, média ± DP		52,3 ± 10,8	53,4 ± 10,9	,746	-	
Gênero, n (%)	Feminino	29 (42,0%)	40 (58,0%)	,552	,99	,42 - ,22
	Masculino	10 (41,7%)	14 (58,3%)			
D. Cardiovasculares, n (%)	Sim	26 (51,0%)	25 (49,0%)	,034	2,32	,99 - 5,45
	Não	13 (31,0%)	29 (69,0%)			
D. Pulmonares, n (%)	Sim	1 (12,5%)	7 (87,5%)	,133	,18	,02 - 1,50
	Não	38 (44,7%)	47 (55,3%)			
D Neurológicas, n (%)	Sim	1 (25,0%)	3 (75,0%)	,637	,45	0,45 - 4,47
	Não	38 (42,7%)	51 (57,3%)			
D. Psiquiátricas, n (%)	Sim	10 (71,4%)	4 (28,6%)	,015	4,31	1,24 - 14,99
	Não	29 (36,7%)	50 (63,3%)			
D. Autoimunes, n (%)	Sim	1 (25,0%)	3 (75,0%)	,637	,45	,05 - 4,47
	Não	38 (42,7%)	51 (57,3%)			
Cirurgia abdominal, n (%)	Sim	16 (57,1%)	12 (42,9%)	,030	2,43	,99 - 6,902
	Não	23 (35,4%)	42 (64,6%)			
Duração sintomas, média ± DP		8,5 ± 7,1	7,9 ± 6,4	,705	-	
Sintomas extra-esófago, n (%)	Sim	20 (40,0%)	30 (60,0%)	,833	,84	,37 - 1,92
	Não	19 (44,2%)	24 (55,8%)			
Hérnia Hiato associada, n (%)	Sim	25 (36,8%)	43 (63,2%)	,105	,46	,18 - 1,16
	Não	14 (56,0%)	11 (44,0%)			
Presença esofagite, n (%)	Sim	13 (39,4%)	20 (60,6%)	,826	,83	,35 - 1,96
	Não	26 (44,1%)	33 (55,9%)			
Hipotonia EEI, n (%)	Sim	5 (33,3%)	10 (66,7%)	,366	,50	,15 - 1,73
	Não	20 (50,0%)	20 (50,0%)			
Disfunção motilidade esofágica, n (%)	Sim	1 (16,7%)	5 (83,3%)	,204	,21	,02 - 1,92
	Não	24 (49,0%)	25 (51,0%)			
Fixação fundoplicatura, n (%)	Sim	6 (66,7%)	3 (33,3%)	,015	4,31	1,24 - 14,99
	Não	32 (38,1%)	52 (61,9%)			

*Aplicados os Teste Qui-Quadrado para variáveis qualitativas e Mann-Whitney para as quantitativas; Considerado $p < ,05$ estatisticamente significativo.



TABLE 1: Predictive factors of surgical failure in GERD.

		Surgical failure		P*	Odds ratio	CI 95%
		Yes	No			
Age, mean ± SD		52,3 ± 10,8	53,4 ± 10,9	,746		-
Gender, n (%)	Female	29 (42,0%)	40 (58,0%)	,552	,99	,42 - ,22
	Male	10 (41,7%)	14 (58,3%)			
Cardiovascular diseases, n (%)	Yes	26 (51,0%)	25 (49,0%)	,034	2,32	,99 - 5,45
	No	13 (31,0%)	29 (69,0%)			
Pulmonary diseases, n (%)	Yes	1 (12,5%)	7 (87,5%)	,133	,18	,02 - 1,50
	No	38 (44,7%)	47 (55,3%)			
Neurological diseases, n (%)	Yes	1 (25,0%)	3 (75,0%)	,637	,45	0,45 - 4,47
	No	38 (42,7%)	51 (57,3%)			
Psychiatric disorders, n (%)	Yes	10 (71,4%)	4 (28,6%)	,015	4,31	1,24 - 14,99
	No	29 (36,7%)	50 (63,3%)			
Autoimmune diseases, n (%)	Yes	1 (25,0%)	3 (75,0%)	,637	,45	,05 - 4,47
	No	38 (42,7%)	51 (57,3%)			
Abdominal surgery, n (%)	Yes	16 (57,1%)	12 (42,9%)	,030	2,43	,99 - 6,902
	No	23 (35,4%)	42 (64,6%)			
Duration of symptoms, mean ± SD		8,5 ± 7,1	7,9 ± 6,4	,705		-
Extraesophageal symptoms, n (%)	Yes	20 (40,0%)	30 (60,0%)	,833	,84	,37 - 1,92
	No	19 (44,2%)	24 (55,8%)			
Associated hiatal hernia, n (%)	Yes	25 (36,8%)	43 (63,2%)	,105	,46	,18 - 1,16
	No	14 (56,0%)	11 (44,0%)			
Presence of esophagitis, n (%)	Yes	13 (39,4%)	20 (60,6%)	,826	,83	,35 - 1,96
	No	26 (44,1%)	33 (55,9%)			
LES hypotonia, n (%)	Yes	5 (33,3%)	10 (66,7%)	,366	,50	,15 - 1,73
	No	20 (50,0%)	20 (50,0%)			
Esophageal motility dysfunction, n (%)	Yes	1 (16,7%)	5 (83,3%)	,204	,21	,02 - 1,92
	No	24 (49,0%)	25 (51,0%)			
Fundoplication fixation, n (%)	Yes	6 (66,7%)	3 (33,3%)	,015	4,31	1,24 - 14,99
	No	32 (38,1%)	52 (61,9%)			

* Chi-square test was applied for qualitative variables and Mann-Whitney test for quantitative variables; $p < 0.05$ was considered statistically significant.



Como fatores que influenciam a qualidade de vida e complicações identificaram-se: D. Cardiovascular (HTA, Dislipidemia, DM ou Obesidade), D. Psiquiátrica, antecedentes de cirurgia abdominal prévia e fixação da Fundoplicatura.

CONCLUSÃO

A abordagem cirúrgica da DRGE parece ser segura e associa-se a uma elevada taxa de satisfação. Os fatores que influenciam a qualidade de vida e as complicações pós-operatórias são as doenças cardiovasculares e psiquiátricas, as intervenções abdominais prévias e a fixação da fundoplicatura.

obesity), psychiatric disorders, history of previous abdominal surgery and fundoplication fixation seem to have a worse surgical outcome.

CONCLUSION

Surgical management of GERD appears to be safe and associated with a high satisfaction rate. The factors influencing quality of life and postoperative complications include the presence of cardiovascular and psychiatric diseases, previous abdominal interventions, and fundoplication fixation.

Correspondência:

TIAGO ANTUNES

e-mail: venturantunes@gmail.com

Data de recepção do artigo:

23/03/2023

Data de aceitação do artigo:

30/05/2023



O XLIII Congresso da Sociedade Portuguesa de Cirurgia decorreu em Lisboa, no Centro de Congresso do Estoril de 23 a 24 de março de 2023.

Depois de vários anos em que se realizou na Figueira da Foz e da ocorrência da pandemia de COVID-19 que motivou a opção por um modelo de congresso híbrido, o congresso anual da Sociedade Portuguesa de Cirurgia regressou, em 2023 a Lisboa, ao Centro de Congressos do Estoril e com algumas novidades em relação ao passado recente.

A direção da Sociedade Portuguesa de Cirurgia decidiu realizar um questionário visando avaliar a qualidade do Congresso bem como a recetividade da comunidade cirúrgica a algumas alterações ao modelo tradicional.

Apresentamos abaixo as respostas ao questionário com modelos gráficos, permitimo-nos, contudo, destacar os seguintes resultados:

1. Responderam ao inquérito 265 cirurgiões.
2. 73% dos inquiridos consideraram a organização do Congresso boa ou muito boa.
3. 67% dos inquiridos consideraram as palestras científicas boas ou muito boas
4. 59% consideraram a qualidade e o interesse dos trabalhos apresentados bom ou muito bom.
5. No XLIII Congresso da Sociedade Portuguesa de Cirurgia as comunicações livres, vídeos e pósteres surgiram em formato mais curto, 4 minutos. Esta modificação, de acordo com o inquérito realizado, é apoiada por 74% dos inquiridos.
6. A manutenção das “named lectures” com a presença de convidados estrangeiros é apoiada por 92% dos inquiridos.
7. Finalmente foi questionada a comunidade de cirurgiões relativamente a alguns aspetos organizativos do congresso, como sejam, a duração, a localização, características do espaço físico e o modelo da sessão de abertura. Neste inquérito, 90% dos cirurgiões consideram que o congresso deve durar 2 dias, 65% consideram que é importante que o espaço físico permita além da atividade científica o convívio social entre os cirurgiões, 67% sugerem mudanças no modelo da sessão de abertura e quase 50% dos inquiridos é favorável a um modelo de alternância da realização do Congresso entre o Porto, Coimbra e Lisboa. Este e outros aspetos serão alvo de reflexão por parte desta direção visando que XLIV Congresso da Sociedade Portuguesa de Cirurgia seja um sucesso.



Questionário Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

265

Responses

02:22

Average time to complete

Closed

Status

1. Localização do congresso:

 Lisboa	59
 Figueira da Foz	50
 Alternar entre Lisboa, Porto e Coimbra	123
 Other	33



2. Espaço físico:

 Espaço físico amplo em que seja facilitado o convívio social	174
 O mais importante é o espaço físico adequado para a discussão científica	81
 Não tem opinião	10



3. A duração de 2 dias do Congresso, é adequada?

 Sim	238
 Não, é extenso	0
 Não, é curto	27



4. A alocação das comunicações livres, vídeos e pósteres ao início da manhã e início da tarde foi adequada?

● Sim	228
● Não	37



5. As comunicações livres em modelo mais curto, 4 minutos, são um modelo adequado e para manter?

● Sim	197
● Não	68



6. O modelo da sessão de abertura do congresso:

● É adequado e é para manter	88
● Deve ser alterado com menor tempo atribuído à sessão	103
● Deve ser alterado com redução do número dos intervenientes	74



7. Relativamente à sessão de encerramento:

● Deve ser mantido no final do último dia de trabalhos	138
● Deve ser realizado no início da tarde do último dia de trabalhos	127



8. As *named lectures*, com convidados estrangeiros de renome são para manter?

● Sim	246
● Não	8
● Não tem opinião	11



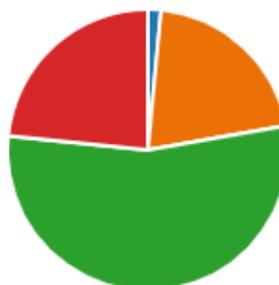
9. O tempo do Congresso dedicado às sessões de comunicações livres, vídeos e pósteres, foi adequado?

● Sim	217
● Não, deve ser diminuído	23
● Não, deve ser aumentado	25



10. Como classifica o espaço físico do Congresso

● Mau	4
● Razoável	55
● Bom	144
● Muito Bom	62



11. Como classifica o espaço físico do Congresso destinado à indústria

● Mau	5
● Razoável	91
● Bom	129
● Muito Bom	40



12. Como classifica o teor das palestras científicas

 Mau	6
 Razoável	79
 Bom	152
 Muito Bom	28



13. Como classifica a qualidade/interesse dos trabalhos apresentados

 Mau	18
 Razoável	91
 Bom	135
 Muito Bom	21



14. Como classifica a organização em geral do evento

 Mau	10
 Razoável	61
 Bom	159
 Muito Bom	35



15. Como classifica o evento social – Jantar do Congresso

 Mau	8
 Razoável	99
 Bom	131
 Muito Bom	27



16. Como classifica o catering do Congresso

	Mau	16
	Razoável	102
	Bom	122
	Muito Bom	25



