

**XLIV**  
**CONGRESSO**  
**NACIONAL**  
**DE CIRURGIA**

SUPLEMENTO

**14 E 15**

MARÇO

2024



**REVISTA**  
**PORTUGUESA**  
**DE CIRURGIA**

**RESUMOS**

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA



SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

# **XLIV CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA**

**RESUMOS**

14 E 15 DE MARÇO DE 2024





SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

**Revista Portuguesa de Cirurgia**

**XLIV 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

|  |    |
|--|----|
| <b>ÓRGÃOS SOCIAIS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA</b> .....  | 5  |
| <b>MENSAGEM DO PRESIDENTE DO XLIV CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA</b> .....   | 11 |
| <b>RESUMOS</b> .....   | 15 |
| <b>CIRURGIA ESÓFAGO-GÁSTRICA</b>   |    |
| PREOPERATIVE PHYSIOLOGICAL RESERVE SURROGATE MARKERS PREDICT ADVERSE POSTOPERATIVE OUTCOMES IN PATIENTS WITH GASTRIC AND HEAD AND NECK CANCER: A CROSS-SECTIONAL STUDY .....   | 17 |
| PROTECT TRIAL: EVALUATING THE IMPACT OF STRUCTURED VS. NON-STRUCTURED HOME-BASED PREHABILITATION IN SURGICAL GASTRIC CANCER PATIENTS UNDERGOING NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY WITH FLOT — PRELIMINARY INSIGHTS INTO POSTOPERATIVE COMPLICATIONS ..... | 19 |
| THE HOLD STUDY — STOMACH CANCER ELECTIVE SURGERY MORBIDITY AND MORTALITY AT 90-DAY: A TUGS MULTINATIONAL AUDIT .....   | 21 |
| IMPACTO PROGNÓSTICO DA MARGEM RADIAL APÓS ESOFAGECTOMIA NO CARCINOMA DO ESÓFAGO .....  | 23 |
| ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS AND BONE HEALTH: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS .....  | 25 |
| SYMPTOMATIC GALLSTONES AFTER BARIATRIC SURGERY: THE IMPACT OF EXPECTANT MANAGEMENT .....   | 27 |
| EFFICIENCY AND SAFETY OF SINGLE ANASTOMOSIS SLEEVE ILEAL (SASI) BYPASS IN THE TREATMENT OF OBESITY AND ASSOCIATED COMORBIDITIES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS .....   | 29 |
| ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS AND SLEEVE GASTRECTOMY AS REVISIONAL BARIATRIC PROCEDURES AFTER ADJUSTABLE GASTRIC BANDING: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY .....  | 31 |



## **CIRURGIA HEPATOBILIO-PANCREÁTICA**

|  |    |
|--|----|
| RESULTADOS DA TÉCNICA HOPE – ANÁLISE DA RECIDIVA DOS DOENTES<br>TRANSPLANTADOS POR CARCINOMA HEPATOCELULAR COM PELO MENOS UM ANO<br>DE SEGUIMENTO . . . . .  | 33 |
| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMAGIOLÓGICAS RELACIONADAS COM O DIAGNÓSTICO<br>DE ADENOCARCINOMA ASSOCIADO A IPMN . . . . .                                      | 37 |
| UTILIZAÇÃO DE PRÓTESES BIODEGRADÁVEIS NO TRATAMENTO DE ESTENOSES BILIARES<br>NO DOENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO – EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS DE UM SERVIÇO. . . . . | 39 |
| “WITH HOPE” – RESULTADOS DOS PRIMEIROS 100 CASOS DE HOPE EM TRANSPLANTE<br>HEPÁTICO . . . . .  | 41 |

## **COLO-PROCTOLOGIA**

|   |    |
|---|----|
| CIRURGIA ROBÓTICA COLORRETAL: EXPERIÊNCIA INICIAL . . . . .   | 43 |
| VALOR PROGNÓSTICO DOS SCORES BASEADOS EM MARCADORES INFLAMATÓRIOS<br>NA MORBIMORTALIDADE CIRÚRGICA NA DOENÇA DE CROHN . . . . .   | 45 |
| ANÁLISE COMPARATIVA DE CARCINOMAS COLORETAIS COM METASTIZAÇÃO HEPÁTICA<br>DE DIFERENTES ORIGENS EMBRIONÁRIAS . . . . .  | 47 |
| RESPOSTA LOCORREGIONAL DO PROTOCOLO <i>TOTALLY NEOADJUVANT TREATMENT</i> VS<br>ESQUEMA CLÁSSICO NO TRATAMENTO DO CANCRO DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO. . . . .                  | 49 |
| IMPACT OF COLORECTAL CANCER SIDEDNESS ON OUTCOMES AND BIOLOGICAL BEHAVIOR<br>OF PATIENTS TREATED WITH CYTOREDUCTIVE SURGERY AND HIPEC. . . . .                                | 51 |
| AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON ESQUERDO . . . . .   | 53 |
| NEOPLASIAS DO APÊNDICE ILEOCECAL: UMA CASUÍSTICA DE 14 ANOS. . . . .  | 55 |
| CANCRO DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO SUBMETIDO A QUIMIORRADIOTERAPIA<br>NEOADJUVANTE SEGUIDA DE CIRURGIA: OS RESULTADOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA . . . . .                    | 57 |
| COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DO ENCERRAMENTO DE ILEOSTOMIAS EM DOENTES<br>SUBMETIDOS A CIRURGIA COLO-RETAL. CINCO ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO<br>DE REFERÊNCIA . . . . . | 59 |
| CIRURGIA APÓS EXCIÇÃO ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS MALIGNOS DO CÓLON: A SOLUÇÃO<br>OU MAIS UM PROBLEMA? . . . . .   | 61 |



|   |    |
|---|----|
| PRESSURIZED INTRAPERITONEAL AEROSOL CHEMOTHERAPY (PIPAC)<br>IN PATIENTS WITH UNRESECTABLE PERITONEAL METASTASIS (PM): RESULTS<br>OF A SINGLE-CENTER EXPERIENCE. . . . . | 63 |
|---|----|

|  |    |
|--|----|
| IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS TUMORES COLORRETAIS ABORDADOS<br>CIRURGICAMENTE. . . . . | 65 |
|--|----|

### **EMERGÊNCIA/TRAUMA**

|   |    |
|---|----|
| HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA COMO FORMA DE OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS<br>EM DOENTES CIRÚRGICOS . . . . . | 69 |
|---|----|

|   |    |
|---|----|
| TRATAMENTO COM OXIGÊNIO HIPERBÁRICO NA FASCEITE NECROTIZANTE:<br>CASUÍSTICA DOS ÚLTIMOS 16 ANOS NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA . . . . . | 71 |
|---|----|

|   |    |
|---|----|
| OPTIMIZAÇÃO DA TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA INCISIONAL EM DOENTES<br>SUBMETIDOS A LAPAROTOMIA DE URGÊNCIA. ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO. . . . . | 73 |
|---|----|

|   |    |
|---|----|
| TRAUMATISMO CERVICAL ABERTO: A REALIDADE DE UM CENTRO HOSPITALAR. . . . . | 77 |
|---|----|

|   |    |
|---|----|
| TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA NA FASCEÍTE NECROTIZANTE. . . . . | 79 |
|---|----|

|  |    |
|--|----|
| FATORES DE RISCO DAS COMPLICAÇÕES DO LOCAL CIRÚRGICO EM LAPAROTOMIAS<br>DE URGÊNCIA – UM ESTUDO DE COORTE PROSPETIVO RANDOMIZADO COM ANÁLISE<br>RETROSPETIVA . . . . . | 81 |
|--|----|

|  |    |
|--|----|
| FORMAÇÃO EM PEQUENA CIRURGIA PARA MGF — FAZ SENTIDO? . . . . . | 83 |
|--|----|

### **CIRURGIA VASCULAR**

|   |    |
|---|----|
| FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS — ANÁLISE CASUÍSTICA DE UM CENTRO COM DEDICAÇÃO . . . | 85 |
|---|----|

|   |    |
|---|----|
| COLOCAÇÃO DE CATETERES DE DIÁLISE PERITONEAL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA<br>ENTRE VIA ABERTA E LAPAROSCÓPICA . . . . . | 87 |
|---|----|

### **CIRURGIA MAMÁRIA**

|   |    |
|---|----|
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM MUTAÇÕES DE RISCO MODERADO<br>DE CANCRO DA MAMA . . . . . | 89 |
|---|----|

|  |    |
|--|----|
| RESULTADOS A CURTO PRAZO DE MASTECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO IMEDIATA<br>PRÉ-PEITORAL COM PRÓTESE E MATRIZ DÉRMICA ACELULAR. . . . . | 91 |
|--|----|



|   |    |
|---|----|
| OS PRIMEIROS 131 CASOS UTILIZANDO DISPOSITIVOS DE IDENTIFICAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA NA LOCALIZAÇÃO INTRA-OPERATORIA DE LESÕES MAMÁRIAS INFRACLÍNICAS. . . . . | 93 |
| GÂNGLIO SENTINELA METASTIZADO COM INVASÃO EXTRACAPSULAR – SERÁ A LINFADENECTOMIA SEMPRE NECESSÁRIA? . . . . .   | 95 |
| RETALHOS PERFURANTES – PARA ALÉM DA CIRURGIA CONSERVADORA . . . . .   | 97 |
| PAPEL DA RM MAMÁRIA NA PREDIÇÃO DE RESPOSTA E ORIENTAÇÃO CIRÚRGICA NO CANCRO DE MAMA PÓS QT NEOADJUVANTE. . . . .   | 99 |

**SARCOMAS**

|   |     |
|---|-----|
| TRATAMENTO DOS LIPOSSARCOMAS DAS EXTREMIDADES: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA . . . . . | 101 |
|---|-----|

**CIRURGIA ENDÓCRINA E DA CABEÇA E PESCOÇO**

|  |     |
|--|-----|
| O PESO DA PEÇA DE TIROIDECTOMIA TEM IMPACTO NA MORBILIDADE PERI-OPERATÓRIA?. . . . .   | 103 |
| CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-PATOLÓGICA DE TUMORES NIFTP DA TIROIDE — ESTUDO DE COORTE RETROSPETIVO NUM HOSPITAL CENTRAL. . . . .      | 105 |
| PARATIROIDECTOMIA: EXPERIÊNCIA EM CIRURGIA RADIOGUIADA . . . . .   | 109 |
| IMPACTO DA METASTIZAÇÃO GANGLIONAR NO CARCINOMA PAPILAR DA TIRÓIDE NO SUBGRUPO DE DOENTES COM IDADE INFERIOR A 55 ANOS . . . . . | 111 |

**CIRURGIA DA PAREDE ABDOMINAL**

|   |     |
|---|-----|
| TOXINA BOTULÍNICA COMO TÉCNICA ADJUVANTE NO TRATAMENTO DA HÉRNIA VENTRAL COMPLEXA . . . . .   | 115 |
| LAPAROSCOPIC TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP) HERNIA REPAIR: OUR FIVE-YEAR PROGRESSION AND POSTOPERATIVE QUALITY OF LIFE (QOL) . . . . . | 117 |
| e-TEP — RECOMENDAÇÕES E RESULTADOS DA REPARAÇÃO DE HÉRNIAS INCISIONAIS. . . . .   | 119 |



# Mensagem do Presidente

*Paulo Costa*

Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia



Estimados Colegas e convidados

Bem-vindos ao 44º Congresso Nacional de Cirurgia, da Sociedade Portuguesa de Cirurgia, dos Cirurgiões Portugueses que já começou.

E começou no melhor formato e com os conteúdos que devem caracterizar um congresso científico da Sociedade Portuguesa de Cirurgia: começou com apresentações de trabalhos dos Cirurgiões.

Em nome da Direção desejo anunciar a Abertura Oficial do 44º Congresso da Sociedade Portuguesa de Cirurgia. Queremos que seja um tempo para o convívio científico e pessoal dos Cirurgiões e dos Internos.

Voltámos ao Centro de Congressos do Estoril, aonde um amplo espaço se conjuga com os pequenos espaços, para as atividades fundamentais do Congresso numa grande Sociedade como a nossa.

Vamos partilhar esse tempo e espaço numa reunião presencial, nos próximos dois dias. Esta foi a vontade maioritariamente expressa pelos nossos Sócios. Concebemos um Programa para que o Congresso fosse possível em dois dias, à semelhança do desafio que nos parece ter sido conseguido no ano anterior. Mudar só por mudar, não significa nem melhorar nem progredir, mas estar atento ao que se possa modificar para tornar o 44º Congresso mais atrativo, científica e socialmente, é o que os nossos Sócios esperam.

Assim, o programa foi estruturado horizontalmente para acomodar a diversidade de interesse dos participantes. Alguma sobreposição de interesses, significa que a abrangência da Cirurgia Geral entusiasma Cirurgiões e Internos.

A Sessão de Abertura está este ano mais voltada para dentro, por motivos que com certeza dependem.

Convidámos destacados cirurgiões para a Sociedade como Membros Honorários: Francesco Rubino, Gian Luca Baiocchi, Guido Torzilli e Paul Lehur, já aceites em Assembleia Geral, e que serão apresentados à Sociedade nesta Sessão.

O Presidente de Honra do Congresso foi unanimemente escolhido pela Direção. O Dr. Victor Santos, é Cirurgião com uma carreira distinta.

Foi o 1º classificado (62 c) no Concurso Nacional para o Quadro Permanente de Especialista de C.G. dos H.C.L.

Em 1982 navegou para os Açores tendo assumido as funções de Assistente Hospitalar de C.G. do Hospital. Ponta Delgada.



Após aprovação em 1º lugar como Chefe de Serviço foi designado Diretor do Serviço de Cirurgia do Hospital Divino Espírito Santo (Ponta Delgada) nos anos 1989-2008.

Desempenhou vários cargos hospitalares dos quais destaco:

Diretor Clínico do H.P.D, Membro do Conselho de Administração do H.P.D.,

Presidente eleito da Comissão de Ética do H.P.D. tendo criado o Polo Açores do Centro de Estudos de Bioética. Participou no ensino, inicialmente na FMUL e depois nos HCL. As suas intervenções nos Congressos da Sociedade foram sempre bem acolhidas.

É membro de 9 sociedades científicas, nacionais e internacionais.

Publicou 35 trabalhos.

É reconhecido pela sua performance em cirurgias de alta complexidade, em vários domínios e por ter formado cirurgiões distintos.

Realizou a 1.º colecistectomia laparoscópica no seu hospital.

Foi Membro do Conselho da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Médicos e Presidente da Mesa da Assembleia Distrital.

Teremos oportunidade de ouvir a sua alocução, durante esta sessão, mais interessante do que esta resenha curricular que acabo de apresentar. Mais interessante seria seguramente dizer da Amizade e das Amizades que nosso Presidente de Honra consolidou e manteve ao longo dos anos.

A Conferência não-médica será proferida pela Maestrina Profa. Joana Carneiro que nos encantará com o seu pensamento sobre a elegância de como é possível criar com harmonia, “um som mais forte”, sob a ondulação da sua batuta. Amanhã à tarde dar-nos-á esse som. Cá estaremos todos. Muito Obrigado, Maestrina Joana Carneiro por nos dar a honra da sua presença. Um som muitíssimo forte é o que sai da sua vasta carreira como académica e como cultora da música. E como pessoa.

A ideia de relembrar de novo os founding fathers da Sociedade, e trazer até nós em cada ciclo da Direção (dois Congressos) os seus Presidentes, foi proposta consensual.

Assim teremos, também este ano, as named letters dos três primeiros Presidentes da Sociedade Portuguesa de Cirurgia proferidas pelos novos Sócios Honorários:

Prof. Joaquim Bastos (1979-1980) dada pelo Prof. Francesco Rubino,

Prof. Jaime Celestino da Costa (1981-1982), proferida pelo Prof. Gian Luca Baiocchi e Prof. Bartholo do Valle Pereira (1983-1984) dada pelo Prof. Guido Torzilli, reputados cirurgiões académicos internacionais.

Decidimos também continuar a apresentação de uma Conferência Magna, atribuída rotativamente a cada Capítulo. Este ano, teremos o Prof. Paul Lehur, também novo Sócio Honorário, a proferir a lição do Capítulo de Cirurgia Colorectal.

No programa foram incluídos temas de investigação, de translação e clínica. Mas não descurámos a clínica, o core da nossa atividade, nem a modernidade da robótica que parece firmar o passo da disseminação nos nossos hospitais, tão justamente ansiada por todos.

Também outras aquisições que a indústria dos aparelhos e as tecnologias de informação e imagem trouxeram para a nossa realidade aqui se vão encontrar. 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, incorporando a modernidade da multidisciplinaridade, em sessões que se desejam interativas.

Mas neste Congresso, os Capítulos também se organizaram para Sessões conjuntas, cimentando conhecimentos e praxis da Cirurgia Geral (a ex.: cirurgia no ambulatório, imprevistos em cirurgia, pré-habilitação e risco). Foi assim que nos associámos à Sociedade Portuguesa de Cirurgia Minimamente Invasiva e com grande empenho e engenho do Prof. Hélder Ferreira vamos ter essa modernidade de que temos vindo a falar – parceria a estimular.

Procurámos trazer para as Sessões outros saberes, outros conhecimentos. Para dar um exemplo, a inteligência artificial que nos acompanhará cada vez mais e melhor se a soubermos integrar na nossa prática.

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 componentes estruturantes da nossa Sociedade, como o Club dos Doutorandos e a Comissão dos Internos, com sessões que vão despertar o interesse dos Sócios, pela originalidade e verdade da escolha das apresentações.

Uma das Sessões âncora dos nossos Congressos, a Prova de Caras, não faltará, nem os hot topics.

Hoje durante a Assembleia Geral teremos oportunidade de comemorar os 25 anos do ATLS, movimento que tão eficazmente tem preparado os nossos associados e outros profissionais. Parabéns a todos os que acenderam e aos que continuam a manter esta chama viva.

O Jantar do Congresso, aqui ao lado, no Casino do Estoril, vai reunir-nos num serão de convívio que vamos recordar – noite do meio do Congresso. A nossa principal referência não é ao dress code, mas à sugestão forte para não falar muito de ciências, técnicas e logísticas assistenciais.

A Sessão da Entrega dos Prémios, será o culminar de um longo procedimento desde a submissão de resumos, sua classificação e seriação pelos Capítulos, até à apresentação no Congresso.

Queremos incentivar o rigor e o interesse pelas comunicações durante o Congresso. Acreditamos que a vitalidade e transparência deste processo deve ser reconhecida.

Não nos pareceu que uma sala quase vazia fosse a forma de reconhecer esta vitalidade e este labor, pelo que alterámos o tradicional programa de fim de congresso.

Pelas 16:30 teremos os destaques do Congresso e a atribuição dos Prémios. Este ano, os nossos Presidentes vão estar connosco numa Sessão em que a atribuição dos melhores prémios aos trabalhos apresentados não será já quase fora de horas.

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.

A Direção e toda a Sociedade recordam com admiração e saudade o Presidente que nos deixou pouco tempo decorrido depois do último Congresso.

O Prof. Araújo Teixeira foi o exemplo de um Cirurgião Académico. Aonde estava, todos à sua volta podiam apreciar o brilho e o entusiasmo como defendia a associação destas duas designações.



Cirurgião com reconhecimento no seu hospital e com fama na “cidade&quot;. Não refiro o Porto, mas a cidade no seu significado mais vasto, mais universal. O Prof. Araújo Teixeira foi um Académico distinto. Investigou e ensinou.

Ensinou várias gerações de cirurgiões, das quais tive o privilégio de fazer parte. As suas reuniões de Janeiro faziam rumar ao S. João, cirurgiões e internos, para poder conhecer ao vivo os autores de livros e papers. Foi grande a sua escola de ensino/aprendizagem ao longo da vida – obrigado Prof. Araújo Teixeira.

Talvez devam saber que estamos aqui hoje por conselho, quase imposição, do Prof. Araújo Teixeira. “Paulo Costa, para o próximo ano leve o Congresso para Lisboa”. E assim aconteceu.

Não o vamos ter a falar no fim do jantar, com a sua serenidade, entusiasmo, e clareza discursiva, mas vamos sempre lembrar, também este momento.

A Sessão de Encerramento, breve por definição, terá com momento principal a passagem de testemunho entre Presidentes da Direção da Sociedade e o reconhecimento dos que nos veem render e de todos os que ficaremos para os apoiar.

A este propósito permitam-me breves palavras.

A primeira, para incentivar a nova Direção, há que votar, votar apesar de ser apenas uma lista a concorrer. A legitimação pelo voto é talvez o melhor estímulo para aceitar esta distinção.

Ao deixar a Direção da Sociedade quero manifestar a honra que me concederam e o raro privilégio de trabalhar com uma equipa fantástica, como todos terão constatado.

O Congresso terminará num farewell cocktail, num até breve, um “Carcavelos de Honra”, no foyer, com a cortesia da Câmara Municipal de Cascais.

O nosso agradecimento à CMC, à Fundação D. Luís I e ao Casino do Estoril pelas extraordinárias facilidades que nos proporcionaram, para poder organizar o Congresso nestas circunstâncias.

Como está bem à vista, este Congresso não teria sido possível sem o contributo dos nossos Sponsors que acreditaram que ia acontecer. Muito obrigado a todos.

A logística desta reunião foi assegurada pela Eruditus, pela Refreshbubbles e pela nossa Secretária D. Maria Eugénia Almeida – 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.





# **XLIV CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA**

## **RESUMOS**

***CIRURGIA ESÓFAGO-GÁSTRICA***  
***CIRURGIA HEPATOBILIO-PANCREÁTICA***  
***COLO-PROCTOLOGIA***  
***EMERGÊNCIA/TRAUMA***  
***CIRURGIA VASCULAR***  
***CIRURGIA MAMÁRIA***  
***SARCOMAS***  
***CIRURGIA ENDÓCRINA E DA CABEÇA E PESCOÇO***  
***CIRURGIA DA PAREDE ABDOMINAL***



## PREOPERATIVE PHYSIOLOGICAL RESERVE SURROGATE MARKERS PREDICT ADVERSE POSTOPERATIVE OUTCOMES IN PATIENTS WITH GASTRIC AND HEAD AND NECK CANCER: A CROSS-SECTIONAL STUDY

CLARA GENTIL-DAHER<sup>1,2,3</sup>, CAROLINA CASTRO<sup>3</sup>, JOÃO ANTUNES<sup>1,2,3</sup>, PEDRO MARTINS<sup>3</sup>, LÚCIO LARA-SANTOS<sup>3</sup>, DANIEL MOREIRA-GONÇALVES<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> CIAFEL, Research Center for Physical Activity, Health and Leisure, Faculty of Sports, University of Porto

<sup>2</sup> Laboratory for Integrative and Translational Research in Population Health (ITR), Porto, Portugal

<sup>3</sup> Experimental Pathology and Therapeutics Group and Surgical Oncology, Portuguese Institute of Oncology of Porto

### INTRODUCTION

To mitigate surgery-related morbidity and mortality and elevate the standard of care for surgical patients, clinicians must leverage precise pre-operative risk assessment tools.

### OBJECTIVE

Assess the predictive value of surrogate markers for preoperative physiological reserve in relation to postoperative outcomes.

### MATERIAL AND METHODS

We analyzed data from 125 patients undergoing elective surgery for gastric or head and neck cancer (December 2018 to June 2019). All physiological reserve markers with a  $p$ -value  $< 0.05$  in bivariate analysis were tested in a binary logistic regression, adjusted for confounding variables (patient characteristics of that presented  $p$ -value  $< 0.20$  in the bivariate analysis) to evaluate its prognostic

predictive power of adverse postoperative outcomes. Outcomes of interest were: postoperative complications, major complications, need for intermediate care unit (ICU), prolonged length of stay (PLOS) ( $> 10$  days), 30-days readmission, 30-days reintervention and postoperative burden (patients who had  $\geq 1$  adverse postoperative outcome, among those mentioned above). The significance level was set at a 2-sided  $P < 0.05$ . Data analysis was performed using SPSS statistical software program, version 29.0. **Results** The final cohort was 125 patients, with a mean age of  $62.1 \pm 11.2$  years. Most patients were male (74.4%) and under 65 years of age (60.8%). Among the total, 52.8% experienced unintentional weight loss in the past year, with only 19.2% classified as obese, 6.5% identified as having a high risk of malnutrition according to the Malnutrition Universal Screening Tool, and 60% possessing a Charlson Comorbidity Index of  $\geq 5$  (sample median). Slightly over half of the patients (54.4%) were diagnosed with head and neck cancer, with stages I (27.2%) and IV (28.8%) being the most prevalent. Merely 14.4% of patients had undergone neoadjuvant chemotherapy and/or radiotherapy. In terms of



the type of tumor slated for surgical resection, 62.4% had a primary tumor, 24% experienced local recurrence, and 13.6% had metastatic tumors. In terms of postoperative outcomes, 36% of patients experienced complications following surgery, of which 35.6% were considered major complications. Nearly half of the patients required transfer to the ICU (46.4%), and 44.8% had PLOS exceeding 10 days. Moreover, 23.2% of patients were readmitted, 15.2% necessitated reintervention within 30 days of hospital discharge, and over half (60%) experienced some form of postoperative burden. Low physical activity (OR, 2.34; [95% CI, 1.03- 5.35],  $p = 0.043$ ) and frailty (OR, 5.73; [95% CI, 1.79-18.34],  $p = 0.003$ ) increased the probability of ICU admission. Frailty predicted postoperative burden (OR, 4.58; [95% CI, 1.60-13.08],  $p = 0.004$ ). Low gait speed raised the likelihood of reintervention within 30 days (OR, 5.22; [95% CI, 1.23-22.19],  $p = 0.025$ ). Probable sarcopenia heightened the odds of

PLOS (OR, 3.18; [95% CI, 1.15-8.81],  $p = 0.026$ ). All surrogate markers for physiological reserve mentioned above were independent predictors of the analyzed outcomes.

## DISCUSSION

Patients with compromised pre-operative physiological reserve face an elevated risk of unfavorable surgical outcomes, underscoring the importance of referral to optimization programs, such as prehabilitation.

## CONCLUSION

Low physical activity, low gait speed, probable sarcopenia and frailty are independent predictors of adverse postoperative outcomes.

*Correspondência:*

CLARA GENTIL-DAHER

e-mail: claradaheref@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## PROTECT TRIAL: EVALUATING THE IMPACT OF STRUCTURED VS. NON-STRUCTURED HOME-BASED PREHABILITATION IN SURGICAL GASTRIC CANCER PATIENTS UNDERGOING NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY WITH FLOT — PRELIMINARY INSIGHTS INTO POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

NUNO JORGE<sup>1,2</sup>, CAROLINA CASTRO<sup>2</sup>, CLARA DAHER MOTA<sup>1,2</sup>, JOÃO ANTUNES<sup>1,2</sup>, SAMUEL BARBOSA<sup>1,2</sup>, MAFALDA PEDROSA<sup>1,2</sup>, SÓNIA CABRAL<sup>3</sup>, OTÍLIA ROMANO<sup>3</sup>, DANIEL MOREIRA-GONÇALVES<sup>1</sup>, LÚCIO LARA SANTOS<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Research Center in Physical Activity, Health and Leisure (CIAFEL), Faculty of Sport, University of Porto, Porto, Portugal;

<sup>2</sup> Experimental Pathology and Therapeutics Group, Portuguese Oncology Institute of Porto FG, EPE (IPO-Porto), Porto, Portugal

<sup>3</sup> Portuguese Oncology Institute of Porto FG, EPE (IPO-Porto), Porto, Portugal

### BACKGROUND

A growing body of evidence highlights the potential advantages of prehabilitation in optimizing postoperative results for patients undergoing cancer surgery. However, only a minority of studies have focused on postoperative outcomes as the primary endpoint, and none have specifically addressed gastric cancer patients undergoing neoadjuvant chemotherapy with the FLOT (5-fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel) regimen.

### AIM

Analyze tolerance to neoadjuvant chemotherapy (NAC) with FLOT, change in physical fitness and postoperative complications in patients with locally advanced gastric adenocarcinoma.

### METHODS

Patients were randomly assigned to non-structured (P1) or structured (P2) prehabilitation programs in a 1:1 ratio. P1 got standard care and written activity goals, while P2 received standard care and instructions for aerobic, strength, and inspiratory muscle training. Outcomes were assessed pre-NAC, pre-surgery, and 30 days post-discharge, focusing on postoperative complications, physical fitness changes, and neoadjuvant chemotherapy tolerance.

### RESULTS

A total of 39 patients were included in the final analysis, with 17 patients in P1 and 22 patients in P2. In the P1 group, 68.8% of patients adhered to the recommendations, while in P2, 87.5% adhered to aerobic exercise, 50% to resistance exercise, and



26.5% to inspiratory muscle training. Postoperative complications were observed in 9 patients, accounting for 23.1% of the total cohort (2 from P1 and 7 from P2). Among these, 4 patients (10.5%) experienced major complications (2 from P1 and 2 from P2). While no significant differences were found between the two groups in terms of postoperative burden, both prehabilitation approaches led to a 20% reduction in overall complications and a 10% reduction in major complications compared to our historical control data. Physical fitness did not exhibit significant differences at any of the three assessment time points ( $P>0.05$ ). Tolerance to neoadjuvant chemotherapy revealed that 67% of patients in P1 and 22% in P2 had to delay their chemotherapy cycles two or more times ( $P<0.05$ , P1 vs. P2). Dose reductions were observed in 87.5% of patients in P1 and 12.5% in P2 ( $P<0.05$ , P1 vs. P2). Furthermore, P2 showed a lower incidence of grade III-IV hematologic side effects, including leucopenia (11 from P1 and 4 from P2) and neutropenia combined with leucopenia (5 from P1 and 3 from P2), compared to P1.

## DISCUSSION

Our preliminary data suggest that structured and unstructured home prehabilitation approaches were effective in reducing postoperative complications and preserving physical fitness, while the structured intervention also improved tolerance to FLOT.

## CONCLUSION

Our preliminary data suggest that both structured and non-structured home-based prehabilitation approaches were effective in reducing postoperative complications (primary outcome) and preserving physical fitness (secondary outcome). Notably, the structured intervention improved tolerance to neoadjuvant chemotherapy. Therefore, prehabilitation should be considered an integral component of the perioperative care pathway to enhance patient outcomes.

*Correspondência:*

NUNO JORGE

e-mail: up201803907@up.pt

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## THE HOLD STUDY — STOMACH CANCER ELECTIVE SURGERY MORBIDITY AND MORTALITY AT 90-DAY: A TUGS MULTINATIONAL AUDIT

CLÁUDIA NEVES MARQUES

(Congress Participant) on behalf of TUGSS Multinational Studies Group (<https://www.tugssglobal.com/multinational>)

### INTRODUÇÃO

Gastric cancer is a major global health issue, with surgery as the primary treatment. Despite advancements, outcomes vary widely due to differences in disease characteristics and healthcare practices. Survival rates are low, highlighting the need for better prevention and treatment strategies, including centralized care and minimally invasive techniques. Disparities in postoperative results between regions underscore the importance of standardized outcome measures. The present study stresses the significance of clinical databases and specialized centres in enhancing care quality and advocates for a 90-day postoperative period to evaluate outcomes effectively.

### OBJETIVO

- Primary End Point: 90-day Mortality and Morbidity in patients undergoing elective surgery for gastric cancer
- Secondary End Point: Determine factors associated with 90-day morbidity and mortality in patients undergoing elective surgery for gastric cancer

### MATERIAIS E MÉTODOS

Worldwide audit for 90-day Mortality and Morbidity (MM) in patients undergoing elective surgery for gastric cancer and factors associated with 90-day MM. Consecutive adults with primary gastric malignancy undergoing elective curative surgery between 1st April and 30th September 2022. Descriptive analysis was performed, presenting the results as frequencies and percentages. Analysis was performed using the SPSS Software (IBM SPSS Statistics).

### RESULTADOS

A total of 1,538 patients from 138 hospitals in 47 countries. Mostly male (62.8%), Caucasian (58.5%), or Asian (26%) with average age of 64.2 yo. BMI was average 24.5 kg/m<sup>2</sup>, with 40.6% experiencing severe pre-surgery weight loss, and 52.7% Charlson Comorbidity Index of  $\geq 5$ . The majority had advanced gastric cancer stages, with 13.4% early stage and nodal involvement in 51.7%. Perioperative chemotherapy was administered to 44.2%, mainly for advanced cases. Predominant histology was gastric adenocarcinoma (87.7%).



Surgeries were split between subtotal (49.5%) and total gastrectomies (40.8%), mostly performed open (56.8%). Laparoscopy was frequent in early-stage cancers, while advanced stages often required open surgery. D2 lymphadenectomy was common (63.1%), but 15.7% had fewer than 15 lymph nodes. Post-surgery, 74.2% were stages Ib-III, with 38.6% pN0, many receiving perioperative chemotherapy.

A total of 700 patients (45,5%) suffered a perioperative complication. Intraoperative complications were rare (4.4%), mainly haemorrhage, vascular, and splenic injuries. Overall, 41.1% had postoperative complications, mostly minor, but 7.1% of these resulted in death. General complications were more common than surgical, with respiratory issues leading at 5.2%. Readmission (10.6%) and reoperation (8.1%) rates were relatively low, with

reoperations having an 18.5% mortality rate. The 90-day postoperative mortality stood at 2.9%.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

In summary, while surgical advancements have improved postoperative care, the scope of surgery and operative duration are pivotal, particularly in the elderly. Neoadjuvant chemotherapy's role as a non-reducing factor in morbidity or mortality was reaffirmed, with a selection bias towards healthier patients for this treatment evident (Nelen et al., 2018). Age alone does not appear to be a definitive predictor of postoperative outcomes.

**Palavras chave:** Gastric Cancer; Morbidity and mortality; post operative complications.

**Correspondência:**

CLÁUDIA NEVES MARQUES

e-mail: claudia.neves.marques@chlc.min-saude.pt

**Data de recepção do artigo:**

14/03/2024

**Data de aceitação do artigo:**

15/03/2024





## IMPACTO PROGNÓSTICO DA MARGEM RADIAL APÓS ESOFAGECTOMIA NO CARCINOMA DO ESÓFAGO

DIOGO PAULA<sup>1</sup>, FRANCISCO SANTOS<sup>2</sup>, JOÃO SIMÕES<sup>1,2</sup>, BARBARA SEPODES<sup>3</sup>, ANDRÉ LÁZARO<sup>1,2</sup>, ANTÓNIO BERNARDES<sup>1,2</sup>, JOSÉ GUILHERME TRALHÃO<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<sup>3</sup> Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### INTRODUÇÃO

O carcinoma esofágico continua a ser uma das neoplasias mais agressivas e com pior prognóstico relativamente à sobrevivência global (SG) e livre de doença (SLD). Diversos estudos tem sido realizados no âmbito de perceber que fatores permitem inferir acerca do prognóstico destes doentes, sendo que a margem de ressecção radial (MR) continua a ser um dos fatores com resultado controverso. Visto que a esofagectomia continua a ser a modalidade terapêutica gold-standard, pretende-se com este estudo perceber o impacto da MR na recidiva, SLD e SG.

### OBJETIVO

Perceber o impacto da MR na recidiva, SLD e SG.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de coorte retrospectivo que incluiu 75 doentes submetidos a esofagectomia por carcinoma num período entre janeiro de 2008 e dezembro de

2020. As peças de esofagectomia foram devidamente analisadas com determinação da MR. O follow-up dos doentes e a documentação de recidiva foi feita com base em exames de imagem.

### RESULTADOS

Doentes com MR>1mm apresentam melhor SG que os doentes com MR<1mm (p=0,032). A realização de terapêutica neoadjuvante influenciou a SG nos doentes com R0 em comparação com os doentes que não realizaram terapêutica neoadjuvante. O tamanho local da neoplasia (T) e o Grau de Regressão Tumoral (GRT) mostraram ser variáveis relacionadas com a MR.

### DISCUSSÃO

Os resultados são congruentes com a maioria da evidência disponível, relatando uma relação estatisticamente significada entre a MR e a SG quando utilizada a definição do Royal College of Pathologists (RCP). O GRT e o T influenciam a MR, relação explicada por serem variáveis



diretamente relacionadas com a invasão tumoral na parede esofágica e por isso com a obtenção de margens livres de doença. Doentes R0, que realizaram tratamento neoadjuvante, tem melhor SG. O número reduzido de doentes e a variabilidade de outros fatores, como o estadiamento, são potenciais vieses influenciadores dos resultados obtidos.

## CONCLUSÃO

A definição utilizada pelo RCP para a MR demonstrou superioridade relativamente à do College of American Pathologists (CAP), tendo-se verificado uma maior SG em doentes com MR>1mm, confirmando o impacto prognóstico desta variável na vida dos doentes. A MR não demonstrou impacto na recidiva nem na SLD.

*Correspondência:*

DIOGO PAULA

e-mail: diogopaula.dp@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS AND BONE HEALTH: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

FILIFE AMORIM-CRUZ, HUGO SANTOS-SOUSA, SUSAN VAZ, JOSÉ PEDRO VIEIRA-DE-SOUSA, FERNANDO RESENDE, ANDRÉ COSTA-PINHO, JOHN PRETO, SILVESTRE CARNEIRO, ELISABETE BARBOSA, EDUARDO LIMA-DA-COSTA

Centro Hospitalar Universitário de São João

### INTRODUCTION

Malabsorptive procedures, like Roux-en-Y gastric bypass (RYGB), are associated with nutrient deficiencies, which might negatively impact bone health. Through this systematic review and meta-analysis, we aim to understand and detail the changes in bone metabolism after RYGB.

### MATERIAL AND METHODS

We conducted a systematic review, searching PubMed, Cochrane Library, and Web of Science until October 2022. We performed a meta-analysis to estimate the mean differences in analytical bone turnover parameters and bone mineral density at sites of high biomechanical stress in patients undergoing RYGB, at 1-year and long-term follow-up (> 1-year).

### RESULTS

Our study found that after RYGB surgery: (1) increased bone turnover over time is reflected in a significant increase in CTX levels (meta-analytical

MD=0.29; 95%CI=0.21 – 0.36; I<sup>2</sup>=22%); (2) a reduction in bone mineral density, especially in high-stress areas like the femoral neck, at long-term follow-up (meta-analytical MD=- 0.20; 95%CI=-0.35 – -0.06; I<sup>2</sup>=80%); (3) during the first year after surgery, in contrast to long-term follow-up, RYGB was associated with a significant increase in serum Vitamin D levels (meta-analytical MD =3.23; 95%CI=0.44 – 6.02; I<sup>2</sup>=69%), whereas calcium (meta-analytical MD=0.19; 95%CI= -0.53 – 0.91; I<sup>2</sup>=98%) and PTH levels (meta-analytical MD=3.88; 95%CI= -1.01 – 8.76; I<sup>2</sup>=67%) remained unchanged.

### DISCUSSION AND CONCLUSION

Our systematic review has revealed that, even with calcium and vitamin D supplementation, Roux-en-Y Gastric Bypass is linked, over time, to an increase in bone turnover and decreased bone density, mainly in greater biomechanical stress areas of the body.

Bone turnover may have distinct pathological mechanisms within the first year and long term after RYGB. At one year post-bariatric surgery, despite the increased bone turnover, patients presented with a significant increase in serum Vitamin D levels and



no significant changes in serum PTH and calcium levels. This could be explained by greater mechanical unloading in the first 12 months, decreased estrogen levels (in which adipose tissue was a primary source), and muscle mass loss. An active lifestyle and the transition from white to brown adipose tissue also contribute to higher Vitamin D levels. At long-term follow-up, bone health depends on

secondary hyperparathyroidism, associated with a significant increase in PTH and a decrease in calcium. However, serum Vitamin D levels did not change significantly – non-adherence to the diet, less adherence to an active lifestyle, fat remodelling and malabsorption of vitamins associated with RYGB may explain why vitamin D levels start to approach baseline values again.

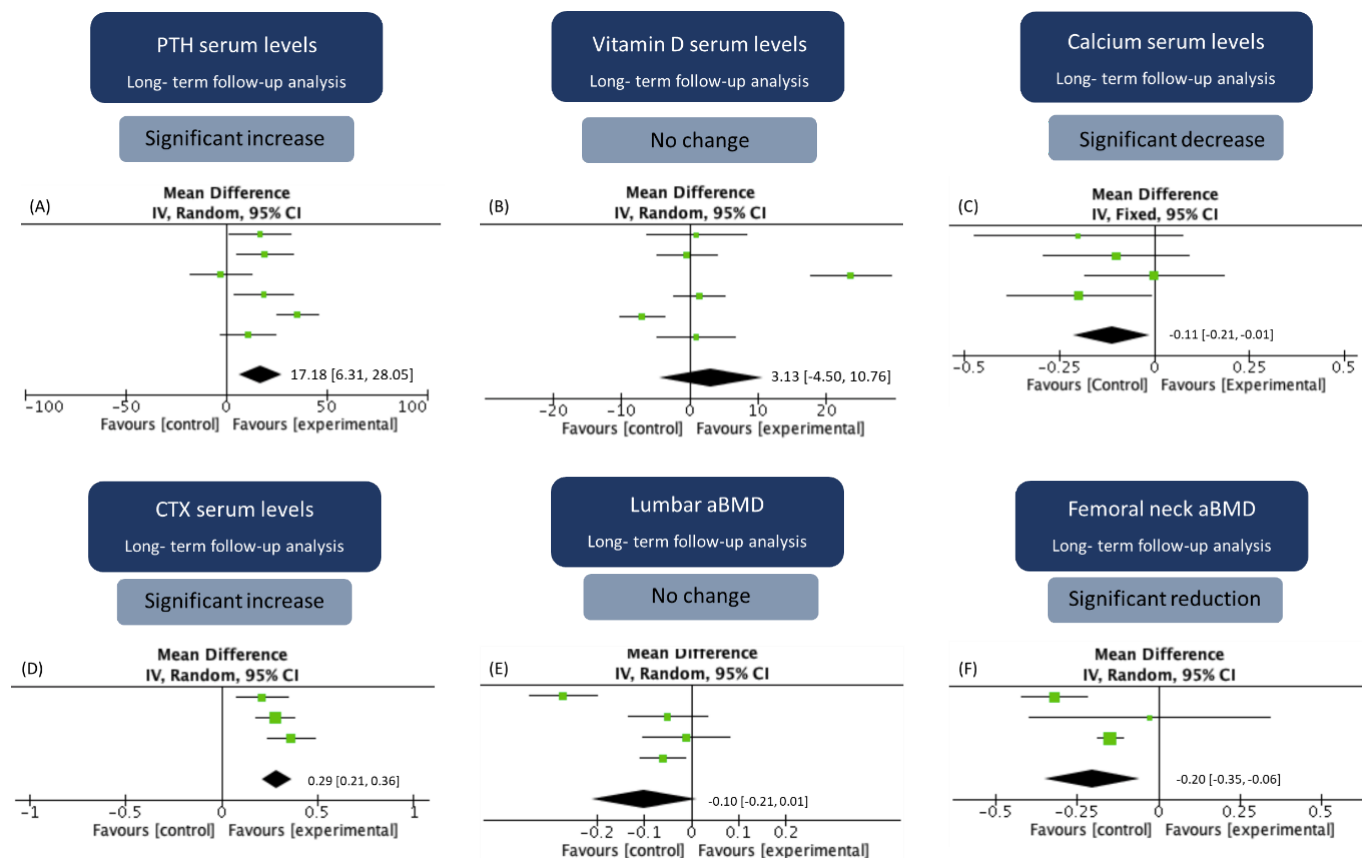


FIGURE 1 – Forest plots showing differences in (A) PTH serum levels; (B) vitamin D serum levels; (C) calcium serum levels; (D) CTX serum levels; (E) lumbar areolar bone mineral density (aBMD) and (F) femoral neck areolar bone mineral density (aBMD) in long-term follow-up analysis

**Correspondência:**  
HUGO SANTOS-SOUSA  
e-mail: h.santos.sousa@gmail.com

**Data de recepção do artigo:**  
14/03/2024  
**Data de aceitação do artigo:**  
15/03/2024



## SYMPTOMATIC GALLSTONES AFTER BARIATRIC SURGERY: THE IMPACT OF EXPECTANT MANAGEMENT

FILIFE AMORIM-CRUZ, HUGO SANTOS-SOUSA, MIGUEL MACHADO, DIOGO CRUZ, FERNANDO RESENDE, ANDRÉ COSTA-PINHO, JOHN PRETO, SILVESTRE CARNEIRO, ELISABETE BARBOSA, EDUARDO LIMA-DA-COSTA

Centro Hospitalar Universitário de São João

### INTRODUCTION

Rapid weight loss associated with bariatric surgery can predispose to the development of gallstones, but it remains unclear if there is an increased risk of these becoming symptomatic. In sequence, distinct approaches have been proposed: conservative options, such as the prophylactic use of ursodeoxycholic acid or concomitant cholecystectomy for symptomatic gallstones, versus routine prophylactic cholecystectomy. This study aimed to determine the incidence of symptomatic cholelithiasis after bariatric surgery and identify potential risk factors for developing symptomatic cholelithiasis after surgery.

### METHODS

We performed a retrospective cohort study assessing all patients who had Roux-en-Y Gastric Bypass and Sleeve Gastrectomy surgeries in 2019. We monitored them for symptomatic post-bariatric cholelithiasis, defined as biliary symptoms, hospital admission due to biliary complications, or the performance of cholecystectomy for such complications. Ursodeoxycholic acid was not prophylactically administered. Patients were examined at 6- and 12-months post-surgery.

### RESULTS

Among 426 patients with gallbladder in situ, only 8 (1.9%) became symptomatic during the 12-month follow-up period. Compared with patients who remained asymptomatic, they had a higher median preoperative BMI (47.0 vs. 42.8,  $p=0.046$ ) and prevalence of cholelithiasis on preoperative ultrasound (62.5% vs. 10.7%,  $p=0.001$ ). These two risk factors remained independent for developing symptomatic gallstones after multivariate analysis (OR=1.187; 95%CI=1.025 - 1.376,  $p=0.022$ ; OR=10.720; 95% CI=1.613 - 71.246,  $p=0.014$ , respectively).

### DISCUSSION AND CONCLUSION

We found that the incidence of symptomatic gallstones after bariatric surgery (1.9%) is comparable to the risk of symptomatic gallstones in the general population with asymptomatic gallstones and most patients present with uncomplicated disease. In the general population, symptomatic patients undergo elective laparoscopic cholecystectomy. Considering the low incidence of gallstone disease after bariatric procedures, the same expectant approach appears appropriate. Acknowledging the retrospective



nature of our study, this incidence may have been underestimated due to misattributing gallstone symptoms to other causes and no use of routine post-bariatric ultrasound.

To identify patients who may require a more aggressive approach, we looked for risk factors associated with symptomatic cholelithiasis. Preoperative high BMI and positive ultrasound for cholelithiasis were independent risk factors for developing symptomatic gallstones after multivariate analysis, meaning that preoperative factors are probably more important than factors more intrinsically related to bariatric surgery, such as the type of procedure or associated weight loss. Given the heterogeneity of risk factors found in other studies, further multicentric and prospective studies are needed to determine who might benefit most from concomitant cholecystectomy.

TABLE 1 – Multivariate analysis of risk factors related to symptomatic gallstones

|   | OR (95% CI)           | p-value      |
|---|-----------------------|--------------|
| Age                                     | 0.931 (0.846–1.024)   | 0.142        |
| Gender                                  | 0.999 (0.093–10.721)  | 0.999        |
| Type of bariatric surgery               | 0.720 (0.098–5.309)   | 0.747        |
| Preoperative BMI                        | 1.187 (1.025–1.376)   | <b>0.022</b> |
| Gallstones on preoperative abdominal US | 10.720 (1.613–71.246) | <b>0.014</b> |
| Dyslipidemia                            | 1.621 (0.267–9.847)   | 0.600        |
| %EWL, 6 months                          | 0.995 (0.976–1.015)   | 0.639        |

BMI Body Mass Index, US ultrasound, % EWL excess weight loss, OR odds ratio, CI confidence interval, BMI body mass index, %EWL percentage of excess weight loss.

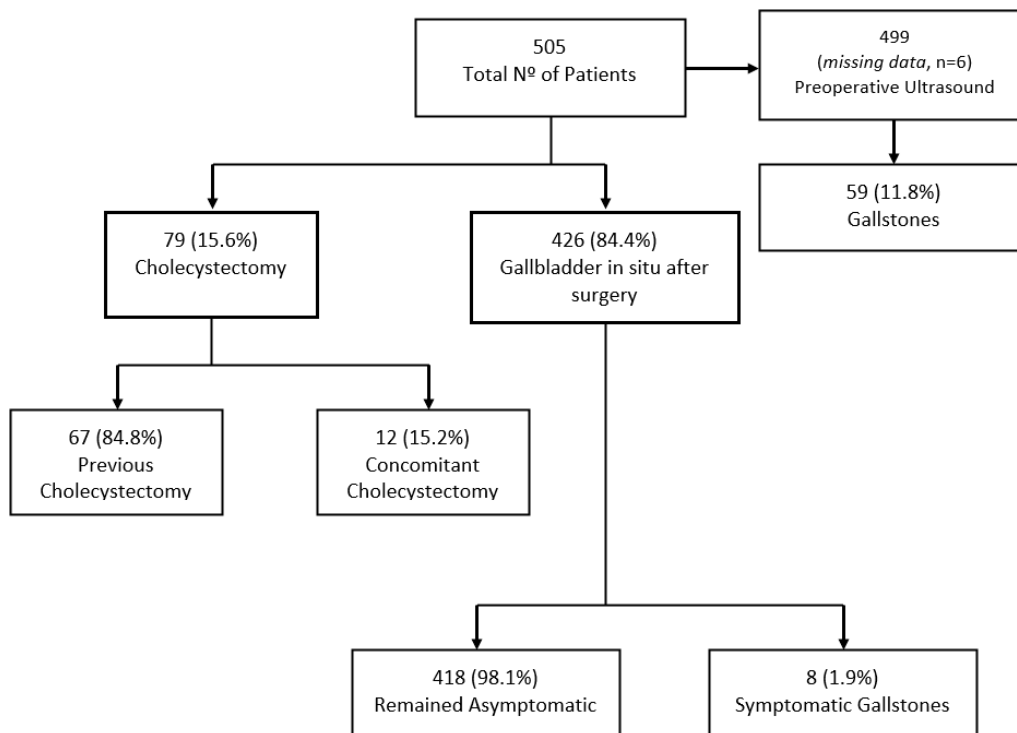


FIGURE 1 – Flow Chart of patients who underwent RYGB or SG.

**Correspondência:**  
 HUGO SANTOS-SOUSA  
 e-mail: h.santos.sousa@gmail.com

**Data de recepção do artigo:**  
 14/03/2024  
**Data de aceitação do artigo:**  
 15/03/2024



## EFFICIENCY AND SAFETY OF SINGLE ANASTOMOSIS SLEEVE ILEAL (SASI) BYPASS IN THE TREATMENT OF OBESITY AND ASSOCIATED COMORBIDITIES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

FILIPPE AMORIM-CRUZ, HUGO SANTOS-SOUSA, CAROLINA RODRIGUES-OLIVEIRA, MIGUEL ANDRADE-DE-ALMEIDA, FERNANDO RESENDE, ANDRÉ COSTA-PINHO, JOHN PRETO, SILVESTRE CARNEIRO, ELISABETE BARBOSA, EDUARDO LIMA-DA-COSTA

Centro Hospitalar Universitário de São João

### INTRODUCTION

The Single Anastomosis Sleeve Ileal (SASI) bypass is a new bariatric surgery, consisting of a gastrectomy with sleeve (SG) followed by loop gastroileostomy. We aim to systematically compare SASI bypass with other bariatric surgeries regarding safety, weight loss and improvement in comorbidities.

### METHODS

We conducted a systematic review, searching PubMed, Scopus, and Web of Science until November 2022. We performed a meta-analysis of risk ratios and mean differences to compare SASI bypass versus Sleeve Gastrectomy (SG) and One Anastomosis Gastric Bypass (OAGB) for percentage excessive weight loss (%EWL), complications and improvement of type 2 diabetes mellitus (T2DM), hypertension (HT), dyslipidemia (DL), obstructive sleep apnea (OSA).

### RESULTS

A total of 1714 patients were studied, ranging from 3 months to 36 months of follow-up period. Compared to the SG, the SASI bypass was associated with significantly greater weight loss (MD=11.32; 95%CI=7.89 – 14.76];  $I^2=11\%$ ), improvement of T2DM (RR=1.35; 95%CI=1.07 – 1.69;  $I^2=0\%$ ), DL (RR=1.41; 95%CI=1.00 – 1.99;  $I^2=0\%$ ) and OSA (RR=1.50; 95%CI=1.01 – 2.22;  $I^2=0\%$ ). When compared to OAGB, there were no statistically significant differences in any of the outcomes assessed. No significant difference was found in postoperative early and late complications between SASI and SG or OAGB.

### DISCUSSION AND CONCLUSION

SASI bypass was created to facilitate the malabsorptive procedures, with shorter operative time and lower risk of complications, by reducing to one the number of anastomoses. Our systematic review and meta-analysis showed the effectiveness of SASI bypass, in terms of weight reduction and



improvement in comorbidities; and a favourable safety profile, since there was no significant difference in the postoperative complication rates between procedures. It should be taken into consideration that these outcomes could vary depending on technical intraoperative variations in SASI bypass, such as the length of the common limb (200-350 cm), the size of the gastro-ileal anastomosis (3-4 cm), and the gastro-ileal anastomosis proximal to the pylorus (3-6 cm), reinforcing the need for adjusting to the patient's profile.

Furthermore, throughout the primary studies, many advantages of the SASI bypass are pointed out – (i) endoscopic detection of gastric lesions; (ii) improvement of GERD symptoms, compared to SG; (iii) maintenance of the anti-incretin/incretin balance, because SASI does not bypass small bowel segments, explaining the improvement of type 2 diabetes mellitus; (iv) endoscopic inspection of the duodenum and biliary tract; and (v) if necessary due to excessive weight loss or unsatisfactory results, easy conversion to SG or SADI-S, respectively, is achieved.

SASI bypass is a new bariatric procedure that requires further studies with larger cohorts and longer follow-up periods. Consistent definitions of comorbidities' improvement and comparison with other recent techniques, such as OAGB, are also necessary.

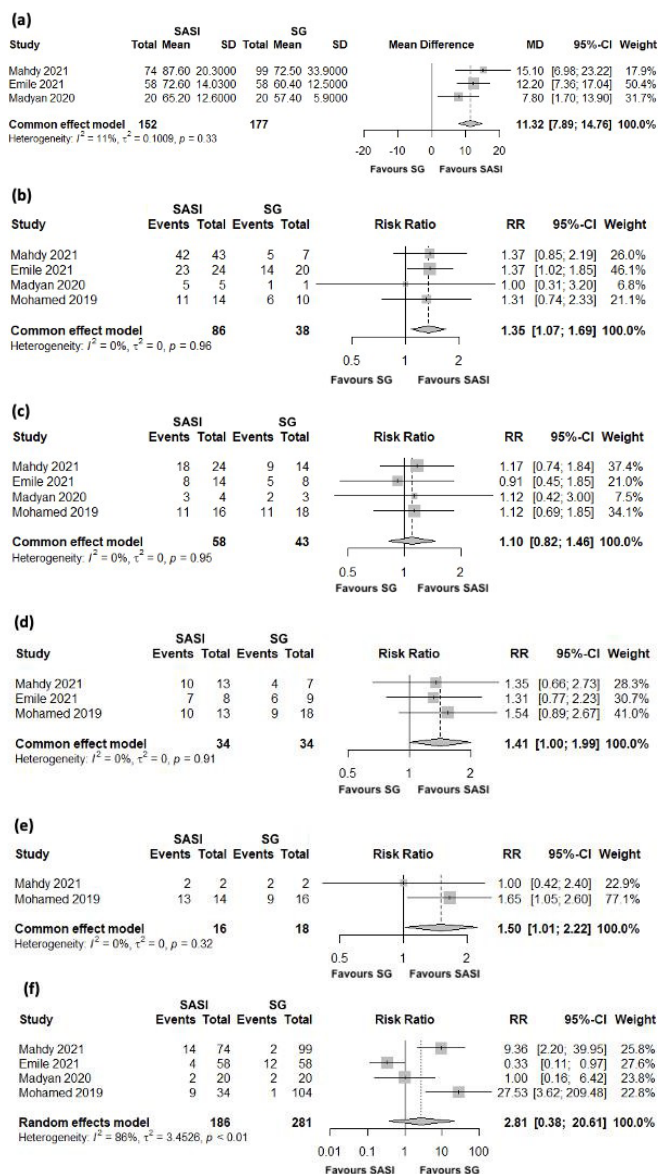


FIGURE 1 – Forest plots of the variables – (a) %EWL, (b) T2DM, (c) HT, (d) DL, (e) OSA, and (f) complications – between SASI bypass and gastrectomy with sleeve.

Correspondência:

HUGO SANTOS-SOUSA

e-mail: h.santos.sousa@gmail.com

Data de recepção do artigo:

14/03/2024

Data de aceitação do artigo:

15/03/2024





## ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS AND SLEEVE GASTRECTOMY AS REVISIONAL BARIATRIC PROCEDURES AFTER ADJUSTABLE GASTRIC BANDING: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY

FILIPE AMORIM-CRUZ, HUGO SANTOS-SOUSA, SUSAN VAZ, JOÃO PEDRO ARAÚJO-TEIXEIRA, FERNANDO RESENDE, ANDRÉ COSTA- PINHO, JOHN PRETO, SILVESTRE CARNEIRO, ELISABETE BARBOSA, EDUARDO LIMA-DA-COSTA

Centro Hospitalar Universitário de São João

### INTRODUCTION

Adjustable Gastric Banding (AGB) has been associated with long-term complications and weight regain, leading to reoperation in 31-80% of patients. Despite growing demand for revisional procedures, their effectiveness and safety are not fully established yet. Our study aimed to compare short-term outcomes of primary Roux-en-Y gastric bypass (RYGB), sleeve gastrectomy (SG) (pRYGB and pSG), and revisional bariatric surgeries (rRYGB and rSG).

### METHODS

We retrospectively studied patients submitted to either primary or revisional RYGB or SG in 2019 in a single tertiary hospital. We compared successful weight loss, obesity-related comorbidities, and surgical complications between pRYGB vs. rRYGB, pSG vs. rSG, and rRYGB vs. rSG at 6- and 12 months post-surgery.

### RESULTS

We assessed 494 patients, of whom 18.8% had undergone a revisional procedure after a failed AGB. Higher weight loss at 6 and 12 months was observed in patients undergoing primary vs. revisional procedures (in pRYGB vs rRYGB, %EWL12 months = 87.5% vs. 82.6%,  $p=0.040$ ; in pSG vs rSG, %EWL12 months = 77.2% vs. 69.0%,  $p=0.007$ ), as well as between revisional RYGB vs revisional SG (%EWL 12 months = 82.6% vs. 69.0%,  $p < 0.001$ ). Nevertheless, the frequency of patients reaching the qualitative criteria at 12 months was not different between groups. Regarding obesity-related comorbidities, whereas comorbidities' frequency was similar at baseline, diabetes resolution was more frequent in pRYGB than rRYGB (54.2% vs 25.0%,  $p= 0.038$ ). No significant differences in surgical complications were found.

### DISCUSSION AND CONCLUSION

In this study, we demonstrated that revisional bariatric surgery is a safe procedure. Despite being



more technically demanding, surgeons' expertise and high hospital volume contribute to its safety. Although both types of revisional surgeries resulted in less weight loss than primary bariatric surgery, they are effective procedures, as the number of patients reaching qualitative criteria at 12 months was similar, and comorbidities' resolution was achieved similarly, except for diabetes.

There is no consensus concerning which type of revisional procedure is most suitable. SG after AGB is criticised since both are restrictive procedures. Previous studies showed mixed results between rRYGB and rSG. However, we found a better

resolution of dyslipidemia in rRYGB patients; and this revisional surgery led consistently to better weight loss outcomes at 6 and 12 months, which might be relevant when more than two-thirds of patients underwent revisional surgery for insufficient weight loss.

The results regarding obesity comorbidities should be interpreted with caution because our follow-up period included the COVID-19 pandemic lockdown, resulting in substantial losses of follow-up. Further clinical studies, with a prospective design and longer follow-up, are necessary to understand the role of revisional bariatric surgery better.

TABLE 1 – Outcomes measured between revisional and primary bariatric surgery.

|   | pRYGB                | pSG                 | rRYGB               | rSG                 | pRYGB vs. rRYGB p-value | rRYGB vs. rSG p-value |
|---|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------|
| <b>Weight loss Outcomes</b>                         |                      |                     |                     |                     |                         |                       |
| BMI at 12 months (kg/m <sup>2</sup> ); median [IQR] | 27.16 [24.84–29.20]  | 29.45 [25.98–33.17] | 28.37 [25.64–31.15] | 34.16 [29.38–36.20] | <b>0.047</b>            | <b>&lt; 0.001</b>     |
| %EWL at 12 months; median [IQR]                     | 87.50 [78.08–101.06] | 77.16 [63.80–94.08] | 82.64 [68.01–93.62] | 69.01 [51.20–74.82] | <b>0.040</b>            | <b>&lt; 0.001</b>     |
| %EWL > 50% at 12 months; n (%)                      | 211 (98.1%)          | 96 (92.3%)          | 56 (93.3%)          | 12 (80.0%)          | 0.072                   | 0.138                 |
| <b>Obesity-related comorbidity</b>                  |                      |                     |                     |                     |                         |                       |
| T2DM; n/N (%)                                       | 32/59 (54.2%)        | 14/21 (66.7%)       | 4/16 (25.0%)        | 0/2 (0.0%)          | <b>0.038</b>            | 1.000                 |
| Dyslipidemia; n/N (%)                               | 38/78 (48.7%)        | 24/35 (68.6%)       | 10/24 (41.7%)       | 0/8 (0.0%)          | 0.545                   | <b>0.035</b>          |
| <b>Morbidity and Mortality</b>                      |                      |                     |                     |                     |                         |                       |
| Early complications; n (%)                          | 14 (5.5%)            | 11 (7.6%)           | 4 (5.5%)            | 2 (10.0%)           | 1.000                   | 0.606                 |
| Mortality; n (%)                                    | 0 (0.0%)             | 0 (0.0%)            | 0 (0.0%)            | 0 (0.0%)            | -                       | -                     |

BMI Body Mass Index, % EWL excess weight loss, T2DM diabetes mellitus type 2, pRYGB, primary Roux-en-Y gastric bypass; pSG, primary sleeve gastrectomy; rRYGB, revisional Roux-en-Y gastric bypass; rSG, revisional sleeve gastrectomy.

*Correspondência:*  
HUGO SANTOS-SOUSA  
e-mail: h.santos.sousa@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*  
14/03/2024  
*Data de aceitação do artigo:*  
15/03/2024



## RESULTADOS DA TÉCNICA HOPE – ANÁLISE DA RECIDIVA DOS DOENTES TRANSPLANTADOS POR CARCINOMA HEPATOCELULAR COM PELO MENOS UM ANO DE SEGUIMENTO

MARIA JOÃO AMARAL<sup>1,2</sup>, MARIANA DUQUE<sup>1,2</sup>, CLÁUDIA RAPOSO<sup>1</sup>, JÚLIO CONSTANTINO<sup>1,2,3</sup>, RICARDO MARTINS<sup>1,2,3</sup>, PEDRO OLIVEIRA<sup>1,3</sup>, JOÃO SIMÕES<sup>1,2</sup>, ANTÓNIO PINHO<sup>1,3</sup>, EMANUEL FURTADO<sup>1,3</sup> JOSÉ GUILHERME TRALHÃO<sup>1,2,3,4</sup>, DULCE DIOGO<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ULS Coimbra

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

<sup>3</sup> Unidade de Transplantação Hepática de Adultos, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ULS Coimbra

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

### INTRODUÇÃO

A perfusão hipotérmica oxigenada (HOPE) permitiu o uso de enxertos marginais no transplante hepático (TH)<sup>1</sup>, que levam a um maior risco de complicações associadas ao enxerto.<sup>2</sup> Para além de um efeito na melhoria da função do enxerto, esta técnica também tem impacto na redução da resposta imunológica.<sup>3</sup> Estudos sugerem uma diminuição na taxa de recidiva de carcinoma hepatocelular(CHC) nos enxertos submetidos a HOPE, embora os mecanismos permaneçam não totalmente compreendidos.<sup>4,5</sup> O objetivo deste trabalho foi apresentar os resultados para doentes transplantados por CHC com a utilização de HOPE.

### MÉTODOS

2 grupos: sem HOPE e HOPE (TH ortotópico: 08/2020-09/2022). 100% de doadores em morte cerebral. Recetores ≥18anos.

### RESULTADOS

No período de estudo, foram transplantados 109 doentes, 42 (38.5%) com CHC (tabela 1).

Grupo sem HOPE: 50 doentes com idade mediana de 58.5 anos (IIQ 51.75-63), 18(36%) transplantados por CHC. Idade mediana do dador de 60 anos (IIQ 48-62.25). TIF 301minutos (IIQ 270-353). ALT/AST máximas de 815.50/1038.50 (IIQ 389.75-1371.75/581.50-1692). *Follow-up* mediano de 801 dias (IIQ 558.50-945.75), com recidiva em dois doentes (11.11%). SLD ao ano de 94.4%.



TABELA 1 – Comparação dos doentes transplantados por carcinoma hepatocelular entre o grupo sem HOPE e o grupo HOPE.

|                                      | Transplantados por CHC sem HOPE<br>N = 18 | Transplantados por CHC com HOPE<br>N = 24 | p       |
|--------------------------------------|---|---|---------|
| <b>Recetor</b>                       |   |   |         |
| Sexo (masculino)                     | 17 (94.4%)                                | 23 (95.8%)                                | 0.834   |
| Idade (anos)                         | 61 (IQR 56.75-66)                         | 65 (59.25-67.0)                           | < 0.001 |
| IMC (Kg/m <sup>2</sup> )             | 27.66 (IQR 26.67-29.66)                   | 27.53 (IQR 23.74-30.37)                   | < 0.001 |
| MELD Na                              | 13 (IQR 10.75-19)                         | 12 (IQR 9.25-19)                          | < 0.001 |
| AFP pré-operatória (ng/mL)           | 5.3 (IQR 2.0-9.1)                         | 4.9 (IQR 2.7-8.1)                         | 0.165   |
| Terapia neoadjuvante                 | 9 (50%)                                   | 15 (62.5%)                                | 0.656   |
| – TACE                               | 8 (88.9%)                                 | 13 (86.7%)                                |         |
| – Resposta completa                  | 2 (22.2%)                                 | 1 (6.7%)                                  |         |
| Nº de nódulos                        | 1 (IQR 1-2)                               | 1.5 (IQR 1-4)                             | < 0.001 |
| Diâmetro do maior nódulo de CHC (cm) | 2.7 (IQR 1.7-3.5)                         | 2.9 (IQR 2.4-4.0)                         | 0.857   |
| Fora de Milão                        | 3 (16.7%)                                 | 10 (41.7%)                                | 0.083   |
| Invasão microvascular                | 4 (22.2%)                                 | 12 (50%)                                  | 0.067   |
| Grau diferenciação (G2/G3)           | 13 (72.2%)                                | 21 (87.5%)                                | 0.212   |
| Metroticket                          | 74.3 (IQR 62.7-75.95)                     | 68.6 (IQR 47.0-73.2)                      | 0.771   |
| TIT (min)                            | 341.50 (IQR 311.25-401.25)                | 274 (IQR 224.50-320.25)                   | 0.238   |
| TIF (min)                            | 307.50 (IQR 268.0-351.25)                 | 229.50 (IQR 189.25-275.75)                | < 0.001 |
| – T de HOPE (min)                    |   | 130 (IQR 120-172.50)                      |         |
| TIQ1 (min)                           | 38 (31-50)                                | 41 (IQR 31.25-52)                         | < 0.001 |
| LIR                                  | 15 (83.3%)                                | 17 (70.8%)<br>Missing 2 (8.3%)            | 0.347   |
| <b>Dador</b>                         |   |   |         |
| Idade (anos)                         | 61.50 (55.0-70.0)                         | 73.50 (IQR 69.0-80.75)                    | < 0.001 |
| IMC (Kg/m <sup>2</sup> )             | 26.60 (23.94-27.53)                       | 27.02 (IQR 24.46-30.08)                   | < 0.001 |

Grupo HOPE: 59 doentes com idade mediana de 63 anos (IIQ 55-66), 24 (40.7%) transplantados com CHC. Idade mediana do dador de 72 anos (IIQ 62-77) (15.9% idade ≥80anos). TIF 240 minutos (IIQ 200-278), tempo de HOPE 126 minutos (IIQ 112-150). ALT/AST máximas de 670/782 (IIQ 467-1250/468-1614). *Follow-up* mediano de 519 dias (IIQ 374-661), com recidiva num doente (4.2%). SLD ao ano de 100%.

A recidiva de CHC foi superior no grupo sem HOPE, embora sem significado estatístico ( $p=0.748$ ).

A diferença entre a idade dos dadores foi significativa ( $p<0.001$ ).

## DISCUSSÃO / CONCLUSÃO

A recidiva de CHC parece ser superior no grupo de doentes sem HOPE, embora sejam necessários estudos com *follow-up* mais alargado. O uso de HOPE aumentou a utilização de enxertos marginais no nosso Centro, melhorando o acesso a TH para doentes com CHC.



## REFERÊNCIAS

1. Czigany Z, Pratschke J, Froněk J, Guba M, Schöning W, Raptis DA, et al. Hypothermic Oxygenated Machine Perfusion Reduces Early Allograft Injury and Improves Post-transplant Outcomes in Extended Criteria Donation Liver Transplantation From Donation After Brain Death: Results From a Multicenter Randomized Controlled Trial (HOPE ECD-DBD). *Ann Surg.* 2021;274(5):705-12.
2. Sousa Da Silva RX, Weber A, Dutkowski P, Clavien PA. Machine perfusion in liver transplantation. *Hepatology.* 2022;76(5):1531-49.
3. Schlegel A, Mueller M, Muller X, Eden J, Panconesi R, von Felten S, et al. A multicenter randomized-controlled trial of hypothermic oxygenated perfusion (HOPE) for human liver grafts before transplantation. *J Hepatol.* 2023;78(4):783-93.
4. Mueller M, Kalisvaart M, O'Rourke J, Shetty S, Parente A, Muller X, et al. Hypothermic Oxygenated Liver Perfusion (HOPE) Prevents Tumor Recurrence in Liver Transplantation From Donation After Circulatory Death. *Ann Surg.* 2020;272(5):759-65.
5. Parente A, Flores Carvalho M, Eden J, Dutkowski P, Schlegel A. Mitochondria and Cancer Recurrence after Liver Transplantation-What Is the Benefit of Machine Perfusion? *Int J Mol Sci.* 2022;23(17).

*Correspondência:*

MARIA JOÃO AMARAL

e-mail: mariajoaoamaral@hotmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMAGIOLÓGICAS RELACIONADAS COM O DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA ASSOCIADO A IPMN

MARIA JOÃO AMARAL<sup>1,2</sup>, CYNTHIA BUQUE<sup>2</sup>, TIAGO OLIVEIRA<sup>3</sup>, JÚLIO CONSTANTINO<sup>1,2</sup>, MARCO SERÔDIO<sup>1,2</sup>, RUI CAETANO OLIVEIRA<sup>4,5</sup>, PAULO DONATO<sup>3</sup>, JOSÉ GUILHERME TRALHÃO<sup>1,2,5</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ULS Coimbra

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

<sup>3</sup> Serviço de Imagiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ULS Coimbra

<sup>4</sup> Germano de Sousa – Centro de Diagnóstico Histopatológico CEDAP

<sup>5</sup> Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR) area of Environment Genetics and Oncobiology (CIMAGO), Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

### INTRODUÇÃO

As neoplasias mucinosas papilares intraductais (IPMN) representam cerca de 1% dos tumores pancreáticos e 25% das lesões quísticas pancreáticas (LQP).<sup>1</sup> São as LQP mais frequentemente submetidas a ressecção cirúrgica<sup>2</sup> e cerca de um terço têm associado um carcinoma invasor no momento da mesma.<sup>3</sup> Mais de 50% dos doentes são assintomáticos, diagnosticados acidentalmente em exames de imagem.<sup>4</sup>

Presentemente, as recomendações para a orientação dos doentes com IPMN carecem de evidência científica robusta e o seu prognóstico é pouco estudado. A ressecção cirúrgica é o único tratamento curativo, mas as indicações são ainda controversas.<sup>5,6</sup>

Assim, o objetivo deste trabalho foi apresentar características clínicas e imagiológicas relacionadas com o diagnóstico histológico de adenocarcinoma (ADC) associado a IPMN em doentes submetidos a intervenção cirúrgica no nosso Centro.

### MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo com doentes submetidos a ressecção cirúrgica (2010-2022), com diagnóstico histológico de IPMN. Excluído 1 doente por ausência de informação clínica (N=33). TC ou RMN pré-operatórias disponíveis em 29 doentes. Idade 73 anos (IIQ 65-76), 60.6% sexo masculino, 42.4% submetidos a DPC, 16 doentes (48.5%) com ADC associado, dos quais 87.5% estágio ≤II.

### RESULTADOS

Comparando os doentes com e sem ADC: do ponto de vista clínico, a icterícia obstrutiva associou-se à presença de ADC (56.25% vs 0%,  $p < 0.001$ ); houve uma diferença significativa no CA 19.9 (mediana 355 vs 7 U/mL,  $p < 0.001$ ), na bilirrubina total (BT) (1.45 vs 0.60 mg/dL,  $p = 0.002$ ) e na GGT pré-operatórios (56.50 vs 27.50,  $p = 0.005$ ). Do ponto de vista imagiológico, a presença de componente sólido



(68.75% vs 11.76%,  $p < 0.001$ ), paredes espessadas com realce (31.25% vs 0%,  $p = 0.008$ ) e suspeita de transformação maligna pelo Imagiologista (75% vs 29.41%,  $p = 0.001$ ) associaram-se à presença de ADC.

Nesta coorte, um CA  $19.9 \geq 21.50$  U/mL previu a presença de carcinoma invasor (S81.8%, E84.6%), com uma AUC de 0.909 (IC95% 0.793-1.000,  $p = 0.001$ ). Um modelo de regressão logística múltipla para analisar o efeito do CA 19.9, BT e GGT na probabilidade de ter ADC, classificou corretamente 86.4% dos casos: em doentes com CA  $19.9 \geq 21.50$  U/mL é 22.967 vezes mais provável a presença de carcinoma invasor (IC95% 1.293-407.958,  $p = 0.033$ ).

Verificou-se uma diferença significativa na sobrevivência global entre grupos (mediana 19 vs 66 meses,  $p = 0.033$ ).

## DISCUSSÃO

De acordo com as guias clínicas, a presença de icterícia obstrutiva, nódulo mural  $\geq 5$  mm que capta contraste, componente sólido, citologia positiva e ducto principal  $\geq 10$  mm, são altamente preditivos de malignidade e indicações absolutas para ressecção cirúrgica. Uma elevação do CA 19.9 e paredes espessadas com realce são indicações relativas em IPMN dos ductos secundários.<sup>7,8</sup>

## CONCLUSÃO

A determinação de fatores clínicos e imagiológicos associados a ADC em doentes com IPMN é de extrema importância, já que a ressecção cirúrgica é o único tratamento com potencial curativo. Os mesmos permitem uma melhor estratificação e orientação do tratamento destes doentes.

## REFERÊNCIAS

1. Jabłońska B, Szmigiel P, Mrowiec S. Pancreatic intraductal papillary mucinous neoplasms: Current diagnosis and management. *World J Gastrointest Oncol.* 2021;13(12):1880-95.
2. Mas L, Lupinacci RM, Cros J, Bachet JB, Coulet F, Svrcek M. Intraductal Papillary Mucinous Carcinoma Versus Conventional Pancreatic Ductal Adenocarcinoma: A Comprehensive Review of Clinical-Pathological Features, Outcomes, and Molecular Insights. *Int J Mol Sci.* 2021;22(13).
3. Ma G, Li G, Xiao Z, Gou A, Xu Y, Song S, et al. Narrative review of intraductal papillary mucinous neoplasms: pathogenesis, diagnosis, and treatment of a true precancerous lesion. *Gland Surg.* 2021;10(7):2313-24.
4. Geramizadeh B, Marzban M, Shojazadeh A, Kadivar A, Maleki Z. Intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas: Cytomorphology, imaging, molecular profile, and prognosis. *Cytopathology.* 2021;32(4):397-406.
5. Hirono S, Yamaue H. Surgical strategy for intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *Surg Today.* 2020;50(1):50-5.
6. van Huijgevoort NCM, Del Chiaro M, Wolfgang CL, van Hooft JE, Besselink MG. Diagnosis and management of pancreatic cystic neoplasms: current evidence and guidelines. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2019;16(11):676-89.
7. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Gut.* 2018;67(5):789-804.
8. Tanaka M, Fernández-Del Castillo C, Kamisawa T, Jang JY, Levy P, Ohtsuka T, et al. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas. *Pancreatology.* 2017;17(5):738-53.

*Correspondência:*

MARIA JOÃO AMARAL

e-mail: mariajoaoamaral@hotmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## UTILIZAÇÃO DE PRÓTESES BIODEGRADÁVEIS NO TRATAMENTO DE ESTENOSES BILIARES NO DOENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO – EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS DE UM SERVIÇO

RITA ANDRADE<sup>1</sup>, JOÃO SIMÕES<sup>1</sup>, EMANUEL FURTADO<sup>2</sup>, ANTÓNIO PINHO<sup>1</sup>, RICARDO MARTINS<sup>2</sup>, PEDRO OLIVEIRA<sup>2</sup>, JÚLIO CONSTANTINO<sup>2</sup>, PAULO DONATO<sup>3</sup>, JG TRALHÃO<sup>1</sup>, DULCE DIOGO<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço De Cirurgia, Departamento de Cirurgia e Gastrenterologia, CHUC

<sup>2</sup> Unidade de Transplantação Hepática de Adultos, Serviço De Cirurgia, Departamento de Cirurgia e Gastrenterologia, CHUC

<sup>3</sup> Serviço de Imagem Médica, CHUC

### INTRODUÇÃO

As complicações biliares são as complicações mais frequentes após transplante hepático (TH). As estenoses biliares, anastomóticas (EBA) ou não anastomóticas (EBNA) estão associadas a maior incidência de colangite e desenvolvimento de colangiopatia obstrutiva com perda do enxerto e necessidade de retransplante. Dadas as limitações das próteses plásticas e a litogenicidade das próteses metálicas, as próteses biliares biodegradáveis (PBBD) são uma alternativa para tratamento das EB pós-TH.

### OBJECTIVO

Avaliar os resultados relativamente à utilização de próteses biodegradáveis por punção percutânea, no tratamento de estenoses biliares no doente transplantado hepático.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo prospetivo unicêntrico com 36 intervenções (31 doentes) entre março 2019 e setembro 2023 – 5 anos. Todos fizeram dilatações iterativas prévias, sem sucesso, sendo selecionados para colocação de PBBD de polidioxanona. A colocação das PBBD foi efetuada por via percutânea, pela equipa Imagiologia de Intervenção. A confeção destas próteses é personalizada, atendendo às características das estenoses. Os doentes realizaram controlo clínico, analítico e imagiológico de acordo com protocolo.

### RESULTADOS

Mediana de internamento de 5 dias. Melhoria imagiológica da estenose e redução dilatação vias biliares em 73%. Nenhum doente apresentou recidiva da EBA após colocação da prótese. Evitaram-se intervenções cirúrgicas em 78,3%. Três doentes falereceram neste período por complicações não associadas à prótese. Observou-se redução das



enzimas de colestase durante o follow-up. Nenhum doente necessitou de revisão cirúrgica por EBA nem de re-TH por recidiva da EBNA.

## DISCUSSÃO

As EB são uma causa importante de morbidade após TH, podendo levar à perda do enxerto e re-TH.

O aumento do tempo de follow-up é indispensável para avaliar os resultados a longo prazo.

## CONCLUSÃO

As PBBD são uma alternativa promissora no tratamento das EB.

*Correspondência:*

RITA ANDRADE

e-mail: ritaandrade03@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## “WITH HOPE” – RESULTADOS DOS PRIMEIROS 100 CASOS DE HOPE EM TRANSPLANTE HEPÁTICO

JÚLIO CONSTANTINO<sup>1,2,3</sup>, MARIA JOÃO AMARAL<sup>2,3</sup>, MARIANA DUQUE<sup>2,3</sup>, RICARDO MARTINS<sup>1,2,3</sup>, PEDRO OLIVEIRA<sup>1,2,3</sup>, JOÃO SIMÕES<sup>2,3</sup>, MARCO SERÔDIO<sup>2,3</sup>, HENRIQUE ALEXANDRINO<sup>2,3</sup>, LICÍNIA DIAS<sup>2</sup>, ANTÓNIO PINHO<sup>2</sup>, EMANUEL FURTADO<sup>1,2</sup>, JOSÉ GUILHERME TRALHÃO<sup>1,2,3</sup>, DULCE DIOGO<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Transplantação Hepática de Adultos, Departamento de Cirurgia e Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ULS Coimbra

<sup>2</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Departamento de Cirurgia e Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ULS Coimbra

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

### INTRODUÇÃO

O transplante hepático (TH) é o tratamento de eleição para várias patologias, incluindo a cirrose hepática e o carcinoma hepatocelular.<sup>1</sup> O aumento continuado de doentes em lista de espera para TH, sem que exista um aumento de órgãos disponíveis para todos, obriga à utilização de órgãos de qualidade inferior ao ideal, que possuem características que os levam a ter um desempenho menor, mais suscetíveis a complicações no pós-TH incluindo a perda do enxerto e/ou a morte do recetor.<sup>2,3</sup>

A habitual metodologia de preservação de órgãos revelou ser ineficaz para os enxertos marginais<sup>3,4</sup>, tendo surgido recentemente a perfusão mecânica hipotérmica oxigenada (HOPE), sugerindo redução de risco de lesão de isquémia-reperusão (IRI) e, consequentemente, reduzindo as complicações pós-TH.<sup>5,6</sup>

### MATERIAL E MÉTODOS

Entre agosto/2020 e julho/2023, a HOPE foi utilizada de forma eficaz em 100 casos. Analisamos

os dados do dador, enxerto e recetor, bem como dados do intra e pós-transplante imediato. Foi ainda analisado o desenvolvimento de estenoses não-anastomóticas (ENA), após exclusão de doentes com complicações arteriais e *biliary cast syndrome*.

### RESULTADOS

Durante o período em análise foram efetuados 201 TH no nosso centro, 173 em recetores adultos e 28 em recetores de idade pediátrica. Os 100 enxertos perfundidos com HOPE foram usados em 99 recetores, o que correspondeu a 57,8% de todos os transplantes de adultos. Dezoito TH foram de prioridade urgente e 1 foi com dador incompatível.

Os dadores estavam todos em morte cerebral. A idade mediana era de 72 anos (IQR 60.5-76.5) (18% com idade ≥80 anos), IMC mediano de 26.62 Kg/m<sup>2</sup> (IQR 24.30-29.07), e 20% apresentava o score de risco D-MELD ≥1600.

A maioria dos recetores era do sexo masculino (80%), com idade mediana de 62 anos (IQR 55-66), e MELD-Na mediano de 17 (IQR 11-24). Foram



transplantados por CHC em 44% dos casos, e 6% foram retransplantes.

O tempo de isquemia fria (TIF) mediano foi de 368 minutos (IQR 343.50-412.0), contudo 130 minutos (IQR 120.0-152.50) correspondem a oxigenação hipotérmica. Existiram 2 casos de síndrome pós-reperfusão e 1 caso de falência primária do enxerto.

Quanto às enzimas hepáticas, a mediana de pico AST foi 778.5 U/L (IQR 506.75-1606.0), pico ALT 657.5 U/L (IQR 386.75-1222.0), BT 1.5 mg/dL (IQR 0.9-3.0) e INR 1.12 (IQR 1.06-1.23).

Dezassete casos apresentaram disfunção precoce do enxerto, mas destes, nenhum teve perda do enxerto. Houve 59 casos de lesão de isquemia-reperfusão. A incidência de ENA foi de 6.98% (N=86). Na análise dos casos com > 6 meses de seguimento (N=65) a incidência foi de 7.69% (N=65) (atingia 16.9% no nosso Centro, previamente).

## DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, a lesão de isquemia-reperfusão é responsável por uma explosão inflamatória com impacto sistêmico e local, levando a disfunção orgânica no pós-transplante. A IRI está também implicada no desenvolvimento de fibrose biliar e estenoses não anastomóticas quando excluídas outras causas como as complicações arteriais ou *biliary cast syndrome*.<sup>7</sup>

## CONCLUSÃO

O uso de HOPE permite o aumento de utilização de enxertos marginais. Destaca-se a boa função do enxerto no pós-operatório imediato, particularmente relevante em recetores mais doentes. Além disso, diminuiu a taxa de ENA no nosso Centro.

## REFERÊNCIAS

1. European Association for The Study of the Liver. (2016). EASL clinical practice guidelines: liver transplantation. *Journal of hepatology*, 64(2), 433-485.
2. Terrault, N. A., Francoz, C., Berenguer, M., Charlton, M., & Heimbach, J. (2023). Liver Transplantation 2023: Status Report, Current and Future Challenges. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*.
3. Nemes, B., Gámán, G., Polak, W. G., Gelley, F., Hara, T., Ono, S., ... & Eguchi, S. (2016). Extended-criteria donors in liver transplantation Part II: reviewing the impact of extended-criteria donors on the complications and outcomes of liver transplantation. *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 10(7), 841-859.
4. Saidi, R. F., & Kenari, S. K. H. (2014). Liver ischemia/reperfusion injury: an overview. *Journal of Investigative Surgery*, 27(6), 366-379.
5. Schlegel, A., Muller, X., & Dutkowski, P. (2019). Machine perfusion strategies in liver transplantation. *Hepatobiliary surgery and nutrition*, 8(5), 490.
6. Handley, T. J., Arnow, K. D., & Melcher, M. L. (2023). Despite increasing costs, perfusion machines expand the donor pool of livers and could save lives. *Journal of Surgical Research*, 283, 42-51.
7. Op den Dries, S., Westerkamp, A. C., Karimian, N., Gouw, A. S., Bruinsma, B. G., Markmann, J. F., ... & Porte, R. J. (2014). Injury to peribiliary glands and vascular plexus before liver transplantation predicts formation of non-anastomotic biliary strictures. *Journal of Hepatology*, 60(6), 1172-1179.

### Correspondência:

JÚLIO CONSTANTINO

e-mail: julioconstantino@ulscioimbra.min-saude.pt

### Data de recepção do artigo:

14/03/2024

### Data de aceitação do artigo:

15/03/2024



## CIRURGIA ROBÓTICA COLORRETAL: EXPERIÊNCIA INICIAL

CAROLINA ROBALO<sup>1</sup>, ANA MUNHOZ<sup>1</sup>, BÁRBARA MARINHO<sup>1</sup>, JOÃO OLIVEIRA<sup>1</sup>, EZEQUIEL SILVA<sup>1,2,3</sup>, PEDRO BRANDÃO<sup>1,2,3</sup>, ANA CRISTINA SILVA<sup>1,2,3</sup>, MÓNICA SAMPAIO<sup>1,2,3</sup>, MARISA D. SANTOS<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cirurgia Digestiva e Extra-digestiva da Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA)

<sup>2</sup> Unidade de Cirurgia Colorretal da ULSSA

<sup>3</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP)

### INTRODUÇÃO

A laparoscopia revolucionou a cirurgia do cancro colorretal (CCR) ao minimizar a morbimortalidade e tempo de internamento, respeitando os princípios da cirurgia oncológica. A robótica propõe ultrapassar limitações da laparoscopia convencional, não só ao melhorar a instabilidade da câmara dependente do operador e a ergonomia, mas principalmente ao permitir a execução de gestos mais precisos e em locais anatomicamente menos acessíveis.

### OBJETIVOS

Os autores descrevem a experiência inicial em robótica de um Centro de Referência de Cirurgia Colorretal e ilustram certos passos cirúrgicos realizados.

### MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a robótica por CCR na nossa instituição ao longo de um período de 11 meses, de abril de 2023 a fevereiro de 2024. Descritos parâmetros antropométricos, clínicos e cirúrgicos e executada análise estatística com o SPSS v.27.

### RESULTADOS

Foi realizada cirurgia robótica por CCR em 50 doentes, 55% dos quais homens. A maioria dos doentes foi submetida a colectomia direita e de seguida, por ordem decrescente de frequência, a ressecção anterior do reto, colectomia esquerda, sigmoidectomia, amputação abdomino-perineal e proctectomia.

O tempo médio de cirurgia foi de 179,4 minutos, embora este valor incluía um *outlier* relativo a um procedimento com duração significativamente superior, que envolveu a conversão para laparoscopia exclusiva. As curvas de aprendizagem mostram uma tendência para o decréscimo do tempo operatório médio ao longo do tempo, bem como para o decréscimo do tempo de *docking*. Verificou-se uma média de 214,0 minutos de cirurgia na primeira metade de doentes e uma média de 163,6 minutos na segunda metade de doentes operados.

A histologia revelou malignidade na grande maioria dos doentes e, dos resultados histológicos disponíveis à data de realização do resumo, foram excisados em média 24 gânglios em linfadenectomia regional.

O tempo médio de internamento foi de 8,1 dias, com intercorrências em 14,3% (íleus, anemia com necessidade transfusional ou infeção da ferida operatória) e 1 caso de mortalidade por causa não



relacionada com a cirurgia. Não foram registradas re-intervenções cirúrgicas.

## DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que a robótica permite a realização de ressecções oncológicas adequadas e resultados satisfatórios de tempo de hospitalização e complicações. A curva de aprendizagem mostra

uma tendência para aproximação do tempo de cirurgia com o da laparoscopia convencional.

## CONCLUSÃO

A robótica é segura e reprodutível no CCR com morbi-mortalidade e resultados oncológicos não inferiores aos da laparoscopia convencional.

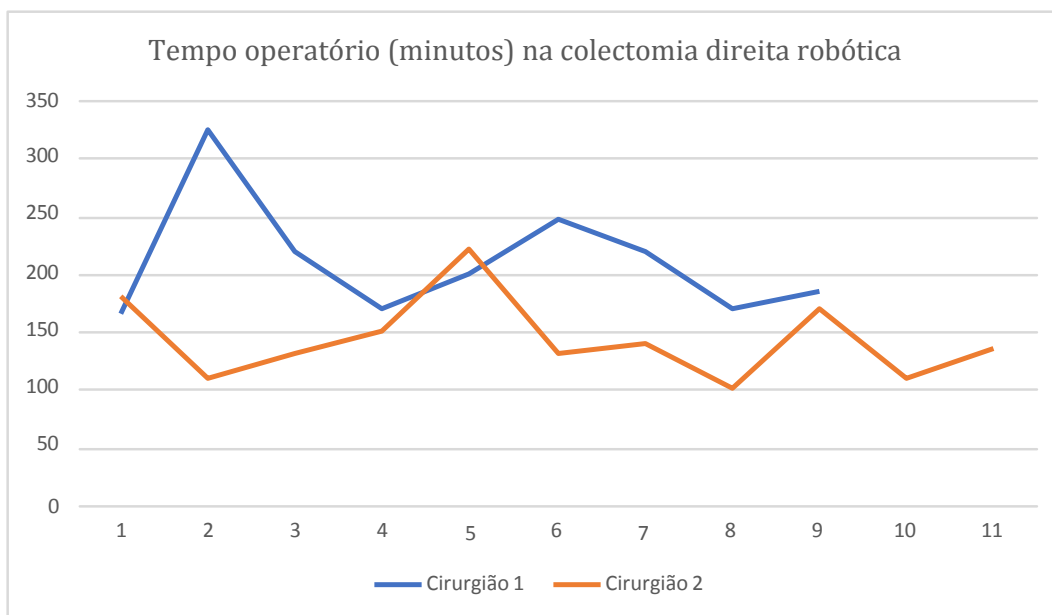


FIGURA 1 – Curva de aprendizagem representando o tempo operatório (minutos) na colectomia direita robótica ao longo do tempo, por Cirurgião.

*Correspondência:*  
CAROLINA ROBALO  
e-mail: robalocarolina@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*  
14/03/2024  
*Data de aceitação do artigo:*  
15/03/2024



## VALOR PROGNÓSTICO DOS SCORES BASEADOS EM MARCADORES INFLAMATÓRIOS NA MORBIMORTALIDADE CIRÚRGICA NA DOENÇA DE CROHN

JÉSSICA RODRIGUES<sup>1</sup>, MARIA JOÃO ALVES<sup>2</sup>, ISABEL MARQUES<sup>3</sup>, SANDRA F. MARTINS<sup>4,5,6</sup>

<sup>1</sup> General Surgery resident, Braga Hospital, Portugal

<sup>2</sup> School of Medicine, Minho University, Portugal

<sup>3</sup> General Surgery Assistant, Braga Hospital, Portugal

<sup>4</sup> General Surgery Senior Graduated Assistant; Coloproctology Unit, Braga Hospital, Portugal

<sup>5</sup> Life and Health Science Research Institute (ICVS), School of Medicine, Minho University, Braga, Portugal

<sup>6</sup> ICVS/3B's-PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Braga, Portugal

### INTRODUÇÃO

Os doentes com doença de Crohn (DC) apresentam maior incidência de morbimortalidade pós-operatória (PO). Apesar do sucesso crescente do tratamento médico e do inegável benefício da terapêutica biológica, 70% dos doentes serão submetidos a cirurgia abdominal ao longo da vida. O tratamento cirúrgico está reservado para as complicações da doença – supurativas, oclusão intestinal, doença perianal complexa – e está indicado na doença refratária ao tratamento médico, com probabilidade cumulativa de cirurgia abdominal de 50 a 60% após 20 anos de doença, podendo as complicações PO intra-abdominais atingir os 30%. Vários fatores têm sido implicados como fatores de risco para morbimortalidade PO, não estando os mesmos completamente identificados. Existem, ainda, poucos dados relativos ao papel dos Scores de Inflamação Sistémica (SIS) como preditores de morbimortalidade na DC.

### OBJETIVOS

Avaliar o valor prognóstico pré-operatório de SIS na morbimortalidade PO nos doentes com DC, num hospital central de Portugal.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo, observacional e analítico dos doentes submetidos a cirurgia de ressecção intestinal por DC num hospital central de Portugal, no período entre 1 de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2019. Foram incluídos 45 doentes, 27 (60,0%) do sexo masculino e 18 (40,0%) do sexo feminino, com idade média ao diagnóstico de 30,07 anos (DP=11,60). Foram recolhidos dados demográficos, clínicos, pré-operatórios e intraoperatórios. Os doentes foram divididos em dois grupos – com e sem morbimortalidade PO. De forma a identificar fatores de risco, foi realizada uma análise univariada e multivariada.



## RESULTADOS

Os SIS não se demonstraram preditores de morbimortalidade PO na DC. Apenas a presença de complicações penetrantes no período pré-operatório (OR=4,66; p=,035) e a realização de procedimentos cirúrgicos adicionais do tipo apendicectomia (OR=16,86, p=,019) foram comprovados como fatores de risco independentes.

## DISCUSSÃO

Neste estudo a morbimortalidade PO foi de 42%. A maioria das complicações foi ligeira (Graus I- II), segundo a classificação de Clavien-Dindo; as complicações major (III-V) foram encontradas em 11%. Relativamente ao objetivo principal do estudo, os SIS (NLR, CAR, PNI, PI, PLR e mGPS) não se

demonstraram preditores de morbimortalidade PO. Salienta-se que estes scores são baseados em marcadores inflamatórios e que a DC é uma doença inflamatória crónica com uma resposta imunitária alterada. Assim, os doentes com DC, comparativamente àqueles sem doença, tendem a ter parâmetros inflamatórios mais elevados e consequentemente scores alterados, podendo tal explicar em parte os resultados obtidos.

## CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que a presença de complicações penetrantes se associa a uma maior incidência de morbimortalidade PO na DC. Relativamente aos SIS como preditores de morbimortalidade PO, é necessário a realização de mais estudos para chegar a consenso relativamente à sua qualidade na DC.

*Correspondência:*

JÉSSICA RODRIGUES

e-mail: jessicaquinteirorodrigues@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## ANÁLISE COMPARATIVA DE CARCINOMAS COLORETAIS COM METASTIZAÇÃO HEPÁTICA DE DIFERENTES ORIGENS EMBRIONÁRIAS

CLÁUDIA FONSECA, SOFIA CARRELHA, RAQUEL MEGA, JOÃO SANTOS COELHO, HUGO PINTO MARQUES

Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

### INTRODUÇÃO

O cancro colorretal (CCR) é o segundo cancro mais comum no mundo. A doença metastática é a causa de morte mais importante, com o fígado a constituir o principal órgão de metastização à distância, presente em 15 a 25% ao diagnóstico inaugural.

Durante o desenvolvimento embrionário, o tubo digestivo divide-se em 3 partes: *foregut*, *midgut* e *hindgut*. O *midgut* dará origem ao cólon direito, a par do intestino delgado e duodeno; o *hindgut* evolui colon esquerdo e reto.

Evidência crescente tem demonstrado que os tumores destas localizações apresentam comportamento e agressividade diferentes, em relação com a sua origem embrionária distinta.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma análise retrospectiva de uma base de dados de doentes com metastização hepática (MH) de CCR tratados no nosso centro entre 2004 e 2022.

Foram incluídos 1161 doentes, com uma mediana de idades de 64 anos (16-88), dos quais 709 (61,1%) eram do sexo masculino, e divididos em dois grupos de acordo com a localização do tumor primário. No grupo 1 foram incluídos os doentes com tumores primários do cólon direito (PCD), com origem no *midgut*. No grupo 2 foram incluídos os doentes com tumores primários do colon esquerdo, sigmoide e reto – *hindgut* – (PCE).

Os *outcomes* avaliados foram: metastização síncrona, metastização bilateral, número de metástases hepáticas, dimensão da maior metástase a sobrevida global aos 5 anos.

### OBJETIVO

Comparação da agressividade dos CCR com origens embrionárias distintas.

### RESULTADOS

Em 344 doentes (29,7%), o tumor primário localizava-se no colon direito e em 817 (71,3%) no



colon esquerdo. A média de idades nos doentes com PCD foi de 64.7 e com PCE 62,1. Nos doentes do grupo PCD, 181 (52.6%) apresentavam MH síncrona ao diagnóstico e 169 (49,1%) metástases em ambos os lobos hepáticos, número este semelhante ao grupo PCE. Não houve diferenças no número de metástases (PCD: 2.7; PCE: 3) ou tamanho da maior lesão (PCD:17.8 cm; PCE: 19cm). A sobrevivência global aos 5 anos foi de 50.4% nos doentes no grupo PCD e 61.2% no grupo PCE (p=0.57).

## DISCUSSÃO

Não foi possível demonstrar com clareza características de maior agressividade nos doentes com metastização hepática de PCD em relação com a sua origem embrionária. Verificou-se apenas um impacto na sobrevivência, sem significado estatístico.

Seria interessante incluir o estudo da evolução da doença hepática metastática após a primeira abordagem cirúrgica, e a necessidade de uma nova intervenção.

## CONCLUSÃO

Atualmente tem sido assistido a uma evolução crescente da terapêutica multimodal, quer cirúrgica, sistémica ou loco-regional do tratamento dos CCR, conduzido a uma melhoria da sobrevivência.

A compreensão do comportamento dos tumores do colon direito e do colon esquerdo, com base na sua origem embriológica, pode ter implicabilidade no *follow up* e no prognóstico, na medida em que estes podem ser adaptados à agressividade e resposta ao tratamento esperadas, quer a nível de doença local quer metastática.

*Correspondência:*

CLÁUDIA FONSECA

e-mail: claudia.sof.fonseca@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## RESPOSTA LOCORREGIONAL DO PROTOCOLO *TOTALLY NEOADJUVANT TREATMENT* VS ESQUEMA CLÁSSICO NO TRATAMENTO DO CANCRO DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO

BEATRIZ COSTEIRA, FILIPA FONSECA, ANDRÉ CAIADO, DANIELA CAVADAS, JOÃO MACIEL, NUNO ABECASIS, MANUEL LIMBERT

Instituto Português de Oncologia de Lisboa – IPO, Lisboa

### INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo comparar a resposta locorregional no cancro do reto entre o protocolo TNT (*totally neoadjuvant treatment*) e o esquema clássico de (quimio)radioterapia.

### MÉTODOS

Análise unicêntrica, retrospectiva de base de dados prospetiva dos doentes com adenocarcinoma do reto submetidos a terapêutica neoadjuvante entre janeiro de 2017 e julho de 2023. O *outcome* primário foi resposta completa global – clínica, se em protocolo *watch and wait* (WW), ou patológica, se operado.

### RESULTADOS

No período descrito, foram tratados 342 doentes com esquemas neoadjuvantes por adenocarcinoma

do reto, 60% do sexo masculino e com idade mediana de 67 [58-74] anos. O limite inferior do tumor localizava-se no reto baixo em 171 (50%) doentes, médio em 140 (41%), e alto em 31 (9%). O esquema TNT foi aplicado em 39 (11.4%) doentes. A taxa de resposta completa global no esquema clássico foi 25.1% (76/303) e 38.5% (15/39) no TNT. No reto baixo, foi iniciado protocolo WW em 23% (35/150) dos doentes no esquema clássico e em 47.6% (10/21) no TNT. Nesta série, o TNT associou-se a maior taxa de WW (p 0.014) mas não a maior resposta completa global (p 0.076). Não se encontraram diferenças entre os dois esquemas na qualidade da cirurgia (mesorecto completo ou quase completo no esquema clássico vs TNT de 85% vs 93%, p>0.05); radicalidade da cirurgia (cirurgia R0 no esquema clássico vs TNT de 90% vs 97%, p>0.05) ou complicações pós-operatórias (Clavien-Dindo ≥ IIIb no esquema clássico vs TNT 10% vs 13%, p>0.05).



## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Nesta avaliação inicial, o esquema TNT parece permitir a entrada em WW de um maior número

de doentes com tumores do reto baixo e poderá associar-se a maior resposta completa global, sendo necessário um maior tempo de seguimento para obter resultados definitivos.

*Correspondência:*

NUNO ABECASIS

e-mail: nunoabecasis@sapo.pt

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## IMPACT OF COLORECTAL CANCER SIDEDNESS ON OUTCOMES AND BIOLOGICAL BEHAVIOR OF PATIENTS TREATED WITH CYTOREDUCTIVE SURGERY AND HIPEC

MARIA JOÃO MADEIRA-CARDOSO, MARIANA MARQUES, PAULA PINTO, CATARINA BAÍA, ALEXANDRE SOUSA DÂNIA MARQUES FERNANDA SOUSA, MANUEL FERNANDES, JOAQUIM ABREU

Instituto Português de Oncologia do Porto

### INTRODUCTION

Tumor sidedness has been well established as a prognostic factor in patients with colon cancer regarding molecular profile, risk of progression, impact on overall survival (OS) and efficacy of systemic therapies. We sought to explore how do these factors influence prognosis once peritoneal carcinomatosis (CRCc) has occurred and patients are treated with cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (CRS+HIPEC).

### OBJECTIVES

Establish oncologic outcomes and factors associated with tumor sidedness (right/left v. sigmoid/rectal) in patients with CRCc treated with CRS+HIPEC.

### MATERIALS AND METHODS

Single center retrospective analysis of patients with CRCc consecutively treated with CRS+HIPEC with curative intent between 2012 – 2022. Survival

was analyzed by Kaplan-Meier method and results compared with systemic therapy only benchmark results.

### RESULTS

Of 104 patients, 77 were included in the study. In 60% of the patients the primary tumor was located on the right- left colon. Median OS was 56 months, 5-year OS of 40% for the entire cohort. Right-left tumors ( $p=0.03$ ), more advanced T stage ( $p=0.42$ ), higher peritoneal index (PCI) ( $p=0.001$ ) cytoreduction score 1(CC) ( $p=0.001$ ) and early recurrence ( $p=0.001$ ) resulted in worst outcomes while sigmoid-rectal primaries had better 5-year OS (61%) and the presence of RAS /BRAF mutations conferred better outcomes (0.048). Whether carcinomatosis was synchronous or metachronous had no impact on survival. In sigmoid/rectal cancer cohort only PSI ( $p=0.001$ ) and CC ( $p=0.002$ ) had prognostic significance while in right/left primaries PSI ( $p=0.008$ ), CC ( $p=0.001$ ), early recurrence ( $p=0.016$ ) and presence of RAS /BRAF mutations (0.048) had prognostic impact.



## DISCUSSION/CONCLUSION

In our study, classic prognostic factors such as PCI and CC score are the main prognostic drivers in patients with CRCc treated with CRS+HIPEC. In sigmoid-rectal primaries, early recurrence was not associated with worse prognosis, suggesting recurrence in this setting is more easily managed and these patients are still rescuable. On the other

hand, early recurrence seems to significantly impact survival in patients with right-left sided primaries. Interestingly, in this subgroup the presence of BRAF/ RAS mutations conferred a better prognosis. Although this unexpected finding requires validation from larger cohorts, our results suggest that the presence of these mutations should not deter aggressive surgical therapy of CRCc.

*Correspondência:*

MARIA JOÃO MADEIRA CARDOSO  
e-mail: mariajoao.madeiracardoso@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON ESQUERDO

ANA PESSOA, FILIPA PINHÃO VILELA, MARTA COSTA, BEATRIZ COSTA,  
JOSÉ GUILHERME TRALHÃO

Serviço de Cirurgia da Unidade Local de Saúde de Coimbra

A Doença Diverticular (DD) do cólon é uma entidade clínica muito prevalente, com elevado impacto clínico e económico. O papel do tratamento cirúrgico suscita ainda alguma controvérsia e a avaliação da Qualidade de Vida (QV) pode contribuir para a decisão operatória.

Este estudo tem como objetivo avaliar e comparar a QV em doentes com DD do cólon esquerdo submetidos ou não a ressecção cirúrgica eletiva, analisando o impacto do tratamento cirúrgico definitivo.

Foram estudados 56 doentes com DD do cólon esquerdo após episódio de Diverticulite Aguda, entre os 35 e os 84 anos, submetidos a ressecção cirúrgica eletiva (Op; n=21), em lista de espera para intervenção (CPOp; n=15) e acompanhados em consulta externa no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (SPOp; n=20); assim como um grupo de 46 indivíduos controlo. A avaliação da QV, nas suas vertentes física, psicológica, emocional e social, foi realizada com os questionários DV-QoL e SF-36 no grupo de doentes, e com o questionário SF-36 no grupo de controlo, procedendo-se a uma análise comparativa destes aspetos, entre os mesmos. Os doentes operados foram questionados relativamente ao seu grau de satisfação com o procedimento cirúrgico.

Considerando o grupo de doentes, o grupo Op revelou melhor QV em ambos os questionários. Existiram diferenças estatisticamente significativas no domínio das Emoções ( $p=0,019$ ), particularmente no grau de Ansiedade ( $p=0,035$ ), entre os grupos Op e CPOp. Este último demonstrou repercussão negativa na ingestão alimentar e maior preocupação relativamente à eventual agudização e agravamento da sua doença. Os doentes com DD do cólon esquerdo ( $n=56$ ) apresentaram uma pior pontuação com diferença estatisticamente significativa nos domínios Dor Corporal, Desempenho Físico, Saúde Mental e Saúde Geral. Os doentes operados demonstraram os melhores resultados em Mudança de Saúde, com diferença estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ). Demonstrou-se haver relação entre o grupo ao qual o doente pertence e o desenvolvimento de dor abdominal [ $\chi^2(2) = 8,682$ ;  $p<0,05$ ], sendo que esta se distribui essencialmente pelas áreas 8 e 9. Os questionários demonstraram uma correlação negativa e moderada entre as pontuações totais obtidas ( $\rho=-0,554$ ;  $p<0,001$ ).

A QV dos doentes com DD do cólon esquerdo revelou ser melhor após colectomia eletiva, embora estes doentes apresentem piores resultados



comparativamente com indivíduos saudáveis. Recomenda-se a utilização dos questionários DV-QoL e SF-36 aquando da decisão de propor

um doente para sigmoidectomia eletiva por DD do cólon esquerdo. Sugere-se a continuação deste estudo, tornando-o multicêntrico.

*Correspondência:*  
JOSÉ GUILHERME TRALHÃO  
e-mail: jglrt@hotmail.com

*Data de recepção do artigo:*  
14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*  
15/03/2024





## NEOPLASIAS DO APÊNDICE ILEOCECAL: UMA CASUÍSTICA DE 14 ANOS

DANIELA MARTINS, DANIEL MARTINS, ANA RITA FERREIRA, TATIANA QUEIRÓS,  
CARMEN CARVALHO, JOÃO CARDOSO, LURDES GANDRA, MANUEL OLIVEIRA

Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho (ULSGE)

### INTRODUÇÃO

As neoplasias do apêndice (NA) são raras, habitualmente apresentando-se de forma indistinguível de uma apendicite aguda. A incidência estimada é de cerca de 1 em 100.000 habitantes, com a idade média de diagnóstico entre os 50-55 anos, sendo o tumor neuroendócrino (TNE) o tipo histológico mais frequente.

### OBJETIVOS

Revisão dos casos de NA tratados na nossa instituição, caracterizando-os quanto à epidemiologia, histologia, tratamento e prognóstico.

### MÉTODOS

Análise dos processos de todos os doentes submetidos a apendicectomia entre 2008 e 2022, incluindo-se aqueles com diagnóstico de NA.

### RESULTADOS

No período do estudo realizaram-se 2101 apendicectomias. Destas, 42 doentes apresentavam

NA, o que corresponde a uma incidência de 1.14%. A maioria era do sexo feminino (57.1%, n=24), com uma média de idades de 56,6 anos. Em 57,1% (n=24) o diagnóstico foi incidental após apendicectomia de urgência.

O tipo histológico mais comum foi o TNE (42.9%, n=18) seguido do adenocarcinoma (ADC) (26.2%, n=11), neoplasia mucinosa de baixo grau (LAMN) (23.8%, n=10), carcinoma misto adenoendócrino (4.8%, n=2) e linfoma MALT (2.4%, n=1). Detetaram-se tumores síncronos em 28.6% dos casos.

Doentes com TNE apresentaram uma média de idade inferior (45 anos) comparativamente com os restantes grupos (p=0,11). A maioria dos ADC (63.5%) e LAMNs (60%) apresentou um estadió avançado (III e IV) ao diagnóstico, ao contrário dos TNE em que o estadió inicial (I e II) foi mais prevalente (83.3%)(p=0.01).

Na maioria das vezes, a resseção foi completa (R0 85.7%, R1 11.9% e R2 2.3%). Em 33.3% dos casos (N=14) a cirurgia index não foi curativa, tendo sido necessária uma segunda intervenção. A taxa de recidiva foi de 9.52% (N=4), tendo-se verificado 3 casos de carcinomatose peritoneal e 1 de metastização hepática, a maioria em doentes com ADC.

O tempo médio de follow-up foi de 66,9 meses. A taxa de sobrevida global foi significativamente



inferior para os doentes com ADC (45.5%) em comparação com os TNE (88.9%) e LAMNs (100%) ( $p=0.006$ ).

## DISCUSSÃO

Tradicionalmente, as NA eram diagnosticadas após a realização de apendicectomias de urgência por apendicite aguda. Atualmente, com a maior generalização da realização de exames auxiliares de diagnóstico, o diagnóstico pré-operatório já é mais frequente, tendo sido possível em quase metade dos casos no nosso estudo. Clínica e imagiologicamente é difícil, na maioria das vezes até impossível, distinguir as NA da apendicite aguda e, dentro das NA, os diferentes tipos histológicos, o que explica que o primeiro tratamento seja algumas vezes insuficiente para se obter a cura. A análise da peça cirúrgica e o estadiamento correto são fundamentais

na definição da estratégia terapêutica, bem como a realização de colonoscopia total pela possibilidade de lesões síncronas. Os TNE são o subtipo mais frequente, estando associado a idades de diagnóstico mais precoces e a melhores taxas de sobrevida. Os ADCs apresentam-se normalmente em estádios mais avançados, estando geralmente associados a piores taxas de sobrevida, dados corroborados pelo nosso estudo.

## CONCLUSÃO

As NA embora raras são complexas e com uma abordagem diagnóstica e terapêutica diferenciadora em função do tipo histológico e estadiamento. É por isso fundamental o seu reconhecimento e a discussão de todos estes casos em equipas multidisciplinares de patologia oncológica colorretal.

*Correspondência:*

DANIELA MARTINS

e-mail: daniee.m@hotmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## CANCRO DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO SUBMETIDO A QUIMIORRADIOTERAPIA NEOADJUVANTE SEGUIDA DE CIRURGIA: OS RESULTADOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

CAROLINA COUTINHO<sup>1</sup>, SARA CASTANHEIRA RODRIGUES<sup>1</sup>, ANA FARELEIRA<sup>1</sup>,  
ALEXANDRE DUARTE<sup>1</sup>, ELISABETE BARBOSA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

### INTRODUÇÃO

O *gold-standard* do tratamento do cancro do reto localmente avançado (CRLA) consiste em quimiorradioterapia neoadjuvante (QRTNA) seguida de cirurgia de ressecção radical e eventual quimioterapia adjuvante. A associação entre estadiamento, resposta patológica completa (RPC), sobrevivência global (SG) e o potencial valor preditivo de biomarcadores tem sido estudado, com objetivo de melhorar a morbimortalidade destes doentes.

### OBJETIVOS

Analisar e avaliar, na nossa série, a relação entre estadiamento e sobrevivência global, assim como a sua relação com biomarcadores e o seu eventual potencial valor preditivo.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão retrospectiva dos doentes com CRLA submetidos a QRTNA seguida de cirurgia radical no nosso centro entre 2018-2022. Foi usado o software

SPSS28.0 e  $p < 0.05$  foi considerado estatisticamente significativo.

### RESULTADOS

Foram incluídos 97 doentes, a maioria ( $n=55$ ; 56,7%) do sexo masculino, com média de idades ao diagnóstico de 62 anos. Todos realizaram QRTNA, seguida de cirurgia de ressecção radical. A SG foi de 789 dias e 18,6% tiveram RPC. A maioria eram adenocarcinomas ( $n=95$ ; 97,9%) e correspondiam a um estadio clínico T3, apresentando todos gânglios positivos (N+). Após exame anatomopatológico da peça cirúrgica, foi estabelecido o estadiamento patológico, sendo mais de metade (77,3%) um estadio  $T \geq 2$ . O estadio clínico não apresentou correlação estatisticamente significativa com a SG. Na nossa série, o estadio pT2 associou-se a uma SG superior (1030 dias,  $p=0.017$ ) e o estadio pT4 com menor SG (429,4 dias,  $p=0.02$ ). Quanto ao estadiamento pré e pós-QRTNA, a ocorrência de *downstaging* do tumor demonstrou estar associado a uma SG superior (887 dias,  $p=0.085$ ). Os doentes nos quais se verificou concordância entre os estadios clínico e patológico apresentaram uma menor SG (625 dias,



p=0.035) comparativamente com os que se verificou discordância entre os estadios. Relativamente aos biomarcadores, CEA e CA19-9 foram medidos pré-QRTNA e após completar neoadjuvância, tendo sido estabelecidos valores de cutoff “alto”/“baixo”. Valores médios e variação pré/pós-QRTNA foram calculados. Os doentes com RPC tiveram valores médios pré-QRTNA de CEA e CA19-9 mais baixos (6,3vs.16,4ng/mL,7,8vs.148,7ng/mL,respetivamente; p<0.001). Valores altos de CA19-9 pré e respetiva subida pós-QRTNA foram associados a <SG (p<0.05). Pós-QRTNA, os valores médios não diferiram entre grupos, sem correlação com RPC.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Os nossos resultados vão ao encontro aos publicados em múltiplas series a nível internacional.

A compreensão da correlação entre estadiamento do tumor e SG nos doentes com CRLA afigura-se fundamental no planeamento da estratégia de abordagem podendo ter um papel importante na previsão de sucesso terapêutico e sobrevivência. Neste sentido, uma maior acuidade no estadiamento e, com base nele, o estabelecimento de preditores de sucesso terapêutico com base no entendimento do comportamento biológico do tumor, estadio ao diagnóstico e respetiva evolução pós-QRTNA e resposta à terapêutica neoadjuvante permitirá uma melhoria substancial no tratamento e sobrevivência dos doentes com CRLA. Os biomarcadores têm potencial valor preditivo oncológico, ainda com resultados inconsistentes. A previsão de quais os doentes que poderão atingir RPC pode alterar a estratégia de tratamento. Validação e estandardização adicionais são necessárias para fortalecer o papel dos biomarcadores.

*Correspondência:*

CAROLINA COUTINHO

e-mail: carolinaivbscoutinho@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DO ENCERRAMENTO DE ILEOSTOMIAS EM DOENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA COLO-RETAL. CINCO ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

LETÍCIA HEEREN, RICARDO ROCHA, JOANA FRAZÃO, MARGARIDA PASCOAL, PAULO MIRA

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

### INTRODUÇÃO

Na cirurgia do reto, especialmente com anastomoses baixas, as ileostomias de proteção são amplamente recomendadas pela sua eficácia na redução das complicações pós-operatórias, nomeadamente do *leak* anastomótico. No entanto, a presença de um estoma pode ter um impacto francamente negativo ao nível físico, emocional e social do doente. Neste sentido, a cirurgia de encerramento da ileostomia desempenha um papel crucial no ganho de qualidade de vida destes doentes. Apesar de se tratar de uma cirurgia comum e geralmente bem-sucedida, esta pode cursar com complicações no pós-operatório.

### OBJETIVOS

Avaliar as complicações pós-operatórias de encerramento de ileostomias, como o ileus pós-operatório, a deiscência da anastomose e a infeção da ferida operatória, correlacionando-as com o tipo de anastomose utilizada e o tipo de encerramento da ferida operatória.

### MÉTODOS

Foi realizada uma análise retrospectiva de cinco anos, entre 2018-2022. Neste período, foram operados 285 doentes na nossa instituição, dos quais foram excluídos os que não realizaram ileostomia de proteção, os cuja ileostomia ainda não tinha sido encerrada à data de análise e os que não tinham informação clínica completa. A amostra final foi composta por 77 doentes.

Foram colhidos dados demográficos e clínicos tais como o sexo, idade, neoadjuvância, tipo de cirurgia realizada (RAR EPM, RAR ETM, TATME e se cirurgia laparoscópica), tipo de anastomose (manual termino-terminal, isolperistáltica ou mecânica latero-lateral, anisoperistáltica) e o tipo de encerramento da ferida operatória (primário com pontos separados de sutura não absorvível ou em bolsa de tabaco com sutura contínua não absorvível).

### RESULTADOS

Dos doentes estudados (67% homens, 33% mulheres), o tipo de cirurgia prévia mais frequente



foi a RAR ETM 51%, seguido de TATME 37%. A cirurgia foi laparoscópica em 43% dos casos e a maior parte dos doentes realizou neoadjuvância (62%). O tipo de anastomose utilizada no encerramento da ileostomia foi manual em 56% dos doentes e mecânica em 44%. O encerramento da ferida operatória foi primário em 79% e em bolsa de tabaco em 21%. A taxa de ileus pós-operatório foi de 16%, a de deiscência da anastomose de 3%, e a de infecção da ferida operatória de 5%.

Não houve diferenças estatisticamente significativas da taxa de deiscência da anastomose (4% vs 3%,  $p=0,7$ ) e na taxa de ileus pós-operatório (20% vs 8%,  $p=0,14$ ) entre a anastomose manual e mecânica respectivamente, assim como não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de infecção da ferida operatória conforme o tipo de encerramento da pele (3% no encerramento primário vs 18,75% na bolsa tabaco,  $p=0,074$ ).

## DISCUSSÃO

As complicações pós-operatórias foram relativamente baixas, com uma taxa de ileus pós-operatório de 16%, deiscência da anastomose em 3% e infecção

da ferida operatória em 5% dos pacientes. Não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de deiscência da anastomose e ileus pós-operatório entre os grupos submetidos a diferentes anastomoses, sugerindo que tanto o encerramento manual, quanto o mecânico são igualmente eficazes. No que diz respeito ao tipo de encerramento da ferida operatória, apesar da diferença não ser estatisticamente significativa, parece existir uma tendência para maior taxa de infecção da ferida quando é utilizada a bolsa de tabaco.

Estes achados indicam que a escolha entre métodos de encerramento da ileostomia pode depender mais da preferência cirúrgica e da anatomia específica do paciente do que de diferenças na ocorrência de complicações pós-operatórias.

## CONCLUSÕES

Este estudo reflete as baixas taxas de complicações da cirurgia de encerramento de ileostomia, sendo que o encerramento manual e mecânico da ileostomia, assim como o encerramento da pele primariamente ou em bolsa de tabaco são opções seguras e eficazes, ficando ao critério do cirurgião a sua escolha.

*Correspondência:*

LETÍCIA HEEREN

e-mail: leticiaheeren@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## CIRURGIA APÓS EXCISÃO ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS MALIGNOS DO CÓLON: A SOLUÇÃO OU MAIS UM PROBLEMA?

MARIANA MARQUES, LUÍS LENCASTRE, MARIANA PEYROTEO, MARIA JOÃO MADEIRA CARDOSO, PAULA FERREIRA PINTO, JOSÉ CARLOS PEREIRA, FLÁVIO VIDEIRA, JOAQUIM ABREU DE SOUSA

Serviço de Oncologia Cirúrgica do Instituto Português de Oncologia do Porto

### INTRODUÇÃO

A abordagem dos pólipos malignos cólicos após excisão endoscópica mantém-se controversa. A cirurgia oncológica está recomendada após excisão incompleta e/ou na presença de fatores de risco reconhecidos.

### OBJETIVOS

O objetivo consistiu na avaliação dos resultados a curto e longo prazo da cirurgia pós excisão endoscópica de pólipos malignos do cólon.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foram investigados retrospectivamente os dados clínico-patológicos dos doentes com diagnóstico de pólipo maligno cólico após excisão endoscópica, submetidos posteriormente a cirurgia oncológica, cuja histologia revelou  $pT \leq 2$ , tratados na Instituição, entre janeiro 2015 e dezembro 2017. Doentes com antecedentes de cancro colorretal prévio ou síndromes familiares foram excluídos.

### RESULTADOS

Foram incluídos 73 doentes. 2 realizaram polipectomia de 2 pólipos malignos no mesmo tempo. Dados adicionais encontram-se na tabela 1.

Das 75 peças de excisão endoscópica, a maioria estava localizada no cólon sigmoide (87%) e uma maioria (71%) apresentava, também, mais do que um fator de risco, nomeadamente, invasão profunda da submucosa ( $>1000 \mu\text{m}$ ), *budding* tumoral, grau histológico 2 ou 3, invasão linfática, venosa ou perineural.

Em 27 (36%) das peças de resseção endoscópica, as margens revelaram-se R1, R2 ou não avaliáveis. Das 48 restantes (R0), 14 apresentavam um único fator de mau prognóstico, das quais, 9, invasão profunda da submucosa; 3, grau 2 histológico; 1, invasão linfática; e 1, invasão vascular venosa.

Destes 14 doentes, nenhum apresentou doença residual na peça cirúrgica (local ou ganglionar) e nenhum apresentou recidiva da doença.

Das 73 peças cirúrgicas, 9 (12,3%), revelaram doença residual: 2 (2,7%), doença local no cólon, sendo que ambos tinham margens não avaliáveis pós resseção endoscópica; e 7 (9,6%), doença ganglionar. Todos os doentes  $pN+$  apresentavam  $\geq 1$  fator de risco ou margens insuficientes na peça de polipectomia. Foi registada morbilidade *major*



TABELA 1 – Dados clínico-patológicos, tratamento endoscópico, tratamento cirúrgico e follow-up dos doentes submetidos a cirurgia oncológica após excisão endoscópica de pólipos malignos cólicos.

|  |            |
|--|------------|
| <b>Características clínicas (n=73)</b>   |            |
| Sexo Masculino   | 42 (57.5%) |
| Idade ao diagnóstico – mediana, anos   | 62 (30-84) |
| <b>Características histológicas do pólipo após tratamento endoscópico (n=75)</b> |            |
| Localização  |            |
| Cólon direito  | 6 (8%)     |
| Cólon descendente  | 4 (5.3%)   |
| Cólon sigmóide   | 65 (86.7%) |
| Tratamento endoscópico   |            |
| Polipectomia   | 45 (60%)   |
| Mucosectomia   | 29 (38.7%) |
| Disseção endoscópica da submucosa  | 1 (1.3%)   |
| Tamanho do pólipo – mediana, mm  | 15 (6-40)  |
| Pólipo séssil  | 39 (52%)   |
| Pólipo pediculado  | 36 (48%)   |
| Invasão da submucosa   | 66 (88%)   |
| Invasão da submucosa > 1000 µm   | 49 (65.3%) |
| Invasão linfática  | 10 (13.3%) |
| Invasão vascular   | 9 (12%)    |
| Invasão perineural   | 2 (2.7%)   |
| Budding tumoral  | 4 (5.3%)   |
| Resseção R0  | 48 (64%)   |
| Resseção R1/R2/Margens não avaliáveis  | 27 (36%)   |
| <b>Cirurgia (n=73)</b>   |            |
| Tatuagem endoscópica pré-operatória pT   | 67 (91.8%) |
| Tumor residual   | 2 (2.7%)   |
| Identificada apenas cicatriz de polipectomia                                     | 66 (90.4%) |
| Não identificada cicatriz nem tumor pN   | 5 (6.8%)   |
| pN0  | 66 (90.4%) |
| pN1a   | 4 (5.5%)   |
| pN1b   | 3 (4.1%)   |
| Morbilidade  |            |
| CTCAE 0  | 61 (83.6%) |
| CTCAE 1  | 0          |
| CTCAE 2  | 4 (5.5%)   |
| CTCAE 3  | 4 (5.5%)   |
| CTCAE 4  | 4 (5.5%)   |
| CTCAE 5  | 0          |
| Número de dias de internamento – mediana, dias                                   | 8 (4-27)   |
| Estadiamento patológico  |            |
| Estadio 0  | 1 (1.4%)   |
| Estadio I  | 65 (89%)   |
| Estadio IIIa   | 7 (9.6%)   |
| <b>Tratamento adjuvante (n=73)</b>   |            |
| Nenhum   | 67 (91.8%) |
| Quimioterapia  | 6 (8.2%)   |
| <b>Recidiva (n=2)</b>  |            |
| Tempo de follow-up – mediana, meses  | 67 (6-101) |
| Distância  | 2 (2.7%)   |
| Pulmonar   | 1          |
| Hepática   | 1          |

CTCAE: Common Terminology Criteria for Adverse Events (versão 5.0)

(CTCAE 3 ou 4) em 8 (11%) doentes. Não foram registados casos de mortalidade.

2 doentes apresentaram recidiva sistémica (*follow-up* mediano de 67 meses); sendo 1 deles, pN+; e o outro, pN0, com um único fator de risco – grau 2 histológico.

## DISCUSSÃO

Os pólipos malignos pós resseção endoscópica constituem cerca 40-60% dos doentes com cancro colorretal em estadio I, demonstrando a sua importante prevalência.

Nos nossos achados, 12% apresentaram doença na peça cirúrgica pós excisão endoscópica, o que se encontra de acordo com a literatura.

Para além disso, dos doentes que apresentavam apenas 1 fator de risco (a maioria apenas com invasão profunda da submucosa), nenhum recidivou, achado também concordante com a literatura mais recente, que confere um risco de 2.6% de doença ganglionar na peça cirúrgica, quando a invasão > 1000 µm é o único fator de risco.

## CONCLUSÃO

A baixa taxa de doença na peça cirúrgica pós excisão endoscópica, particularmente nos doentes com um único fator de risco, sugere que há margem para maior refinamento na indicação para cirurgia radical após excisão endoscópica de pólipos malignos.

*Correspondência:*

MARIANA MARQUES

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

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## PRESSURIZED INTRAPERITONEAL AEROSOL CHEMOTHERAPY (PIPAC) IN PATIENTS WITH UNRESECTABLE PERITONEAL METASTASIS (PM): RESULTS OF A SINGLE-CENTER EXPERIENCE

MARISA ARAL<sup>1,2</sup>, JOSÉ PEDRO SOUSA<sup>1,2</sup>, TIAGO BOUÇA-MACHADO<sup>1,2</sup>, FREDERICA GONÇALVES<sup>1,2</sup>, SARA MEIRELES<sup>2,3</sup>, NUNO TAVARES<sup>2,3</sup>, ANDREIA COSTA<sup>2,3</sup>, BÁRBARA VIAMONTE<sup>4</sup>, JOANNE LOPES<sup>2,5</sup>, ELISABETE BARBOSA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> General Surgery Department. Centro Hospitalar Universitário de São João. Porto. Portugal

<sup>2</sup> Medical School, University of Porto

<sup>3</sup> Department of Medical Oncology. Centro Hospitalar Universitário de São João. Porto. Portugal

<sup>4</sup> Department of Radiology. Centro Hospitalar Universitário de São João. Porto. Portugal

<sup>5</sup> Department of Pathology, Centro Hospitalar Universitário de São João. Porto. Portugal

### BACKGROUND

Pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy (PIPAC) is a new intraabdominal technique to approach unresectable peritoneal carcinomatosis (PC) and can be performed alone or alternated with systemic chemotherapy. The aim of this study was to evaluate the initial experience of PIPAC in an expert hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) Portuguese centre.

### METHODS

A retrospective analysis of a prospective PIPAC database was carried between June 2022 and October 2023 at a tertiary public hospital. Primary tumor, ascites volume, PCI, chemotherapy regimen, pathological response, morbidity, length of hospital stay and mortality were recorded for analysis.

### RESULTS

Between June 2022 and October 2023, 40 PIPAC procedures in 20 consecutive patients with Eastern Cooperative Oncology Group performance status  $\leq 2$  were performed. Fifteen patients (75%) were male and median age at first PIPAC was 64,5 years. Twelve patient (60%) had gastric primary tumor, the median Peritoneal Cancer Index (PCI) was 13; 8 patients (40%) had at least three PIPAC procedures, and the mean PIPAC number was 2. Major complications according to the Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE; 3 and 4) occurred in two (5%) procedures, and, according to the Clavien–Dindo classification ( $>3a$ ), two severe complication occurred. There were two reoperations and one death within 30 days (disease progression). Median overall survival (mOS) from diagnosis was 12 months (range 1–41), and mOS from first PIPAC was 4 months (range 0–16). Excluding cases with very heavy metastatic peritoneal burden, with PCI from 2 to 26, treated



with more than one PIPAC, mOS from diagnosis was 17,5 months (range 4-41). Response evaluation used Peritoneal Regression Grading Score (PRGS) in six PIPAC and the mean PRGS was 1,67 (or median 2,00 range 1-2). One patient underwent curative intent surgery after a bidirectional approach and an R0 was achieved.

## CONCLUSIONS

PIPAC seems to be a feasible and safe procedure to treat peritoneal carcinomatosis, with low morbidity and short hospital stay. It can be performed in patients with peritoneal carcinomatosis initially not eligible for surgery to reduce tumor invasion or for palliation to reduce symptoms, in particularly ascites. Contraindications are bowel obstruction and multiple intraabdominal adhesions.

*Correspondência:*

MARISA ARAL

e-mail: marisammaral@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS TUMORES COLORRETAIS ABORDADOS CIRURGICAMENTE

BEATRIZ SILVA MENDES, MIGUEL CUNHA, JUAN RACHADELL, SOFIA PINA, BEATRIZ DIAS, PEDRO ALMEIDA, BÁRBARA SANTOS, CATARINA SANTOS, EDGAR AMORIM, MAHOMEDE AMERICANO

Serviço de Cirurgia 2, Unidade Local de Saúde do Algarve – Unidade de Portimão

### INTRODUÇÃO

A pandemia de SARS-CoV-2 afetou negativamente os cuidados de saúde, limitando o acesso pelos doentes. A necessidade de redistribuição de recursos e uma diminuição dos programas de rastreios, resultaram num atraso diagnóstico de patologias oncológicas, nomeadamente em tumores colorretais.

### OBJETIVOS

Avaliar o impacto da pandemia SARS-CoV-2 no estadio/complicações ao diagnóstico de doentes submetidos a cirurgia eletiva ou de urgência por cancro colorretal.

### MÉTODOS

Estudo retrospectivo unicêntrico, incluídos doentes adultos com diagnóstico de cancro colorretal submetidos a cirurgia (janeiro/2018-março/2023). Excluídas neoplasias do apêndice ileo-cecal e canal anal. Foi realizada a colheita de dados sociodemográficos, estadio clínico e patológico do tumor, tipo de cirurgia e o contexto em que foi realizada.

As cirurgias e o estadio dos tumores ressecados foram comparados em três momentos: antes (PRE), durante (DUR) e após (POS) a pandemia.

Tumores avançados foram definidos como estadio pT4, metástases à distância e/ou necessidade de cirurgia urgente ou paliativa.

Análise estatística: As variáveis categóricas foram descritas usando frequências absolutas e relativas. Variáveis contínuas foram descritas usando média/desvio padrão ou mediana/intervalo interquartil, de acordo com a simetria da distribuição. A comparação de amostras independentes para variáveis quantitativas foi realizada recorrendo ao teste-T e teste qui-quadrado para variáveis categóricas. Considerado nível de significância de 5% ( $p < 0.05$ ).

### RESULTADOS

Incluídos 438 doentes (idade média  $68,5 \pm 12,2$  anos; 61,6% sexo masculino), dos quais 112 (25,6%) necessitaram de cirurgia urgente. Foi realizada ressecção em 407 (92,9%) doentes, enquanto 31 (7,1%) foram submetidos a cirurgia derivativa/criação de estoma. Verificou-se um aumento significativo da cirurgia em contexto de urgência (PRE=13,1%; DUR=27,5%; POS=37,7%;  $p < 0,001$ ) e cirurgia derivativa (PRE=0,7%; DUR=7,6%;



TABELA 1 – Análise comparativa entre o período pré, durante e pós-pandemia

|                            | PRE<br>(n=145) | DUR<br>(n=171) | POS<br>(n=122) | Total<br>(n=438) | p      |
|----------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|--------|
| Cirurgia; n (%)            |                |                |                |                  |        |
| Resseção                   | 144 (99.3)     | 158 (92.4)     | 105 (86.1)     | 407 (92.9)       | <0.001 |
| Derivação/Estoma           | 1 (0.7)        | 13 (7.6)       | 17 (13.9)      | 31 (7.1)         | <0.001 |
| Cirurgia urgente; n (%)    | 19 (13.1)      | 47 (27.5)      | 46 (37.7)      | 112 (25.6)       | <0.001 |
| Estadio*; n (%)            |                |                |                |                  | >0.05  |
| Resposta completa          | 8 (5.5)        | 4 (2.3)        | 3 (2.5)        | 15 (3.4)         |        |
| <i>In situ</i>             | 2 (1.4)        | 1 (0.6)        | 0              | 3 (0.7)          |        |
| I                          | 26 (17.9)      | 32 (18.7)      | 13 (10.7)      | 71 (16.2)        |        |
| II                         | 53 (36.6)      | 49 (28.7)      | 38 (31.1)      | 140 (32.0)       |        |
| III                        | 47 (32.4)      | 61 (35.7)      | 48 (39.3)      | 156 (35.6)       |        |
| IV                         | 9 (6.2)        | 24 (14.0)      | 20 (16.4)      | 53 (12.1)        |        |
| Tumores avançados**; n (%) | 34 (23.4)      | 65 (38)        | 70 (57.4)      | 169 (27.9)       | <0.001 |

\* Estadio tumoral baseado na *American Joint Committee on Cancer 8<sup>th</sup> Edition*; Para doentes com cirurgia de derivação/estoma, foi considerado o TNM clínico.

\*\* Tumores avançados: estadio pT4, metástases à distância e/ou tumores com necessidade de cirurgia urgente ou paliativa.

POS=13,9%;  $p<0,001$ ). Não se verificou uma correlação significativamente estatística do estadio dos tumores diagnosticados ao longo dos diferentes períodos ( $p>0,05$ ). No entanto, detetou-se uma taxa progressivamente mais elevada de tumores avançados (PRE=23,4%; DUR=38,0%; POS=57,4%;  $p<0,001$ ) (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

A pandemia SARS-CoV-2 poderá ter influenciado a procura de cuidados médicos. O presente estudo demonstra um aumento de tumores mais avançados, cirurgias de emergência e criação de derivação/estomas durante e após a pandemia. Este facto

pode ser explicado por um diagnóstico precoce deficitário, devido a restrições ou à relutância dos doentes em procurar ajuda médica, o que poderá traduzir-se numa diminuição da sobrevida.

## CONCLUSÃO

Neste grupo de doentes é evidente o impacto da pandemia SARS-CoV-2 em tumores colorretais com o diagnóstico de tumores mais avançados, especialmente no período pós pandemia. Após a apresentação destes resultados é necessária uma validação externa destes, de forma a criar guias de orientação que permita ultrapassar este problema a curto prazo.



## REFERÊNCIAS

1. Morris EJA, Goldacre R, Spata E, Mafham M, Finan PJ, Shelton J, Richards M, Spencer K, Emberson J, Hollings S, Curnow P, Gair D, Sebag-Montefiore D, Cunningham C, Rutter MD, Nicholson BD, Rashbass J, Landray M, Collins R, Casadei B, Baigent C. Impact of the COVID-19 pandemic on the detection and management of colorectal cancer in England: a population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2021 Mar;6(3):199-208. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00005-4.
2. Holland J, Cwintal M, Rigas G, Pang AJ, Vasilevsky CA, Morin N, Ghitulescu G, Faria J, Boutros M. The impact of delaying colonoscopies during the COVID-19 pandemic on colorectal cancer detection and prevention. *Surg Endosc.* 2022 Dec;36(12):9364-9373. doi: 10.1007/s00464-022-09211-z.

*Correspondência:*

BEATRIZ SILVA MENDES

e-mail: smendes.beatriz@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA COMO FORMA DE OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS EM DOENTES CIRÚRGICOS

BEATRIZ SILVA MENDES, MIGUEL CUNHA, JUAN RACHADELL, SOFIA PINA, BEATRIZ DIAS, PEDRO ALMEIDA, BÁRBARA SANTOS, CATARINA SANTOS, EDGAR AMORIM, MAHOMEDE AMERICANO

Serviço de Cirurgia 2, Unidade Local de Saúde do Algarve – Unidade de Portimão

### INTRODUÇÃO

A hospitalização domiciliária (HD) permite a continuação da prestação de cuidados de saúde hospitalares no domicílio, em detrimento da permanência dos doentes em internamento para manutenção de cuidados especializados. Esta opção diminui os custos, as complicações associadas aos cuidados de saúde e aumenta a satisfação dos doentes.

### OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho é caracterizar a implementação e avaliar a exequibilidade da HD em doentes cirúrgicos.

### MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional retrospectivo. Incluídos todos os doentes internados em HD através de um Serviço de Cirurgia Geral (05/2021-10/2023). Procedeu-se a colheita de dados demográficos, clínicos (duração e motivo de internamento, taxa de complicações e re-internamento) e taxa de satisfação (questionário de 17 itens a doentes e familiares; escala de 0-100%).

Análise estatística: As variáveis categóricas foram descritas usando frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas foram descritas por meio de 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-T para amostras independentes. Foi considerado nível de significância de 5% ( $p < 0.05$ ).

### RESULTADOS

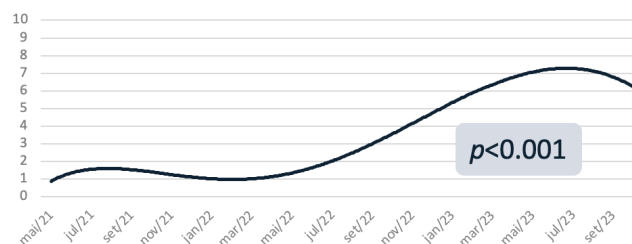
Dos 553 doentes com internamento em HD, 104 (18,8%) eram doentes com patologia cirúrgica – Cirurgia Geral (42,3% feminino; idade mediana  $65 \pm 21,8$ ). O internamento médio foi de  $12,1 \pm 7,8$  dias, com um total de 24 (23,1%) de doentes em pós-operatório. A maioria foi referenciada para continuação de antibioterapia em contexto de infeção e apresentava como diagnósticos mais comuns de colecistite aguda (26,9%), colangite (11,5%) e pé diabético infetado (9,6%). Após a implementação de HD, observou-se uma diminuição do tempo de internamento hospitalar (7,9 vs 5,6 dias;  $p < 0.001$ ) e um aumento do número de doentes referenciados ao longo do tempo ( $p < 0.001$ ). A taxa global de satisfação foi de 92%. A taxa de agudização com re-internamento foi de 10,6%. Não se verificou mortalidade durante o internamento em HD.



TABELA 1 – Características da população (n=104).

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Idade, anos; mediana [IQ]                               | 65 [52.3;74.0]        |
| Masculino/Feminino; n (%)                               | 60 (57.7%)/44 (42.3%) |
| Pós-operatório; n (%)                                   | 24 (23.1%)            |
| Tempo de internamento (dias); média (DP)                | 12.1 (7.8)            |
| <b>Diagnósticos de admissão mais prevalentes; n (%)</b> |                       |
| Colecistite aguda complicada                            | 28 (26.9%)            |
| Colangite   | 12 (11.5%)            |
| Pé diabético infetado                                   | 10 (9.6%)             |
| Diverticulite aguda                                     | 7 (6.7%)              |
| Apendicite aguda complicada                             | 7 (6.7%)              |
| Pancreatite aguda complicada                            | 5 (4.8%)              |
| Úlcera péptica perforada                                | 4 (3.8%)              |
| Fístula biliar  | 3 (2.9%)              |
| <b>Motivo de referência; n (%)</b>                      |                       |
| Continuação de antibioterapia                           | 104 (100%)            |

## REFERENCIAÇÃO PARA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA



## TEMPO MÉDIO DE INTERNAMENTO INTRAHOSPITALAR EM CIRURGIA GERAL

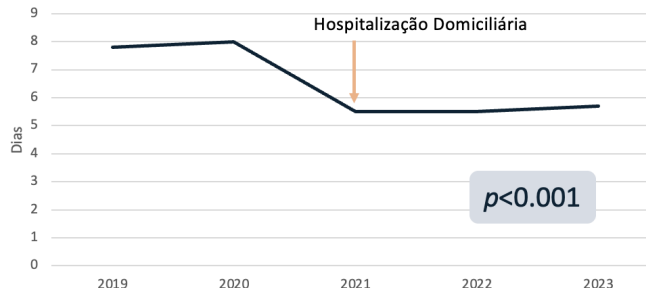


FIGURA 1 – Evolução da referência para hospitalização domiciliar e do tempo de internamento intra-hospitalar.

## DISCUSSÃO

A HD é uma opção para os doentes cirúrgicos, permitindo diminuir o tempo de internamento hospitalar, aliviando assim a pressão sobre as instalações hospitalares e promovendo uma gestão mais eficaz de recursos. Adicionalmente, é um modelo que permite melhorar e maximizar a autonomia e qualidade de vida do doente, bem como promover a interação entre as

unidades hospitalares e cuidados de saúde primários.

## CONCLUSÃO

A referência precoce dos doentes cirúrgicos é segura e eficaz, permitindo um bom controlo dos doentes e possibilitando uma melhor gestão do internamento intra-hospitalar, mantendo *outcomes* favoráveis.

Correspondência:

BEATRIZ SILVA MENDES

e-mail: smendes.beatriz@gmail.com

Data de recepção do artigo:

14/03/2024

Data de aceitação do artigo:

15/03/2024





## TRATAMENTO COM OXIGÉNIO HIPERBÁRICO NA FASCEITE NECROTIZANTE: CASUÍSTICA DOS ÚLTIMOS 16 ANOS NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

MARIA DO CARMO PINTO, SORAIA GONÇALVES, LUÍS FERREIRA, CARLOS MOREIRA, CARMO CALDEIRA

Hospital Dr. Nélio Mendonça

### INTRODUÇÃO

A Fasceite Necrotizante (FN) é uma infeção bacteriana rara e rapidamente progressiva que se caracteriza por inflamação e necrose na pele, tecido subcutâneo e fáscia superficial. Apesar da instituição de medidas terapêuticas adequadas como desbridamento cirúrgico emergente, antibioterapia de largo espectro e medidas de suporte, apresenta uma rápida progressão para sépsis, choque séptico e morte. Deste modo, nesta patologia encontramos uma elevada mortalidade entre 20-30%. Terapêuticas adjuvantes, tais como o tratamento com Oxigénio Hiperbárico (OH), têm demonstrado uma redução da mortalidade para entre 10-14%, para além de possuírem um perfil de segurança favorável com efeitos adversos reportados em 20-40% dos casos, sendo a sua maioria autolimitados.

### OBJETIVO

Comparar a casuística da Região Autónoma da Madeira (RAM) com os dados epidemiológicos da literatura

### MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva de 76 casos consecutivos de FN submetida a tratamento com OH ocorridos entre janeiro de 2007 e outubro de 2023

### RESULTADOS

Durante os 16 anos de experiência na RAM com terapêutica com OH na FN foram tratados 76 doentes, sendo a sua maioria do sexo masculino (90,8%) e com idade média de 56 anos. A taxa de mortalidade foi de 13,2%. A comorbilidade mais frequente nestes doentes foi a diabetes (40,3%), seguida pelo abscesso perianal (17,9%) e do alcoolismo crónico (9%).

O subtipo de FN mais tratado foi a FN do períneo (62,2%) seguido da FN dos membros (27%). Foram realizados em média 14,8 tratamentos por doente e foram reportados efeitos adversos em 23,7% dos doentes. O efeito adverso reportado mais frequentemente foi o gastrointestinal (náuseas e vómitos) em 7,9% dos doentes. Contudo, o que apresenta maior gravidade, a convulsão por hiperóxia, correu em apenas 4 doentes (5,3%).



O tratamento com OH foi complementado com intervenções cirúrgicas para controlo de foco com uma média de 3 desbridamentos cirúrgicos por doente (range: 1- 21). No entanto, a maioria dos doentes (43,75%) apenas necessitou de 1 desbridamento cirúrgico. A especialidade mais frequentemente envolvida no tratamento da FN é a Cirurgia Geral (53,9%) seguida pela Urologia (15,8%), existindo uma importante colaboração entre elas (19,7%).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A experiência da RAM na terapêutica com OH na FN apresenta resultados positivos que são sobreponíveis aos da literatura com uma taxa de mortalidade de apenas 13,2%. Por outro lado, foram verificados efeitos adversos em somente 23,7% dos doentes, sendo a sua maioria autolimitados e rapidamente reversíveis (náuseas e vômitos).

Concluimos, portanto, que a Terapêutica com OH é eficaz e segura, devendo ter lugar no tratamento adjuvante da FN.

*Correspondência:*

MARIA DO CARMO PINTO

e-mail: mariacarmopinto@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## OPTIMIZAÇÃO DA TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA INCISIONAL EM DOENTES SUBMETIDOS A LAPAROTOMIA DE URGÊNCIA. ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

MARCELO COSTA, MARTA MARTINS, ISABEL ARMAS, JOANA ALMEIDA, RITA LAGES, ÁLVARO GONÇALVES, MARIA DE JESUS DANTAS, VÍTOR NEVES LOPES

Centro Hospitalar Tamega e Sousa

### INTRODUÇÃO

As complicações do local cirúrgico (CLC), nomeadamente a infeção do local cirúrgico (ILC), constituem umas das principais morbilidades associadas à laparotomia em contexto de urgência. Diferentes dispositivos de terapia de pressão negativa incisional (TPNi) têm demonstrado eficácia na redução das CLC por entre diferentes procedimentos e em múltiplas especialidades cirúrgicas. Pouco é sabido quanto à sua eficácia no contexto de cirurgia abdominal urgente e quanto a diferenças entre os dispositivos.

### OBJECTIVO

Avaliar a eficácia de dois dispositivos de terapia de pressão negativa incisional TPNi em comparação aos pensos convencionais e as diferenças entre os dois dispositivos em contexto de cirurgia abdominal urgente.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo prospectivo randomizado ao longo de 1 ano em doentes submetidos a

laparotomia urgente. Os doentes foram randomizados por entre 3 grupos (1:1:1) com diferentes pensos cirúrgicos – Prevena™, PICO™ ou convencional. Dados demográficos, factores de risco e detalhes do procedimento foram recolhidos. Os doentes foram seguidos pela equipa de investigação ao longo de 30 dias tendo sido monitorizados desfechos primários e secundários. O desfecho primário foi a ILC. Os desfechos secundários foram outras CLC, tempo de internamento, morbilidade, re-admissões e mortalidade.

### RESULTADOS

Após exclusão de 4 doentes após randomização, foram analisados 123 casos (n Prevena™ = 41, n PICO™ = 39, n convencional = 43). Não se verificaram diferenças com significado estatístico nas características dos grupos confirmando a homogeneidade dos mesmos. A utilização de TPNi levou a uma redução das ILC ( $p = 0.02$ ) e CLC ( $p < 0.01$ ). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na comparação dos restantes desfechos entre os dispositivos de TPNi.



TABELA 1 – Dados demográficos, factores de risco do doente e procedimento, morbilidade da ferida operatória e morbimortalidade global.

|  | Prevena (n=41) | PICO (n=39)  | Controlo (n=43) | Total (n=123) | p    |
|--|----------------|--------------|-----------------|---------------|------|
| Sexo masculino, n (%)                                    | 31 (75,6%)     | 27 (69,2%)   | 27 (62,8%)      | 85 (69,1%)    | 0.45 |
| Idade (anos)   | 62.61 (15.6)   | 64.31 (18.9) | 64.14 (20.7)    | 63.68 (18.4)  | 0.90 |
| <b>Factores de risco do doente</b>                       |                |              |                 |               |      |
| DM, n (%)  | 13 (31,7%)     | 9 (23,1%)    | 6 (14,0%)       | 28 (22,7%)    | 0.15 |
| Desnutrição, n (%)                                       | 4 (9,8%)       | 4 (10,3%)    | 2 (4,7%)        | 10 (8,1%)     | 0.58 |
| Obesidade, n (%)   | 11 (26,8%)     | 19 (48,7%)   | 15 (34,9%)      | 45(36,6%)     | 0.12 |
| Tabagismo activo, n (%)                                  | 8 (19,5%)      | 7 (17,9%)    | 11 (25,6%)      | 26(21,1%)     | 0.67 |
| Tempo cirúrgico > 3h, n (%)                              | 6 (14,6%)      | 1 (2,6%)     | 3 (7,0%)        | 10 (8,1%)     | 0.13 |
| ASA-PS > 2, n (%)  | 26 (63,4%)     | 33 (84,6%)   | 27 (62,8%)      | 86 (69,9%)    | 0.05 |
| Imunossupressão, n (%)                                   | 8 (19,5%)      | 6 (15,4%)    | 5 (11,6%)       | 19 (15,4%)    | 0.61 |
| Insuficiência cardíaca, n (%)                            | 6 (14,6%)      | 8 (20,5%)    | 5 (11,6%)       | 19 (15,4%)    | 0.53 |
| DPOC, n (%)  | 8 (19,5%)      | 5 (12,8%)    | 6 (14,0%)       | 19 (15,4%)    | 0.67 |
| DRC, n (%)   | 5 (12,2%)      | 3 (7,7%)     | 2 (4,7%)        | 10 (8,1%)     | 0.45 |
| Infecção pré-operatória, n (%)                           | 1 (2,4%)       | 4 (10,3%)    | 1 (2,3%)        | 6 (4,9%)      | 0.17 |
| Necessidade de transfusão, n (%)                         | 7 (17,1%)      | 9 (23,1%)    | 3 (7,0%)        | 19 (15,4%)    | 0.12 |
| Admissão prolongada até 6 meses antes da cirurgia, n (%) | 2 (4,9%)       | 2 (5,1%)     | 0               | 4 (3,3%)      | 0.33 |
| Residente em lar, n (%)                                  | 2 (4,9%)       | 1 (2,6%)     | 2 (4,7%)        | 5 (4,1%)      | 0.85 |
| Número de factores de risco (média)                      | 2.56 (2.0)     | 2.82 (1.5)   | 2.00 (1.3)      | 2.45 (1.7)    | 0.07 |
| <b>Diagnóstico</b>                                       |                |              |                 |               |      |
| Oclusão intestinal, n (%)                                | 26 (63,4%)     | 15 (38,5%)   | 19 (44,2%)      | 60 (48,8%)    | 0.64 |
| Isquemia, n (%)  | 3 (7,3%)       | 3 (7,7%)     | 2 (4,7%)        | 8 (6,5%)      |      |
| Hérnias da parede abdominal, n (%)                       | 2 (4,9%)       | 3 (7,7%)     | 5 (11,6%)       | 10 (8,1%)     |      |
| Trauma abdominal, n (%)                                  | 2 (4,9%)       | 5 (12,8%)    | 3 (7,0%)        | 10 (8,1%)     |      |
| Sepsis abdominal, n (%)                                  | 7 (17,1%)      | 12 (30,8%)   | 13 (30,2%)      | 32 (26,0%)    |      |
| Hemorragia Gastrointestinal, n (%)                       | 1 (2,4%)       | 1 (2,6%)     | 1 (2,3%)        | 3 (2,4%)      |      |
| <b>Classificação da ferida (OMS)</b>                     |                |              |                 |               |      |
| Limpa, n (%)   | 9 (22,0%)      | 10 (25,6%)   | 10 (23,3%)      | 29 (23,6%)    | 0.22 |
| Limpa-contaminada, n (%)                                 | 12 (29,3%)     | 7 (17,9%)    | 16 (37,2%)      | 35 (28,5%)    |      |
| Contaminada, n (%)                                       | 13 (31,7%)     | 11 (28,2%)   | 5 (11,6%)       | 29 (23,6%)    |      |
| infectada, n (%)   | 7 (17,1%)      | 11 (28,2%)   | 12 (27,9%)      | 30 (24,4%)    |      |
| <b>Factores de risco relacionados com o procedimento</b> |                |              |                 |               |      |
| Contaminação grosseira da ferida, n (%)                  | 3 (7,3%)       | 7 (17,9%)    | 5 (11,6%)       | 15 (12,2%)    | 0.36 |
| Incisão prévia, n (%)                                    | 11 (26,8%)     | 7 (17,9%)    | 12 (27,9%)      | 30 (24,4%)    | 0.52 |
| Drenos, n (%)  | 27 (65,9%)     | 27 (69,2%)   | 33 (76,7%)      | 87 (70,7%)    | 0.53 |
| Admissão em UCI, n (%)                                   | 12 (29,3%)     | 15 (38,5%)   | 15 (34,9%)      | 42 (34,1%)    | 0.68 |



|   | Prevena (n=41) | PICO (n=39)  | Controlo (n=43) | Total (n=123) | p      |
|---|----------------|--------------|-----------------|---------------|--------|
| <b>Morbilidade da ferida</b>                |                |              |                 |               |        |
| CLC, n (%)                                  | 11 (26.8%)     | 8 (20.5%)    | 23 (53.5%)      | 42 (34.1%)    | ← 0.01 |
| Seroma, n (%)                               | 2 (4.9%)       | 3 (7.7%)     | 4 (9.3%)        | 9 (7.3%)      | 0.73   |
| Hematoma, n (%)                             | 2 (4.9%)       | 2 (5.1%)     | 2 (4.7%)        | 6 (4.9%)      | 0.10   |
| Infecção, n (%)                             | 5 (12.2%)      | 3 (7.7%)     | 13 (30.2%)      | 21 (17.1%)    | 0.02   |
| Deiscência da ferida, n (%)                 | 2 (4.9%)       | 0 (0.0%)     | 4 (9.3%)        | 6 (4.9%)      | 0.15   |
| <b>Morbimortalidade Global</b>              |                |              |                 |               |        |
| Deiscência Fascial, n (%)                   | 5 (12.2%)      | 5 (12.8%)    | 3 (7.0%)        | 13 (10.6%)    | 0.63   |
| Qualquer complicação, n (%)                 | 27 (65.9%)     | 24 (61.5%)   | 24 (55.8%)      | 75 (60.9%)    | 0.64   |
| Necessidade de re-intervenção, n (%)        | 9 (22.0%)      | 10 (25.6%)   | 13 (30.2%)      | 32 (26.0%)    | 0.69   |
| Readmissão aos 30 dias, n (%)               | 6 (14.6%)      | 3 (7.7%)     | 2 (4.7%)        | 11 (8.9%)     | 0.26   |
| Tempo de internamento pós-operatório (dias) | 12.71 (13.5)   | 14.31 (12.0) | 12.21 (9.9)     | 13.05 (11.8)  | 0.71   |
| Óbitos, n (%)                               | 2 (4.9%)       | 5 (12.8%)    | 2 (4.7%)        | 9 (7.3%)      | 0.28   |

DM (diabetes mellitus), ASA-PS (American Society of Anesthesiology Physical Status), DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), DRC (Doença Renal Crónica), UCI (unidade de cuidados intensivos), CLC (complicações do local cirúrgico).

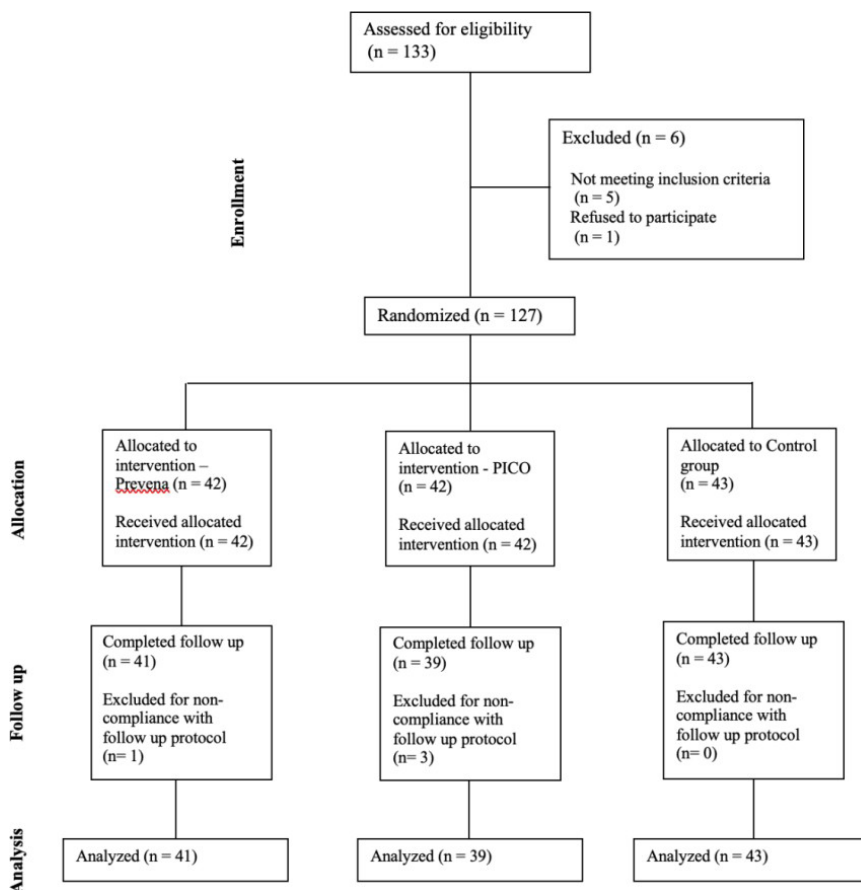


FIGURE 1 – Consort Flow diagram (Randomization and allocation of patients).



## CONCLUSÃO

Os dispositivos de TPNi são eficazes a reduzir a morbidade da ferida operatória em doentes submetidos a laparotomia de emergência. Não

foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que utilizaram TPNi o que sugere que a escolha do dispositivo deve ser guiada pelo custo e experiência do cirurgião. Outros estudos são recomendados para validar os achados.

*Correspondência:*

MARCELO COSTA

e-mail: marcelojcosta02@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## TRAUMATISMO CERVICAL ABERTO: A REALIDADE DE UM CENTRO HOSPITALAR

DANIELA GASPAR, ANDREIA SANTOS, DANIELA MELO, PINTO JOÃO, LUÍS PINHEIRO, NATÁLIA SANTOS, JORGE PEREIRA

Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

### INTRODUÇÃO

A lesão traumática do pescoço constitui 5-10% de todos os traumas. Esta apresenta elevada taxa de morbimortalidade pelas estruturas vitais que contém num espaço limitado. As lesões decorrentes de trauma penetrante são as mais frequentes e mais letais. De entre as zonas em que se subdivide a região cervical, é a zona II a mais frequentemente atingida mas é a zona I que acarreta maior taxa de morbimortalidade. São os indivíduos do sexo masculino que predominam, na 3ª década de vida, com prevalência mais elevada nos militares. Objetivo: apresentar a realidade do trauma cervical aberto nos últimos 10 anos no Hospital de origem.

### MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, consulta de processos de doentes com trauma cervical aberto, entre 1 de Janeiro de 2012 a 30 de Outubro de 2023. Analisadas variáveis com respeito a dados demográficos e sociais, antecedentes patológicos, contexto e caracterização do trauma, abordagem, morbimortalidade e orientação pós alta. Análise estatística com recurso ao Software SPSS 26.

### RESULTADOS

Analisados 39 processos, maioritariamente homens (28), idade média 43 anos, na sua maioria com profissão desconhecida por falta de registo. Antecedentes psiquiátricos em 11 casos, e consumo de substâncias ilícitas em 3. O contexto do trauma foi na maioria acidental, registam-se 9 casos de autoagressão. A zona mais atingida foi a zona II e predominam as lesões vasculares. Estabilidade hemodinâmica à admissão predominante (33). Cirurgia em 21 casos, 4 com internamento em cuidados intensivos. Duração média do internamento: 9,56 dias. Um falecimento (2,5%), 7 encaminhados para orientação psiquiátrica.

### DISCUSSÃO

À semelhança do referido na literatura, verificamos que o trauma cervical aberto foi mais frequente em homens, com idade média de 40 anos, predominando as lesões vasculares. A morbidade foi de 5/39 (12%), e 1 doente faleceu (2,5%). A associação com patologia psiquiátrica, resultando o trauma de ideação suicida, ocorreu em 9 casos. Uma das grandes limitações foi a falta de registos sobre escolaridade e desempenho profissional, que impediu estabelecer relação.



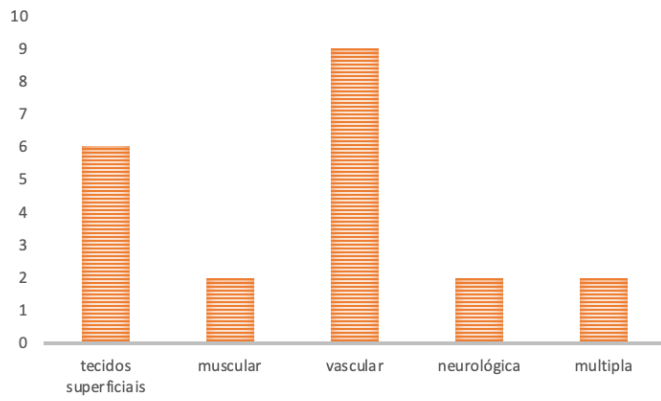


FIGURA 1 – Estruturas atingidas

## CONCLUSÃO

O trauma cervical aberto foi predominantemente acidental, que reflete a literatura. Necessidade de registos adequados e estudos prospetivos para medidas preventivas.

*Correspondência:*

DANIELA GASPAR

e-mail: daniela92morgado@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA NA FASCEÍTE NECROTIZANTE

GONÇALO GUIDI, RITA MARQUES, DANIELA MARTINS, CLARA LEAL, BRUNO VIEIRA, CAROLINA MARQUES, MARGARIDA DUPONT, JULIANA RIBEIRO, MARGARIDA ROUXINOL, PINTO DE SOUSA

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

### INTRODUÇÃO

A Fasceíte Necrotizante (FN) é uma infeção dos tecidos moles, potencialmente fatal, com rápida disseminação pelo tecido celular subcutâneo e, em particular, da fáscia. Tem uma incidência global de 0,4/100.000 e é mais prevalente no sexo masculino (3:1). A mortalidade ronda os 21.5% (100% sem tratamento cirúrgico). Como fatores de risco, temos diabetes mellitus (DM), obesidade, imunodeficiência e trauma penetrante.

### OBJETIVOS

Avaliar os outcomes da aplicação da terapia de pressão negativa (TPN) na FN

### MATERIAL E MÉTODOS

Todos os doentes com diagnóstico de FN submetidos a tratamento com TPN entre 2017 e 2023 na nossa instituição

### RESULTADOS

Identificamos 15 doentes (11 homens e 4 mulheres) com uma idade média de 62 anos (40-94).

Como fatores de risco apresentavam: 2 doentes (DM, obesidade e trauma penetrante), 3 doentes (DM), 2 doentes (DM e imunossupressão – 1 doente sob QT e outro com doença metastática de primário oculto), 3 doentes (obesidade), 5 doentes (sem fatores de risco associados)

Como origem da FN, 10 doentes tiveram ponto de partida perianal, 4 nos membros inferiores e 1 no membro superior.

Os microorganismos mais frequentemente isolados foram a *Escherichia coli* (n=6) e o *Enterococcus faecalis* (n=3).

7 doentes foram submetidos a colostomia.

O tempo médio de internamento foi 47 dias (17-87) com uma média de 7 cirurgias por doente (4-15).

Em média foram necessárias 3,3 cirurgias (min 1- máx 7) até não haver tecido necrótico para desbridamento.

A mortalidade foi de 13,3% (n=2).

### DISCUSSÃO

O desbridamento cirúrgico agressivo de todo o tecido afetado associado à antibioterapia é o tratamento da FN.

A TPN parece ser um bom coadjuvante no tratamento, pelo aumento da vasodilatação arterial



local, aumento do fluxo sanguíneo e aceleração da formação de tecido de granulação apresentando bons resultados na cicatrização dos tecidos e outcome dos doentes.

Tem como desvantagem o aumento do tempo de internamento quando comparado com a literatura (8-14 dias).

## CONCLUSÃO

A TPN ajuda no controlo da infeção local e no encerramento da ferida cirúrgica contribuindo para um melhor prognóstico para os doentes.

*Correspondência:*

GONÇALO JOÃO GUIDI MATIAS LIMA

e-mail: goncaloguidi@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## FATORES DE RISCO DAS COMPLICAÇÕES DO LOCAL CIRÚRGICO EM LAPAROTOMIAS DE ÚRGÊNCIA – UM ESTUDO DE COORTE PROSPETIVO RANDOMIZADO COM ANÁLISE RETROSPETIVA

MARTA MARTINS<sup>1\*</sup>, MARCELO COSTA<sup>1\*</sup>, ISABEL ARMAS<sup>1</sup>, JOANA ALMEIDA<sup>1</sup>, RITA LAGES<sup>1</sup>, ÁLVARO GONÇALVES<sup>1</sup>, MARIA DE JESUS DANTAS<sup>1</sup>, VÍTOR NEVES LOPES<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Portugal

<sup>2</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário de São João, Portugal

<sup>3</sup> Departamento de Cirurgia e Fisiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal\*

### INTRODUÇÃO

As técnicas cirúrgicas minimamente invasivas apresentam vantagens evidentes. No entanto, a laparotomia mantém-se como uma abordagem importante, especialmente em situações de urgência.

As complicações do local cirúrgico (CLC), principalmente a infeção do local cirúrgico (ILC), são frequentes em cirurgias de urgência e implicam muitas vezes o prolongamento do tempo de internamento, a necessidade de reintervenção e o atraso a outros tratamentos.

### OBJETIVO

Analisar os fatores de risco (FR) associados às CLC em doentes submetidos a laparotomia de urgência.

### MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de coorte prospetivo randomizado com análise retrospectiva. Incluídos todos os doentes

submetidos a laparotomia em contexto de urgência entre 1 de Julho de 2022 e 1 de Agosto de 2023. Foram critérios de exclusão: cirurgia abdominal prévia há menos de 120 dias, diagnóstico de doença irreversível e necessidade de mais que uma intervenção planeada.

O tempo de seguimento foi 30 dias. Foi considerada para cada indivíduo da amostra apenas a CLC com maior impacto clínico. O desfecho primário da análise foram as CLC e ILC. Os desfechos secundários foram a duração do internamento, complicações cirúrgicas, reintervenções, readmissões e mortalidade.

### RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 123 indivíduos.

Um total de 34,1% dos doentes desenvolveram CLC, sendo a ILC a mais frequente (17% dos casos). Realizou-se uma análise comparativa entre doentes com CLC. O tabagismo ativo (OR=2.615, p=0.028), o uso de monofilamento não absorvível (OR=2.909, p=0.008) e as feridas infetadas de acordo com a



classificação da OMS (OR=2.379, p=0.034) foram mais frequentes nos doentes com CLC. A utilização de terapia de pressão negativa incisional (iTPN) foi superior nos doentes sem CLC (75.3% vs 42.2%, OR=3.692, p<0.001). Relativamente à ILC, verificou-se uma prevalência superior nos doentes com tabagismo ativo (18.8% vs 28.1%, OR=2.688, p=0.050), nos doentes em que não foi utilizada iTPN (70.6% vs 4,8%, OR=3.900, p=0.004) e nos casos de contaminação grosseira da ferida (28.6% vs 8.9%, OR=4.133, p=0.012).

Para confirmar os achados com resultado estatisticamente significativo da análise de FR envolvidos no desenvolvimento de CLC foi desenvolvida uma regressão logística multinomial que confirmou que o uso de monofilamento não

absorvível, o tabagismo ativo e a ausência de iTPN são potenciais fatores preditivos de CLC.

## CONCLUSÃO

Neste estudo parece haver uma relação estatisticamente significativa entre o tabagismo ativo e o uso de monofilamento não absorvível com o aumento de CLC nos casos de laparotomia de urgência, sendo que por outro lado o uso de iTPN parece ser protetor. Torna-se imperativo estabelecer estratégias preventivas e protocolos eficazes de forma a reduzir CLC e melhorar os resultados pós-cirúrgicos.

*Correspondência:*

MARTA MARTINS

e-mail: martamartins017@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## FORMAÇÃO EM PEQUENA CIRURGIA PARA MGF — FAZ SENTIDO?

CLÁUDIA RAPOSO<sup>1</sup>, CATARINA LOPES<sup>1,2</sup>, RITA ANDRADE<sup>1,2</sup>, INÊS PRIOR<sup>1,2</sup>, EVA SANTOS<sup>4,5</sup>,  
MANUEL ROSETE<sup>1,2</sup>, JOSÉ GUILHERME TRALHÃO<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<sup>3</sup> CIMAGO (Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia)

<sup>4</sup> Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Central do Funchal

<sup>5</sup> Faculdade de Ciências da Vida da Universidade da Madeira

### INTRODUÇÃO

No início da carreira médica e em áreas não cirúrgicas, nem sempre a formação académica em suturas e pequena cirurgia (PC) é quanto basta para ter destreza e confiança para realizar esses atos. O acesso e frequência de formação pós-graduada para internos e especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) é uma forma estruturada para colmatar lacunas e minimizar referências para cuidados de saúde secundários (CSS).

### OBJETIVOS

Avaliar o impacto de formação em suturas e PC efetuada por um serviço de Cirurgia Geral a médicos de MGF.

### MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo transversal por aplicação de questionário aos participantes do curso nas edições de 2017 a 2023.

### RESULTADOS

Responderam 36% dos 66 inquiridos (N=24). Referem ter procurado a formação para aperfeiçoar técnicas já adquiridas (79%) e aumentar oferta de cuidados no centro de saúde (CS) (71%).

Aumentaram em 8% os médicos de MGF a praticar regularmente atos de PC, com 50% a percecionar melhoria moderada da sua destreza e 33% grande melhoria. Antes do curso, 79% não dispunha de consulta de PC no CS, tendo sido criada em 1 unidade e em 4 encontra-se em dinamização. Também na técnica de sutura foi notada progressão, mas menos substancial (63% moderada, 13% grande melhoria).

Quanto à referência para CSS, a atividade terá diminuído o envio de doentes à urgência, mas nem tanto o encaminhamento para abordagem eletiva de lesões.

### DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O impacto desta formação foi positivo, com aumento das capacidades técnicas dos participantes.



No entanto a referenciação para CSS mantém-se por barreiras organizacionais que necessitam de ser analisadas e ultrapassadas e ainda impedem resolução de patologia do foro da PC na MGF.

*Correspondência:*

CLÁUDIA RAPOSO

e-mail: 17680@chuc.min-saude.pt

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS — ANÁLISE CASUÍSTICA DE UM CENTRO COM DEDICAÇÃO

DIOGO LOPES MONTEIRO, JOÃO PIMENTA DE CASTRO, BELARMINO CLEMENTE, DIOGO FREITAS DOS SANTOS, CLÁUDIA DIOGO, MARIA JOÃO JERVIS, NUNO ROMBO, CARLA PERES, ANTÓNIO MARTINHO, CARLOS NASCIMENTO

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

### INTRODUÇÃO

A necessidade de acessos de hemodiálise está a aumentar, com o aumento global da incidência da doença renal crónica terminal (DRct). As fístulas arteriovenosas (FAVs) são reconhecidas como o acesso vascular primordial para a hemodiálise devido à sua durabilidade e menor taxas de complicações. A construção e manutenção de FAVs representam desafios clínicos significativos, necessitando de cuidados e conhecimentos diferenciados, melhor fornecidos por centros especializados.

### OBJETIVOS

Exposição e análise da casuística de um centro com dedicação na construção e manutenção de FAVs e determinação da sua taxa de falência primária.

### MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva da base de dados de um centro dedicado à construção, manutenção e reparação de FAVs desde janeiro de 2021 até agosto de 2023 com recurso a consulta de processos dos doentes intervencionados. Foram incluídos no estudo todos os doentes intervencionados no período referido,

incluindo os procedimentos de construção e revisão de FAVs de forma eletiva e urgente.

### RESULTADOS

No período abrangido pelo estudo, realizaram-se 768 procedimentos em 565 doentes. A população intervencionada tinha uma média de idades de 73,5 anos. 77% das intervenções foram realizadas sob anestesia local e 79% em regime de ambulatório. Dos procedimentos realizados, 70% (n= 536) foram procedimentos de construção eletiva, dos quais 73% (n=390) eram o primeiro acesso vascular do doente. Destes primeiros acessos, 90% (n= 351) eram FAVs e 10% (n= 39) eram próteses arteriovenosas (PAVs). Dos acessos construídos de forma subsequente, 88% (n=128) eram FAV e 12% (n=18) eram PAVs. A taxa de falência primária global dos acessos construídos nos 32 meses do estudo foi de 13%.

### DISCUSSÃO

A análise casuística revela que se trata de um centro com dedicação a procedimentos de acessos vasculares e também ao tratamento das suas complicações, incluindo as urgentes. A taxa de falência primária apresentada encontra-se em linha com as taxas apresentadas em outros estudos.



## CONCLUSÃO

O papel de um centro dedicado à construção, manutenção e reparação de FAVs é fundamental. A aplicação de técnicas e protocolos

multidisciplinares estabelecidos, bem como os conhecimentos e cuidados diferenciados nesta área permitem atingir melhores taxas de sucesso, diminuindo as taxas de complicações e evitando re-intervenções.

*Correspondência:*

DIOGO MONTEIRO

e-mail: dlmonteiro.94@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## COLOCAÇÃO DE CATETERES DE DIÁLISE PERITONEAL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE VIA ABERTA E LAPAROSCÓPICA

FILIPA PERES, RAQUEL PEREIRA, ALINE GOMES, JOÃO VICENTE, JORGE PEREIRA

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

### INTRODUÇÃO

A Diálise Peritoneal (DP) é uma técnica dialítica eficaz na doença renal crónica (DRC). A chave para o sucesso da DP é o bom funcionamento do cateter. As disfunções mecânicas do cateter e as complicações infecciosas associadas à técnica são as principais causas de desistência desta modalidade dialítica. As diferentes técnicas de inserção (percutânea, cirúrgica por via aberta/laparoscópica...) podem ter influência na ocorrência destas complicações.

### OBJETIVOS

Análise retrospectiva de 15 anos (julho 2008 – julho 2023) dos doentes submetidos a colocação de cateteres de DP (CDP), comparando a via aberta (VA) com laparoscópica (VL), nomeadamente na ocorrência de complicações mecânicas e infecciosas com necessidade de reintervenção cirúrgica.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foram selecionados todos os doentes submetidos a implantação de CDP pelos Cirurgiões da Equipa de DP nesse período – 154 doentes. Todos os CDP foram colocados conforme a técnica de

Moncrief-Popovich, 111 deles por VA e 43 por VL. Os dois grupos apresentam características sobreponíveis, com maior proporção do sexo masculino e idade mediana de 62 anos. 97% dos doentes encontravam-se no estadio 5 da DRC, sendo as etiologias mais frequentes a nefropatia diabética e hipertensiva. A indicação para a técnica dialítica e a referência para reintervenção cirúrgica foi efetuada pelos Nefrologistas da Equipa de DP.

### RESULTADOS

No grupo dos 111 doentes com CDP implantado por VA, 37 apresentaram complicações mecânicas/infecciosas: disfunção mecânica 13 (11,7%) e infeção 24 (21,6%). Dos 13 doentes com disfunção mecânica, 11 foram submetidos a laparoscopia com identificação da causa (5 por migração, 5 por obstrução, 1 por flexão do CDP) com resolução em 10 doentes, sem necessidade de recolocação. Os 24 doentes com infeção (renitente ao tratamento médico) necessitaram de intervenção cirúrgica urgente, tendo o CDP sido removido definitivamente em 13 deles. Em 11 doentes procedeu-se a remoção e recolocação contralateral.

No grupo dos 43 doentes com CDP colocado por VL, 9 apresentaram complicações mecânicas/infecciosas com necessidade de abordagem cirúrgica:



disfunção mecânica 7 (16,3%) e infecção renitente 3 (7,0%). Nos 7 doentes com disfunção de CDP, a causa foi diagnóstica e tratada por laparoscopia: 3 migração e 4 obstrução. Nos 3 doentes com infecção foi removido o CDP, sendo que todos estes abandonaram a DP.

## DISCUSSÃO

Na literatura, a disfunção de CDP surge associada a 35% da inserção por VA e a 13% na VL, enquanto a infecção renitente não apresenta diferença significativa entre as duas vias de abordagem (28-33%). No nosso estudo verificaram-se taxas de disfunção/infecção que implicaram reintervenção baixas nas duas técnicas. Apesar do grupo de estudo apresentar uma dimensão limitada para análise estatística robusta, parece que a taxa de infecção renitente tem vindo a diminuir com a aplicação da VL.

A abordagem laparoscópica para a colocação de CDP permite a inspeção da cavidade abdominal, visualização direta da sua extremidade interna, lise de bridas, correção de posicionamento e diagnóstico de hérnias assintomáticas da parede abdominal que poderão comprometer futuramente a DP por fugas. A intolerância do doente ao aumento da pressão intrabdominal é obviada pelo uso de pneumoperitônio mínimo (8mmHg) e rapidez da execução técnica.

## CONCLUSÃO

Uma equipa cirúrgica dedicada ao acesso de DP é essencial para obter resultados favoráveis. A laparoscopia é a abordagem de eleição do nosso centro pelas vantagens técnicas que acrescenta ao procedimento, não havendo um aumento da taxa das complicações estudadas.

*Correspondência:*

FILIPA PERES

e-mail: aftperes@sapo.pt

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM MUTAÇÕES DE RISCO MODERADO DE CANCRO DA MAMA

RITA GALAMA<sup>1</sup>, CÁTIA RIBEIRO<sup>2</sup>, JOÃO SILVA<sup>3</sup>, HELENA PEREIRA<sup>2</sup>, LAURINDA GIESTEIRA<sup>2</sup>, PAULA PINTO<sup>2</sup>, FERNANDO CASTRO<sup>2</sup>, JOAQUIM ABREU DE SOUSA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar do Médio Tejo, Cirurgia Geral, Tomar, Portugal

<sup>2</sup> Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, Oncologia Cirúrgica, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, Oncogenética, Porto, Portugal

### INTRODUÇÃO

As mutações de risco moderado CHEK2, ATM e RAD51C, têm emergido como fatores significativos na doença oncológica da mama. Embora ainda pouco estudado, alguns estudos demonstraram que os indivíduos portadores destas mutações possuem maior suscetibilidade ao desenvolvimento de cancro da mama.

### OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo a caracterização deste subgrupo de doentes, na nossa Instituição, através da análise compreensiva de dados epidemiológicos, perfil genético, historial clínico e resultado do aconselhamento genético.

### MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo de coorte, retrospectivo e observacional, colhemos dados de mulheres com as mutações CHEK2, ATM e RAD51C, seguidas na consulta de Risco genético de Mama na nossa

Instituição. A análise estatística foi realizada com recurso ao software SPSS®

### RESULTADOS

Este estudo incluiu 155 mulheres portadoras das mutações CHEK2 (28,4%), ATM (49%) e RAD51C (22,6%), seguidas na Consulta de risco genético de Mama na nossa Instituição, de dezembro de 2015 a setembro de 2022. A idade mediana de referenciação à consulta foi de 48 anos e o tempo de seguimento mediano foi de 33 meses. A tabela 1, revela os resultados da análise descritiva dos 3 grupos.

Apenas 4 mulheres optaram por mastectomia redutora de risco contralateral: uma após o diagnóstico de cancro da mama, durante o seguimento (tendo optado inicialmente por vigilância intensiva); duas após o diagnóstico de cancro da mama, aquando do diagnóstico da mutação; uma após o diagnóstico de recorrência de cancro da mama.

Das 72 mulheres com cancro da mama, 54 completaram radioterapia adjuvante, tendo apenas uma mulher, com mutação CHEK2 apresentado complicações relacionadas com o tratamento.



TABELA 1 – Análise descritiva dos 3 grupos de mutações. CAG – consulta de aconselhamento genético; CM – cancro da mama; RT – radioterapia.

|                                   | ATM % <i>(n)</i>   | CHEK2 % <i>(n)</i> | RAD51C % <i>(n)</i> | Total % <i>(n)</i> | <i>p</i> -value |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|-----------------|
| Referenciada saudável à CAG       | <b>54%</b> [41]    | <b>48%</b> [21]    | <b>80%</b> [28]     | 57% [88]           | 0.009           |
| Vigilância mamária intensiva      | <b>95%</b> [72]    | <b>100%</b> [44]   | <b>100%</b> [35]    | 98% [151]          | –               |
| Desenvolveu CM após referenciação | 5% [2/41]          | 14% [3/21]         | 3.6% [1/28]         | 6.6% [6]           | 0.190           |
| Cirurgia conservadora da mama     | 0% [0/2]           | 67% [2/3]          | 100% [1/1]          | 50% [3]            | –               |
| Incidência global de CM           | <b>50%</b> [38]    | <b>59%</b> [26]    | <b>30%</b> [8]      | <b>46%</b> [72]    | <b>0.006</b>    |
| Cirurgia conservadora da mama     | 66% [25/38]        | 46% [12/26]        | 25% [2/8]           | 54% [39]           | 0.131           |
| Multifocal                        | 21% [8/38]         | 30% [8/26]         | 37.5% [3/8]         | 26.7% [19]         | 0.437           |
| Bilateral                         | 0%                 | 7% [2/26]          | 0%                  | 2.8% [2]           | 0.157           |
| 2º primário contralateral         | <b>18%</b> [7/38]  | <b>23%</b> [6/26]  | <b>12.5%</b> [1/8]  | 21% [15]           | 0.485           |
| 2º primário ipsilateral           | 0%                 | 4% [1/26]          | 0%                  | 1% [1]             | –               |
| RT adjuvante                      | <b>81%</b> [31/38] | 65% [17/26]        | 75% [6/8]           | 75% [54/72]        | 0.320           |

## CONCLUSÃO E DISCUSSÃO

No nosso estudo, a penetrância de cancro da mama variou entre 30 e 59%. O conhecimento da prevalência de cancro da mama, nesta população, permite um aconselhamento genético mais adequado e informado.

A taxa de incidência de um segundo cancro da mama, tanto ipsilateral como contralateral, é significativamente menor que a penetrância global de cancro da mama. Este conhecimento, permite

certificar a segurança da adoção de uma estratégia de vigilância intensiva para o seguimento desta população.

Os resultados deste estudo, permitem auxiliar os profissionais de saúde, que prestam cuidados a esta população ainda pouco estudada, na construção de planos personalizados de seguimento e aconselhamento, e na implementação de medidas preventivas individualizadas para as mulheres com mutações de risco moderado de cancro da mama.

Correspondência:

RITA GALAMA

e-mail: rgbranquinho@gmail.com

Data de recepção do artigo:

14/03/2024

Data de aceitação do artigo:

15/03/2024



## RESULTADOS A CURTO PRAZO DE MASTECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO IMEDIATA PRÉ-PEITORAL COM PRÓTESE E MÁTRIZ DÉRMICA ACELULAR

BEATRIZ COSTEIRA, CARLA PERES, TAMIRES MOGNE, CÁTIA CUNHA, RODRIGO OOM, CRISTINA SOUSA COSTA, JOÃO VARGAS MONIZ, NUNO ABECASIS, CATARINA RODRIGUES SANTOS

Instituto Português de Oncologia, Lisboa

### INTRODUÇÃO

A reconstrução pré-peitoral com matriz tem-se assumido como a principal técnica de reconstrução imediata pós-mastectomia, com o objectivo de diminuir a dor e morbidade pós-operatória, e melhorar os resultados estéticos. No entanto, têm sido reportadas taxas variáveis de complicações pós-operatórias em diferentes publicações. Este estudo tem como objectivo a avaliação das complicações desta técnica a 3 meses.

### MÉTODOS

Análise unicêntrica, retrospectiva de base de dados prospectiva de todos os casos de reconstrução imediata pré-peitoral de janeiro 2021 a setembro 2023. Foram colhidos os dados demográficos, cirúrgicos, oncológicos e relativos às complicações. O outcome primário foi falência da técnica reconstrutiva a 3 meses, definida como necessidade de remoção de prótese implantada na cirurgia inicial, com ou sem a sua substituição com tecidos autólogos ou novo implante. Os outcomes secundários foram necrose cutânea, infecção, necessidade de reoperação e factores preditivos de complicações.

### RESULTADOS

No período descrito foram realizadas 247 reconstruções pré-peitorais em 200 doentes, sendo 201 (81%) cirurgias oncológicas e 46 (19%) cirurgias redutoras de risco. A mastectomia foi poupadora de pele e complexo aréolo-mamilar (CAM) em 202 (82%) casos e poupadora de pele em 45 (18%) casos. A idade mediana nesta amostra foi de 49 [43-56] anos, com 36 (15%) doentes obesas (índice de massa corporal > 30), e 65 (26%) fumadoras. O tempo mediano de internamento foi de 2 dias. A taxa de falência da técnica reconstrutiva foi de 6.9% (n=17), com 1 caso de perda completa de reconstrução. A taxa global de complicações foi de 12.9% (n=32), correspondendo a 2 casos de hemorragia pós-operatória, 26 casos de necrose dos retalhos cutâneos e 4 casos de infecção primária da prótese. A taxa de reoperação foi de 9.3% (n=23), com mediana de tempo até cirurgia de 42 dias [33-61]. Nas mastectomias poupadoras de pele e CAM registou-se a perda do CAM em 7.9% (n=16), 14 casos por necrose e 2 por presença de tumor no exame histológico definitivo. Não foram encontrados nesta série factores preditivos de complicações.



## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Em centros de alto volume a reconstrução imediata pré-peitoral com prótese e matriz parece uma técnica segura, com baixa taxa de complicações major. Não foram encontrados nesta

série factores preditivos de complicações, sugerindo a possibilidade de alargar as indicações da técnica. Estudos de qualidade de vida e complicações a longo prazo são necessários para validar definitivamente a técnica e as suas indicações.

*Correspondência:*

NUNO ABECASIS

e-mail: nunoabecasis@sapo.pt

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## OS PRIMEIROS 131 CASOS UTILIZANDO DISPOSITIVOS DE IDENTIFICAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA NA LOCALIZAÇÃO INTRA-OPERATÓRIA DE LESÕES MAMÁRIAS INFRACLÍNICAS

MARIA JOÃO VALE<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> INÊS SOUSA<sup>2</sup>, JM PREZA FERNANDES<sup>3,4</sup>, CLÁUDIA PAIVA<sup>3,4</sup>, TÂNIA TEIXEIRA<sup>3,4</sup>, SUSANA MARTA<sup>3,4</sup>, JOSÉ POLÓNIA<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Interna de Formação Específica de Cirurgia Geral da Unidade Local de Saúde da Guarda, Portugal

<sup>2</sup> Interna de Formação Específica de Ginecologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Portugal

<sup>3</sup> Unidade da Mama do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Portugal

<sup>4</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto Portugal

### INTRODUÇÃO

A excisão de lesões mamárias infraclínicas tem vindo a aumentar. Entre as diferentes técnicas de localização intra-operatória, as que não recorrem ao arpão são mais confortáveis para o doente e para o cirurgião.

### OBJETIVO

Avaliar o papel dos localizadores sem fios nem radiação, utilizando dispositivos de identificação por radiofrequência (RFID) e leitores portáteis (LOCALIZER™), no tratamento de lesões mamárias não palpáveis.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma análise retrospectiva e descritiva aos doentes submetidos a cirurgia conservadora por lesão mamária infraclínica guiada por RFID e LOCALIZER™ de 22/06/2021 a 3/08/2023. Foi

avaliado o dia de colocação do dispositivo e da cirurgia, o número de dispositivos, a distância do dispositivo à lesão e à pele, o tempo da cirurgia, o tipo de lesão (benigna/maligna), o volume da peça e da lesão, o tamanho da lesão, a margem (positiva, próxima e alargamento de margens), bem como as complicações do dispositivo e da cirurgia.

### RESULTADOS

Colocaram-se 131 dispositivos para localizar 108 lesões, tendo sido necessário 2 dispositivos em 24 lesões. Em média, foram inseridos 2,79 dias antes da cirurgia (intervalo de 0 a 42 dias) a 0,31 mm da lesão (intervalo de 0 a 6 mm) e a 30,11 mm da pele (intervalo de 4,1 a 72,2 mm). As peças operatórias apresentaram um volume médio de 144,4 cm<sup>3</sup> (intervalo de 6,1 a 1317,5 cm<sup>3</sup>), sendo em média 4,7 cm<sup>3</sup> (intervalo de 0,001-120 cm<sup>3</sup>) o volume tumoral.

O estudo anatomopatológico revelou que 90,7% das lesões eram malignas (n=98), com um tamanho médio de 12,68 mm, 87,8% (n=86) apresentaram margem negativa e 12,2% (n=12) margem positiva



(6 apresentaram componente in situ e 6 componente invasor). Os 12 doentes, cujas peças operatórias apresentaram margem positiva, foram submetidos a alargamento de margens, onde 66,7% (n=8) apresentaram lesão no novo estudo anatopatológico (6 componente in situ e 2 invasor).

Todos os dispositivos foram recuperados com sucesso na excisão cirúrgica. Não se registaram complicações associadas ao dispositivo. Porém, ocorreram 3,7% (n=4) complicações associadas à

cirurgia (2 infeções da ferida operatória, 1 hematoma e 1 necrose superficial da pele) e 0% ao dispositivo.

## **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

A utilização de RFID é uma alternativa eficaz, eficiente, sem radiação, baixa taxa de margens positivas, reintervenções e complicações. Permitindo também uma maior flexibilidade de agendamento.

*Correspondência:*

MARIA JOÃO VALE

e-mail: mariajoavale16@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## GÂNGLIO SENTINELA METASTIZADO COM INVASÃO EXTRACAPSULAR – SERÁ A LINFADENECTOMIA SEMPRE NECESSÁRIA?

A. SAMPAIO SOARES<sup>1</sup>, L. ÁVILA<sup>2</sup>, C. CUNHA<sup>3</sup>, C. COSTA<sup>3</sup>, R. OOM<sup>3</sup>, J. VARGAS MONIZ<sup>3</sup>, N. ABECASSIS, C. SANTOS<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

<sup>2</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz

<sup>3</sup> Clínica Multidisciplinar da Mama, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Lisboa

### INTRODUÇÃO

A indicação para completar linfadenectomia axilar após biópsia de gânglio sentinela no tratamento do cancro da mama tem-se tornado mais estrita à medida que se refina a selecção de doentes para este procedimento. A presença de invasão extracapsular (IEC) do gânglio sentinela não tem um papel consensual nestas indicações, não fazendo atualmente parte das recomendações em guidelines internacionais. Neste trabalho pretendemos avaliar o impacto da presença de IEC no gânglio sentinela metastizado.

### OBJETIVO

Determinar o impacto da presença de invasão extracapsular no gânglio sentinela positivo na taxa de gânglios não sentinela positivos na linfadenectomia axilar subsequente.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo retrospectivo em base de dados prospetiva de doentes submetidas a cirurgia por cancro da

mama com biópsia de gânglio sentinela seguida de linfadenectomia axilar entre Janeiro 2018 a Dezembro 2022, com *follow up* analisado até Março 2023. Foi analisada a presença de gânglios não sentinela positivos na linfadenectomia axilar no grupo com IEC no gânglio sentinela e comparado com o grupo sem IEC. Foram usados métodos de estatística descritiva e testes de hipótese, bem como regressão logística com LA positiva como variável dependente. Um p value abaixo de 0.05 foi considerado estatisticamente significativo.

### RESULTADOS

Foram incluídos 219 doentes submetidos a LA após biópsia de gânglio sentinela, tendo sido excluídos 5 por registos duplicados. 98% dos doentes são do sexo feminino, com uma idade mediana de 59 anos. A mediana de *follow up* foi de 20 meses. Dos doentes incluídos, 112 apresentavam IEC no gânglio sentinela, enquanto 102 não apresentavam IEC. O grupo sem IEC apresentava maior percentagem de neoadjuvância (21% vs 8%), e menor proporção de T2 (48% vs 67%), ambas com p value < 0.05.



A mediana de gânglios sentinela excisados foi de 2, com uma mediana de gânglios positivos de 1 em ambos os grupos. A presença de IEC na BGS está associada a um aumento de risco relativo de 59% (p value < 0.005) de gânglios não sentinela positivos na linfadenectomia axilar.

Em regressão logística univariada, a presença de IEC e estadio T2 são factores de risco para gânglio não sentinela positivo na linfadenectomia axilar. Estadio T1 parece ser fator protector contra gânglio não sentinela positivo.

Em regressão logística multivariada, apenas a presença de IEC é factor de risco independente para linfadenectomia axilar positiva quando ajustada para subtipo tumoral, estadio T e realização de quimioterapia neoadjuvante.

## DISCUSSÃO

Os resultados desta análise mostram haver um aumento de risco relativo estatisticamente significativo de 59% de gânglios não sentinela positivos na linfadenectomia axilar se o gânglio sentinela apresentar invasão extracapsular. Como limitações deste trabalho deve ser referida a metodologia observacional de caso-controlo, bem como a ausência de outcomes clínicos.

## CONCLUSÃO

A invasão extracapsular do gânglio sentinela é um factor de risco estatisticamente significativo para a presença de gânglios não sentinela positivos no esvaziamento axilar.

### *Correspondência:*

A. SAMPAIO SOARES

e-mail: antonio.soares@hff.min-saude.pt

### *Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

### *Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## RETALHOS PERFURANTES – PARA ALÉM DA CIRURGIA CONSERVADORA

GONÇALO FIGUEIRÔA<sup>1</sup>, CATARINA NEVES<sup>2</sup>, MARIA ISABEL MANSO<sup>2</sup>, NICOLE CARDOSO<sup>2</sup>, HENRIQUE MORAIS<sup>2</sup>, MARIBEL COSME<sup>2</sup>, JOSÉ IGNÁCIO CHAVIANO<sup>2</sup>, GABRIELA VALADAS<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

<sup>2</sup> Centro Hospitalar Universitário do Algarve

### INTRODUÇÃO

A utilização de retalhos das artérias perforantes intercostais é uma técnica de substituição de volume em cirurgia conservadora da mama, relativamente recente e de grande utilidade em ressecções extensas. Com uma utilização crescente, esta técnica permite tratar doença multifocal e multicêntrica, conciliando a qualidade da ressecção oncológica com os melhores resultados estéticos. Mais recentemente, o seu recurso tem vindo a expandir-se, mostrando-se também vantajoso na resolução de complicações pós-operatórias após cirurgia com reconstrução imediata, tais como exposição protésica ou necrose de retalhos.

### OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma série de casos em que se recorreu à utilização de retalhos das artérias perforantes intercostais, refletindo a nossa experiência com a utilização desta técnica.

### MÉTODOS

O trabalho pressupôs uma análise retrospectiva observacional da informação clínica mais relevante das doentes e respetivo registo fotográfico. Associadamente, procedeu-se à consulta da respetiva literatura médica. O período em análise teve início em agosto de 2022, com término em dezembro de 2023 (15 meses). A definição do retalho a utilizar passou pela identificação imagiológica das artérias perforantes intercostais através da utilização de uma sonda vascular doppler de 8 MHz. Os retalhos foram confeccionados para incluir o local do perfurante com base no volume e local do tumor e o defeito a preencher.

### RESULTADOS

No período em análise, foram identificadas 17 doentes em que se recorreu à utilização deste tipo de retalhos. Destes, em 13 dos casos trataram-se de doentes submetidas a cirurgia conservadora com necessidade de ressecções extensas e/ou invasão cutânea, apresentando nestes casos muito bons resultados a curto prazo. Nos restantes 4 casos, a sua utilização mostrou ser uma ferramenta útil na



resolução de complicações pós-operatórias. Os casos remontam a doentes em quimioterapia adjuvante e submetidas previamente a mastectomia oncológica com reconstrução imediata com implante pré-peitoral. Estas doentes apresentavam deiscência da ferida cirúrgica com exposição concomitante da prótese. A utilização de retalhos perfurantes mostrou, neste subgrupo, uma taxa de sucesso de 50%.

## DISCUSSÃO

A utilização de retalhos das artérias perfurantes intercostais apresenta uma curva de aprendizagem aceitável para um cirurgião experiente, com bons resultados oncológicos e estéticos, acarretando

menos morbidade, comparativamente com a utilização de retalhos miocutâneos, e permitindo poupa-los. Por outro lado, afigura-se como uma opção cirúrgica a ter em consideração na resolução de complicações pós-operatórias de cirurgia de reconstrução, as quais podem representar um desafio.

## CONCLUSÃO

Sendo uma técnica fácil de introduzir e de replicar, e apresentando resultados globais muito favoráveis, estes retalhos de artérias perfurantes intercostais são uma mais valia a ter em consideração na cirurgia oncoplástica da mama.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Quinn EM, O’Ceallaigh S, Highton L, Murphy J. *The Use of Local Perforator Flaps in Delayed or Secondary Breast Reconstruction*. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020;8(12):e3263. Publicado em 2020 Dez 17. doi:10.1097/GOX.0000000000003263
- 2 Soumian S, Parmeshwar R, Chandarana M, Marla S, Narayanan S, Shetty G. *Chest wall perforator flaps for partial breast reconstruction: Surgical outcomes from a multicenter study*. *Arch Plast Surg*. 2020;47(2):153-159. doi:10.5999/aps.2019.01186
- 3 Chartier C, Safran T, Alhalabi B, Murphy A, Davison P. “*Locoregional perforator flaps in breast reconstruction: An anatomic review & quadrant algorithm*”. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2022;75(4):1328-1341. doi:10.1016/j.bjps.2022.01.043

*Correspondência:*

GONÇALO FIGUEIRÔA

e-mail: g.figueiroa8@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## PAPEL DA RM MAMÁRIA NA PREDIÇÃO DE RESPOSTA E ORIENTAÇÃO CIRÚRGICA NO CÂNCRO DE MAMA PÓS QT NEOADJUVANTE

BEATRIZ GONÇALVES, BEATRIZ COSTEIRA, MARIA DO CARMO GIRÃO, MAFALDA MACHADO, CÁTIA FERNANDES DA CUNHA, RODRIGO OOM, CRISTINA SOUSA COSTA, CATARINA RODRIGUES DOS SANTOS, JOÃO VARGAS MONIZ, NUNO ABECASIS

Instituto Português de Oncologia, Lisboa

### INTRODUÇÃO

A quimioterapia neoadjuvante (QT NA) tem uma importância crescente no tratamento do cancro de mama – potencia *downstaging* tumoral, incremento da cirurgia conservadora, permite a avaliação da quimiossensibilidade in vivo e pode ter importância prognóstica.

A ressonância magnética (RM) mamária tem como uma das principais indicações a avaliação da resposta pós QT NA.

O objetivo do presente estudo é perceber de que forma a RM pode determinar a cirurgia do cancro de mama pós QTNA, ao avaliar a validade da mesma em prever resposta patológica completa, global e consoante subtipo molecular.

### MÉTODOS

Estudo retrospectivo, unicêntrico, que inclui doentes com carcinoma invasivo primário da mama, cN+, tratado com QTNA, seguido de linfadenectomia axilar (LA), de 2017 a 2021. Resposta imagiológica completa na mama definida por ausência de realce residual e na axila por

ausência de gânglios com aumento de dimensões, espessamento cortical, realce ou perda do halo adiposo.

### RESULTADOS

Incluídos 414 doentes para análise. Na predição de resposta tumoral, a acuidade da RM é de 76.9%, a sensibilidade (S) de 63.5%, a especificidade (E) de 83.1%, o valor preditivo positivo (VPP) de 63.3% e o valor preditivo negativo (VPN) de 83.1%, sendo que na predição de resposta axilar é de 60.7%, 64.7%, 58.1%, 50.0% e 71.8%, respetivamente.

Os tumores triplo negativos (TN) são aqueles onde a RM apresenta a maior acuidade, quer na predição de resposta tumoral – S 75.0%, E 87.5%, VPP 90.0% e VPN 70.0% – quer na da axila – S 75.0%, E 71.4%, VPP 75.0%, VPN 71.4%.

Nos Her2+, a RM na predição de resposta tumoral apresenta valores de S, E, VPP e VPN de cerca de 70-80%. Na axila, a S e a E da RM são de apenas 50-60%, mas mantém um elevado VPP (70%).

Por último, os subtipos luminais A e B Her2- são aqueles onde a RM é pior, sobretudo à custa de menor S e menor VPP, tanto na predição de



resposta tumoral (S 0.0% e 36.4%, VPP 0.0% e 26.7%, respetivamente), como na axila (S 33.3 % e 71.1% e VPP 9.5% e 37.0%, respetivamente).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Na mama, a acuidade da RM na avaliação de resposta é à custa de maior E e VPN, o que aponta para uma maior fiabilidade na ausência de resposta completa. Ainda assim é diferente por subtipos, sendo os TN e os Her2 aqueles onde é mais fidedigna.

Na prática clínica, o parâmetro de acuidade mais útil é a avaliação do VPP – probabilidade de uma

resposta completa na RM se traduzir numa resposta patológica completa (tumoral ou axilar), uma vez que é perante esta que mudamos abordagem cirúrgica. E é sobretudo na axila que esta mudança ganha relevância, nomeadamente com a indicação para realização de LA seletiva.

No global, a acuidade da RM na predição de resposta axilar parece ser inferior. Os TN mantêm-se aqueles onde há mais congruência e nos Her2, apesar de perder acuidade, mantém um elevado VPP, fundamental para a escolha terapêutica. Os luminais, pelo contrário, são aqueles com pior VPP, pondo em causa o seu uso na decisão de LA seletiva.

*Correspondência:*

BEATRIZ METELLO COTRIM PEREIRA GONÇALVES  
e-mail: beatrizmpgoncalves@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## TRATAMENTO DOS LIPOSSARCOMAS DAS EXTREMIDADES: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

INÊS SOUSA, PEDRO MARTINS, DANIEL JORDÃO, JOSÉ FLÁVIO VIDEIRA, JORGE GUIMARÃES, AUGUSTO MOREIRA, JOAQUIM ABREU DE SOUSA

Serviço de oncologia cirúrgica do Instituto Português de Oncologia, Porto

### INTRODUÇÃO

Os lipossarcomas (LPS) são neoplasias raras mas são considerados um dos principais grupos de sarcomas dos tecidos moles em adultos. Com base nas suas características moleculares e citogenéticas, podemos dividir os LPS em 3 graus biológicos e 5 subtipos diferentes (bem diferenciado, desdiferenciado, mixóide, de células redondas e pleomórfico). O LPS bem- diferenciado é o subtipo mais frequente, seguido do mixóide, que geralmente aparece em indivíduos mais jovens. 80% dos LPS desenvolvem-se nos membros inferiores (MI). Para além da cirurgia, a radioterapia (RT) neoadjuvante (NA) também tem um papel no tratamento destes dentes.

### OBJETIVOS

Apresentar os resultados do tratamento cirúrgico dos LPS das extremidades num centro de referência durante 5 anos.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo retrospectivo unicêntrico que incluiu todos os doentes com LPS das extremidades tratados

no IPO do Porto de 2013 a 2017. Os resultados analisados incluíram dados demográficos, cirúrgicos, anátomo-patológicos e do seguimento destes doentes.

### RESULTADOS

Foram incluídos 65 doentes neste estudo, 54% do sexo masculino, com uma idade média de 60 anos. 91% tinham LPS dos MI. 89% dos doentes tinham sintomas à apresentação e 74% foram operados inicialmente no IPO Porto. 79% das resseções foram R0, 19% foram R1 e 2% R2. O subtipo histológico mais frequente foi o LPS mixóide (43%), seguido dos subtipos pleomórfico/desdiferenciado (29%) e bem diferenciado (28%). 60% dos tumores tinham uma dimensão superior a 10 centímetros. A taxa de recidiva local foi de 20% (superior para o LPS pleomórfico, com  $p=0.03$ ) e de metastização à distância foi de 22% (também superior para o LPS pleomórfico, sem diferença estatisticamente significativa). 25% dos doentes fizeram RT NA, sendo este valor mais elevado para o LPS mixóide em comparação com o LPS pleomórfico ( $p=0.03$ ). Relativamente ao LPS mixóide, os doentes que fizeram RT NA tiveram maior taxa de resseções R0 ( $p=0.03$ ) e menor taxa de resseções R1 ( $p=0.01$ ).



40% dos doentes fizeram RT adjuvante (sem diferença estatisticamente significativa entre os vários subtipos). A sobrevivência global e livre de doença média foi de 72 e 60 meses, respetivamente (ligeiramente superior no subgrupo dos LPS mixóides). A taxa de sobrevivência global aos 5 anos foi de 83%.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Os LPS das extremidades são neoplasias raras. A resseção alargada é o *goldstandard* para o tratamento destes doentes, associada ou não a RT. Estas neoplasias devem ser tratadas em centros de referência por equipas dedicadas.

*Correspondência:*

PEDRO MARTINS

e-mail: cm46266@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## O PESO DA PEÇA DE TIROIDECTOMIA TEM IMPACTO NA MORBILIDADE PERI-OPERATÓRIA?

SUSANA HENRIQUES, RICARDO MARQUES, NUNO CARVALHO, ISABEL NASCIMENTO

Hospital Garcia de Orta – Serviço de Cirurgia Geral

### INTRODUÇÃO

Vários fatores contribuem para a morbidade da cirurgia tiroideia. A referência na literatura ao peso da peça de tiroidectomia como fator de risco na morbidade peri-operatória é escassa. O nosso objetivo é avaliar o impacto do peso da tiroide na morbidade peri-operatória associada a tiroidectomia total.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um coorte retrospectivo que incluiu os doentes submetidos a tiroidectomia total entre janeiro de 2016 e setembro de 2023. Foram avaliadas as características demográficas e score ASA dos doentes operados, peso da peça cirúrgica e complicações peri-operatórias. Das complicações estudadas definiu-se hipoparatiroidismo transitório até aos 6 meses de pós-operatório e hipoparatiroidismo permanente a partir dessa data; hematoma como hemorragia com necessidade de re-intervenção cirúrgica; infeção do local cirúrgico como infeção que decorre nos primeiros 30 dias de pós-operatório; lesão do nervo laríngeo recorrente (NLR) identificada no intra-operatório com secção parcial ou completa do nervo; disfunção das pregas vocais transitória até aos 6 meses de pós-operatório e permanente após essa data, definindo-se paresia

como diminuição da mobilidade e paralisia como ausência total de mobilidade. As variáveis contínuas foram analisadas quanto à média e mediana e as variáveis categóricas quanto às frequências relativas e absolutas. Para estabelecer correlação entre variáveis foi aplicado o teste estatístico Mann-Whitney U e o coeficiente de Spearman.

### RESULTADOS

Foram submetidos a tiroidectomia total 301 doentes (247 mulheres e 54 homens), com uma idade mediana de 59 anos [12; 87], na maioria com score ASA II (63.1%). O peso mediano das peças cirúrgicas foi de 43.15g [6.5-400] (Tabela 1).

As complicações mais comuns identificadas foram hipoparatiroidismo transitório (36.5%) e disfunção transitória das pregas vocais (15.8%) (Figura 1).

Estabeleceu-se uma correlação positiva entre o peso da tiroide e a infeção do local cirúrgico ( $r=0.14$ ,  $p=0.018$ ), lesão do NLR ( $r=0.147$ ,  $p=0.012$ ) e a disfunção transitória das pregas vocais ( $r=0.135$ ,  $p=0.038$ ).

### DISCUSSÃO

Existem vários fatores bem estabelecidos para a morbidade na cirurgia tiroideia, nomeadamente



Tabela 1 – Características da população estudada

|                                      | Coorte (N=301) |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Sexo (n, %)</b>                   |                |
| Masculino                            | 54 (17.9)      |
| Feminino                             | 247 (82.1)     |
| <b>Idade (anos)</b>                  |                |
| Mediana [min; max]                   | 59 [12;87]     |
| Média ± Đ                            | 57.35 ± 14.6   |
| <b>ASA (n, %)</b>                    |                |
| I                                    | 69 (22.9)      |
| II                                   | 190 (63.1)     |
| III                                  | 40 (13.3)      |
| IV                                   | 2 (0.7)        |
| <b>Classificação Bethesda (n, %)</b> |                |
| I                                    | 22 (7.3)       |
| II                                   | 113 (37.5)     |
| III                                  | 40 (13.3)      |
| IV                                   | 18 (6.0)       |
| V                                    | 71 (23.6)      |
| Sem citologia                        | 37 (12.3)      |

a indicação cirúrgica (por exemplo, tireoidite ou neoplasia), re-operações assim como o volume operatório de cada centro. No entanto, o peso da glândula não está tão bem estudado quanto ao impacto na morbidade. No nosso estudo estabeleceu-se uma correlação positiva, apesar de baixa ( $r < 0,3$ ) com a infecção do local cirúrgico, lesão do NLR e disfunção das pregas vocais.

O presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente por ser um estudo retrospectivo. Além disso, apresenta uma amostra pequena.

## CONCLUSÃO

O risco de lesão do NLR ou disfunção das pregas vocais e infecção do local cirúrgico aumenta com o peso da glândula. Doentes com tiroides de maior volume, e previsivelmente mais complexas tecnicamente, deverão ser submetidos a cirurgia em centros mais experientes, com previsivelmente, menos risco de complicações.

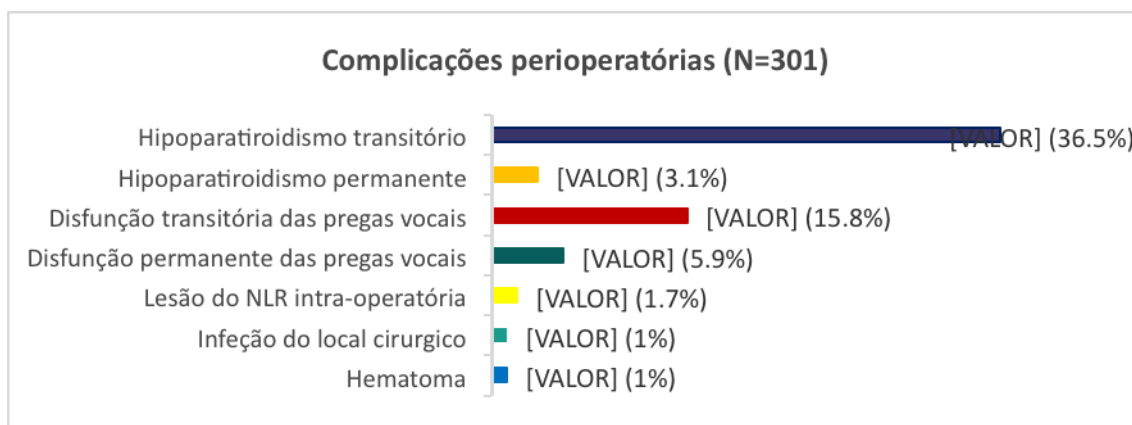


Figura 1 – Complicações perioperatórias.

**Correspondência:**

SUSANA HENRIQUES

e-mail: susanahenriques1989@gmail.com

**Data de recepção do artigo:**

14/03/2024

**Data de aceitação do artigo:**

15/03/2024



## CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-PATOLÓGICA DE TUMORES NIFTP DA TIROÍDE — ESTUDO DE COORTE RETROSPETIVO NUM HOSPITAL CENTRAL

MIGUEL ANDRADE DE ALMEIDA<sup>1</sup>, PEDRO CANÃO<sup>2</sup>, JOÃO CAPELA<sup>1</sup>, PEDRO SÁ COUTO<sup>1</sup>, ELISABETE BARBOSA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cirurgia Geral – Centro Hospitalar Universitário de São João

<sup>2</sup> Serviço de Anatomia Patológica – Centro Hospitalar Universitário de São João

### INTRODUÇÃO

O conceito de NIFTP surgiu em 2016 como um subconjunto reclassificado de carcinoma papilar da tiroide variante folicular encapsulado não invasivo. Devido ao seu muito baixo risco é recomendada uma abordagem mais conservadora para estes tumores.

### OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi avaliar as características clinicopatológicas dos NIFTP que poderão ajudar a distingui-los dos carcinomas bem diferenciados da tiróide, potencialmente evitando o sobretratamento.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo dos casos de NIFTP, de julho de 2017 a novembro de 2022, na nossa instituição. Foram inicialmente identificados 120 casos, tendo sido excluídos os casos de consulta patológica para outras instituições, NIFTP não previamente submetidos

a citologia aspirativa por agulha fina, e NIFTP menores que 1 cm. Foi realizada uma revisão dos dados demográficos, clínicos, imagiológicos e citológicos.

### RESULTADOS

Entre 70 casos diagnosticados como NIFTP, 74.3% eram mulheres e a idade média foi de 55 anos. O tamanho médio dos NIFTP foi de 2.5 cm. Ecograficamente, a maioria dos nódulos foi categorizada como EU-TIRADS 3 (65.7%) e EU-TIRADS 4 (32.9%). Na citologia aspirativa, foram predominantemente classificados como Bethesda III (21.4%) ou IV (58.6%). Em relação às intervenções cirúrgicas, 36 pacientes (51.4%) foram submetidos a lobectomia com istmectomia, e 34 pacientes (48.6%) submetidos a tiroidectomia total. Não houve casos de totalização de tiroidectomia. Treze doentes (18.6%) apresentaram microcarcinomas concomitantes, não tendo sido nenhum deles submetido a tratamento adjuvante com iodo radioativo. Registaram-se 5 (7.1%) casos de hipoparatiroidismo pós-operatório transitório e



TABELA 1.

|  | Lobectomia com istmectomia<br>(n=36) | Tiroidectomia total<br>(n=34) | Total<br>(n=70) | valor-p |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------|---------|
| <b>Idade</b> (anos), mediana (intervalo)                     | 53 (26-84)                           | 57 (25-84)                    | 55 (25-84)      | 0.235   |
| <b>Gênero</b>  |                                      |                               |                 | 0.133   |
| Feminino (n, %)  | 24 (34.3)                            | 28 (40.0)                     | 52 (74.3)       |         |
| Masculino (n, %)   | 12 (17.1)                            | 6 (8.6)                       | 18 (25.7)       |         |
| <b>História familiar de cancro da tiroide</b> (n, %)         | 5 (7.1)                              | 2 (2.9)                       | 7 (10.0)        | 0.264   |
| <b>Função tiroideia</b> (n, %)                               |                                      |                               |                 | 0.264   |
| Hipotiroideu   | 1 (1.4)                              | 2 (2.9)                       | 3 (4.3)         |         |
| Eutiroideu   | 35 (50.0)                            | 30 (42.9)                     | 65 (92.9)       |         |
| Hipertiroideu  | -                                    | 2 (2.9)                       | 2 (2.9)         |         |
| <b>Tamanho da lesão</b> (mm), mediana (intervalo)            | 21 (11-48)                           | 31 (10-105)                   | 25 (10-105)     | 0.007   |
| <b>Ecogenicidade</b> (n, %)                                  |                                      |                               |                 | 0.059   |
| Hipoecóico   | 14 (20.0)                            | 8 (11.4)                      | 22 (31.4)       |         |
| Isoecóico  | 19 (27.1)                            | 26 (37.1)                     | 45 (64.3)       |         |
| Hiperecóico  | 3 (4.3)                              | -                             | 3 (4.3)         |         |
| <b>Composição</b> (n, %)                                     |                                      |                               |                 | 0.217   |
| Sólido   | 29 (41.4)                            | 23 (32.9)                     | 52 (74.3)       |         |
| Misto  | 7 (10.0)                             | 11 (15.7)                     | 18 (25.7)       |         |
| <b>EU-TIRADS</b> (n, %)                                      |                                      |                               |                 | 0.145   |
| 3  | 20 (28.6)                            | 26 (37.1)                     | 46 (65.5)       |         |
| 4  | 15 (21.4)                            | 8 (11.4)                      | 23 (32.9)       |         |
| 5  | 1 (1.4)                              | -                             | 1 (1.4)         |         |
| <b>Bethesda</b> (n, %)                                       |                                      |                               |                 | 0.166   |
| I  | 2 (2.9)                              | -                             | 2 (2.9)         |         |
| II   | 4 (5.7)                              | 8 (11.4)                      | 12 (17.1)       |         |
| III  | 6 (8.6)                              | 9 (12.9)                      | 15 (21.4)       |         |
| IV   | 24 (34.3)                            | 17 (24.3)                     | 41 (58.6)       |         |
| <b>Microcarcinoma associado</b> (n, %)                       | 3 (4.3)                              | 10 (14.3)                     | 13 (18.6)       | 0.023   |
| <b>Hipoparatiroidismo pós-operatório</b> (n, %)              | -                                    | 5 (7.1)                       | 5 (7.1)         | 0.017   |
| <b>Lesão transitória do nervo laríngeo recorrente</b> (n, %) | -                                    | 3 (4.3)                       | 3 (4.3)         | 0.068   |
| <b>Seguimento</b><br>(meses), mediana<br>(intervalo)         | 29.5 (4-65)                          | 27.0 (2-61)                   | 27.5 (2-65)     | 0.944   |



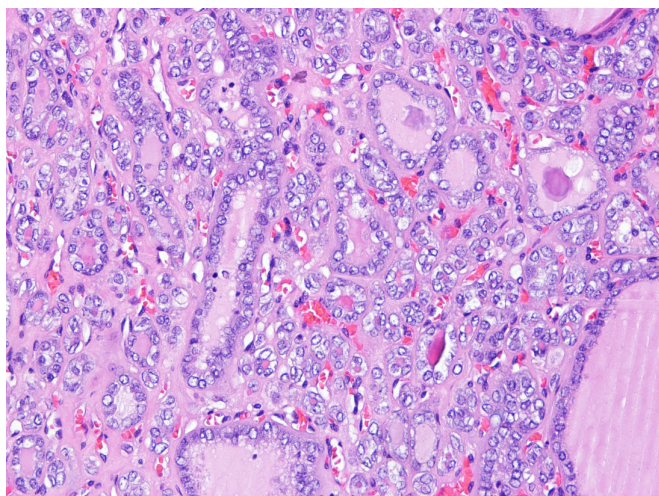


FIGURA 1 – *Non-invasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features* (NIFTP). Tumor com padrão de crescimento folicular composto por células com núcleos aumentados, membranas nucleares irregulares com sulcos frequentes e cromatina clareada.

3 (4.3%) casos de lesão transitória do nervo laríngeo recorrente, todos no contexto de tireoidectomia total. Não se observaram recidivas estruturais ou bioquímicas após um follow-up mediano de 27.5 meses.

## DISCUSSÃO

Os NIFTP parecem pouco ou moderadamente suspeitos na ecografia (EU-TIRADS 3 e 4), sendo classificados citologicamente com mais frequência como Bethesda III ou IV. Apesar do diagnóstico ser exclusivamente histológico, uma avaliação pré-operatória adequada poderá levar à suspeição de NIFTP, existindo achados citológicos típicos, como a presença de atipia arquitetural (colóide escasso, *clusters* de células foliculares e microfolículos) e atipia nuclear (núcleos ovais de dimensão aumentada).

## CONCLUSÃO

Dada a sua evolução clínica favorável, a realização de lobectomia parece ser suficiente para o tratamento de NIFTP, desde que na ausência de doença maligna associada, nódulos com expressão significativa no lobo remanescente, ou outras razões que justifiquem uma tireoidectomia total.

### Correspondência:

MIGUEL ANDRADE DE ALMEIDA  
e-mail: nmiguelalmeida92@gmail.com

### Data de recepção do artigo:

14/03/2024

### Data de aceitação do artigo:

15/03/2024





## PARATIROIDECTOMIA: EXPERIÊNCIA EM CIRURGIA RADIOGUIADA

ANA RITA FERREIRA, DANIELA PEREIRA, VICTOR VIEGAS, DANIEL MARTINS, ANDREIA AMADO, BELA PEREIRA, SUSANA GRAÇA, ANTÓNIA PÓVOA, CARLOS SOARES, MANUEL OLIVEIRA

Unidade de Saúde Local de Gaia/Espinho

### INTRODUÇÃO

A paratiroidectomia tem apresentado um desenvolvimento significativo através de métodos de localização pré-operatórios mais precisos, novas abordagens cirúrgicas e utilização de adjuvantes intraoperatórios.

A paratiroidectomia radioguiada (PTR) acrescenta precisão na deteção intraoperatória e permite realizar mais procedimentos minimamente invasivos, com as vantagens inerentes.

A captação do  $^{99}\text{Tc}$ -Sestamibi pelos tecidos está relacionada com a sua atividade metabólica. O *wash-out* deste marcador no tecido tiroideu é mais rápido do que na paratiroide.

### OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é a descrição e avaliação da experiência em PTR, no nosso centro hospitalar.

### MÉTODOS E RESULTADOS

O protocolo do serviço consiste na administração de  $^{99}\text{Tc}$ -sesatmibi no dia da cirurgia, com

início da mesma idealmente 1:30-2 horas após a administração. Intra-operatoriamente, após a calibração, são feitas as seguintes contagens: após incisão da pele, aquando da identificação da glândula patológica (in vivo), após a excisão com contagem da peça (ex vivo), e na loca cirúrgica.

No nosso estudo, foi feita uma análise retrospectiva de 97 doentes submetidos a paratiroidectomia entre 2010 e 2022.

Dos doentes operados, 90% (n=87) tinham HPT primário. Realizou-se cirurgia dirigida em 86 doentes (89%), 35% (n=36) foram radioguiadas e em 16 casos (16%) associou-se cirurgia da tiroide.

Na nossa amostra, 11,3% precisaram de exames adicionais para localização pré-operatória.

Foi realizada cirurgia dirigida em 91% (n=32) das PTR.

Em 57% das PRT os exames eram não localizadores/não concordantes, sendo que 17 ecografias não localizavam a PT e 9 cintigrafias eram negativas. Realizou-se doseamento de iPTH em 50% das PTR.

Dos doentes submetidos a PTR, 3 tiveram persistência e 1 recorrência de doença.



## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A PTR demonstrou ser um método adjuvante útil e seguro em doentes com exames pré-operatórios discordantes, associada a baixa morbidade.

A maioria dos doentes intervencionados tinham IMC > 25, pelo que poderá ser um método útil em doentes obesos, com mau biótipo para ecografia

pré-operatória e que dificultam a dissecação cirúrgica.

Tem-se mostrado um método particularmente importante nos doentes re-intervencionados.

O uso da PTR permite alargar as intervenções minimamente invasivas a mais doentes, com menor manipulação das estruturas cervicais e, avaliar intra-operatoriamente a eficácia cirúrgica.

*Correspondência:*

ANA RITA OLIVEIRA FERREIRA

e-mail: anarita878@hotmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## IMPACTO DA METASTIZAÇÃO GANGLIONAR NO CARCINOMA PAPILAR DA TIRÓIDE NO SUBGRUPO DE DOENTES COM IDADE INFERIOR A 55 ANOS

ANA RITA FERREIRA, CAROLINA TAVARES, JOÃO VARANDA, HUGO PEREIRA, ANDREIA AMADO, SUSANA GRAÇA, BELA PEREIRA, CARLOS SOARES, ANTÓNIA PÓVOA, MANUEL OLIVEIRA

Unidade de Saúde Local de Gaia/Espinho

### INTRODUÇÃO

O Carcinoma Papilar da Tiróide (CPT) representa o subtipo mais prevalente de cancro da tiróide, e a sua incidência continua a aumentar à escala global.

No CPT, o estadio I engloba todos os doentes no grupo etário inferior a 55 anos de idade, sem evidência de metástases à distância. Este grupo heterogéneo inclui desde carcinomas subcentimétricos até doença localmente invasiva, pelo que urge a necessidade de uma estratificação de risco adequada. Apesar do seu excelente prognóstico, existem características que podem fazer prever um pior outcome, sobretudo a nível de sobrevida livre de doença.

### OBJETIVO

Neste trabalho, temos como objetivo avaliar o impacto da metastização ganglionar na sobrevida livre de doença dos doentes com CPT com  $\leq 55$  anos. Como endpoints secundários, pretendia-se uma análise dos fatores clínico-patológicos que mais afetaram a recorrência/persistência, e ainda uma avaliação da persistência/recorrência neste subgrupo etário na nossa instituição.

### MÉTODOS

Análise retrospectiva dos doentes com  $<55$  anos submetidos a cirurgia por CPT, na nossa instituição, entre 2011 e 2020.

### RESULTADOS

Foram incluídos 170 doentes, com prevalência do sexo feminino (87%).

Foram considerados dois grupos: G1 – sem metastização ganglionar ( $n=137$ , 81%) e G2 – metastização ganglionar (N+) ( $n=33$ , 19%).

G2 apresentou significativamente mais ressecções incompletas (R1) ( $p=0,01$ ), e extensão extratiroideia (ETE) do tumor ( $p=0,01$ ). (Tabela 1)

Também no G2, a prevalência de persistências/recorrências ( $n=11$ ) ( $p<0,01$ ) foi significativamente maior que no G1 ( $n= 8$ ). (Tabela 1)

A metastização ganglionar, ETE e R1 associaram-se significativamente com um maior risco de recidiva/persistência de doença (RR de 5.74, 4.5 e 4.8, respetivamente,  $p<0.01$ ).

Dos nossos resultados, obtivemos que a presença de 1 destes FR aumenta o risco de 4 para 6,9%, de



TABELA 1 – Análise comparativa do grupo 1 e 2.

| VARIÁVEIS                                 | G1<br>N = 137 (81%) | G2<br>N = 33 (19%) | P                |
|---|---------------------|--------------------|------------------|
| <b>Idade ao diagnóstico</b> – média (±DP) | 43.4 (±9.4)         | 39.1 (±10.3)       | 0.282            |
| <b>Gênero</b> – n (%)                     |                     |                    | 0.762            |
| Feminino                                  | 119 (86.9)          | 28 (84.8)          |                  |
| Masculino                                 | 18 (13.1)           | 5 (15.2)           |                  |
| <b>Tipo de Cirurgia</b> – n (%)           |                     |                    | 0.132            |
| Tiroidectomia Total                       | 87 (63.5)           | 27 (81.8)          |                  |
| Lobectomia                                | 50 (36.5)           | 6 (18.2)           |                  |
| <b>Linfadenectomia central</b> – n (%)    | 3 (2.2)             | 24 (72.7)          | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Linfadenectomia lateral</b> – n (%)    | 1 (0.7)             | 15 (45.4)          | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Subtipo Histológico</b> – n (%)        |                     |                    | 0.296            |
| Clássico                                  | 73 (53.3)           | 22 (66.7)          |                  |
| Folicular                                 | 55 (40.1)           | 9 (27.3)           |                  |
| Clássico oncocítico                       | 5 (3.7)             | 0                  |                  |
| Células altas                             | 1 (0.7)             | 0                  |                  |
| Esclerosante difuso                       | 1 (0.7)             | 0                  |                  |
| Solido trabecular                         | 2 (1.5)             | 2 (6)              |                  |
| <b>Focalidade</b> – n (%)                 |                     |                    | 0.202            |
| Unifocal                                  | 91 (66.4)           | 18 (54.5)          |                  |
| Multifocal                                | 46 (33.6)           | 15 (45.5)          |                  |
| <b>Lateralidade</b> – n (%)               |                     |                    | 0.222            |
| Unilateral                                | 116 (84.7)          | 25 (75.8)          |                  |
| Bilateral                                 | 21 (15.3)           | 8 (24.2)           |                  |
| <b>Extensão Extratiroideia</b> – n (%)    |                     |                    | <b>0.001</b>     |
| Extratiroideia minor                      | 33 (24.1)           | 11 (33.3)          |                  |
| Extratiroideia major                      | 3 (2.2)             | 8 (24.2)           |                  |
| <b>Invasão vascular</b> – n (%)           | 21 (15.3)           | 8 (24.2)           | 0.222            |
| <b>Invasão linfática</b> – n (%)          | 13 (9.5)            | 15 (45.5)          | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Margens de Ressecção</b> – n (%)       |                     |                    | <b>0.018</b>     |
| R0  | 116 (84.7)          | 22 (66.7)          |                  |
| R1  | 21 (15.3)           | 11 (33.3)          |                  |
| <b>Risco de recorrência ATA</b> – n (%)   |                     |                    | <b>&lt;0.001</b> |
| Baixo                                     | 90 (65.7)           | 1 (3)              |                  |
| Intermédio                                | 26 (19)             | 19 (57.6)          |                  |
| Alto                                      | 21 (15.3)           | 13 (39.4)          |                  |
| <b>Persistência/Recorrência</b>           | 8 (5.8)             | 11 (33.3)          | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Morte</b> – n (%)                      | 0                   | 1 (3)              | <b>0.042</b>     |



2 FR para 21,1% e a presença dos 3 FR para 75%, aumentando em 19 vezes o risco de persistência/recorrência.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os doentes com menos de 55 anos são geralmente considerados como tendo uma doença indolente,

mesmo quando confrontados com doença loco-regional.

No entanto, o CPT apresenta uma taxa de recorrência ainda significativa, de cerca de 8%–28%.

A identificação dos doentes <55 anos de “alto risco” pode permitir otimizar a adoção de estratégias terapêuticas e de vigilância dirigidas.

*Correspondência:*

ANA RITA OLIVEIRA FERREIRA

e-mail: anarita878@hotmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## TOXINA BOTULÍNICA COMO TÉCNICA ADJUVANTE NO TRATAMENTO DA HÉRNIA VENTRAL COMPLEXA

JOÃO FERREIRA ANDRADE, PEDRO PEREIRA, M<sup>a</sup> JOÃO VALE, TERESA COSTA, BEATRIZ MADEIRA, HELENA COSTA, JOSÉ MANUEL RODRIGUES, AUGUSTO LOURENÇO

ULS Guarda

### INTRODUÇÃO

As hérnias incisionais complexas são uma complicação comum e a sua incidência está a aumentar trazendo consigo uma elevada morbidade a nível social, psicológico e profissional.

Existe um interesse crescente na área da parede abdominal complexa que está a levar ao desenvolvimento de novas soluções cirúrgicas permitindo que doentes cada vez mais complexos estejam agora a ser propostos para correção cirúrgica com bons resultados e baixa morbidade.

Objetivo principal da cirurgia passa pelo encerramento primário da aponevrose sem tensão.

Para correção destas hérnias complexas foram descritas técnicas de separação de componentes, mas que estão associadas a uma alta morbidade. A toxina botulínica (TBA) surge neste contexto como uma técnica adjuvante que vai facilitar o encerramento primário.

A seleção criteriosa e preparação pré-operatória dos doentes é essencial para obter resultados satisfatórios.

### OBJETIVOS

Demonstrar a eficácia e reprodutibilidade da aplicação de TBA como técnica adjuvante

no tratamento de hérnias ventrais incisionais complexas.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídos todos os doentes com hérnia ventral incisional complexa submetidos a TBA como técnica adjuvante. Consultados os processos clínicos e efetuada uma análise descritiva.

### RESULTADOS

A injeção da TBA como técnica adjuvante foi efetuada sob controlo ecográfico em 5 pontos bilateralmente. A dose total utilizada foi de 500U de toxina botulínica diluída em 100ml NaCl 0,9%. A injeção da TBA e a cirurgia foram sempre efetuadas pelo mesmo cirurgião sénior.

Os doentes foram operados 4 semanas após a aplicação de TBA.

A hernioplastia com prótese de polipropileno de baixa densidade e macroporosa em posição retro-muscular foi a cirurgia de eleição.

Foram incluídos 5 doentes com uma idade média de 55 anos, IMC médio de 28. O diâmetro do colo herniário variou entre os 6 e os 16cm. Segundo a classificação da EHS: [M1-5 W2]; [M1-5 R+ W2]; [M3-5 R+ W3]; [M1-4; W2]; [M3-5; R+; W2].



A aplicação da TBA e as cirurgias decorreram sem intercorrências. A média de dias internamento foi de 6 dias. Foi conseguido uma taxa de encerramento primário sem tensão de 100% com uma morbidade de 0%.

O follow-up aos 12 meses – sem recidiva, sem dor crónica associada e com bom resultado funcional.

## DISCUSSÃO

A TBA proporciona um relaxamento dos músculos abdominais, permitindo a aproximação dos bordos musculares e o encerramento primário da aponevrose sem tensão.

Permite alcançar resultados muito satisfatórios tanto ao nível da taxa de encerramento primário, como em termos de recidiva e resultado funcional.

Os excelentes resultados permitem evitar a opção por técnicas de separação de componentes.

## CONCLUSÃO

A aplicação da TBA é segura e reprodutível em hospitais de pequena dimensão com grande impacto para os doentes. São necessários mais estudos e de maiores dimensões para avaliar os resultados a longo prazo, bem como estabelecer critérios de seleção de doentes, a técnica e timings a utilizar.

*Correspondência:*

JOÃO FERREIRA ANDRADE

e-mail: andrade.jpf@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024



## LAPAROSCOPIC TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP) HERNIA REPAIR: OUR FIVE-YEAR PROGRESSION AND POSTOPERATIVE QUALITY OF LIFE (QOL)

SANDRA CARVALHO, CARLOTA MIRANDA, ANA VIRGINIA ARAÚJO, MIGUEL CARRACHA, CARLOS MARTINS, TOBIAS TELES, ALEXANDRA CABELEIRA

HPP – Hospital de Cascais, Dr. José Almeida

### INTRODUÇÃO

A correção da hérnia inguinal é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados na área da Cirurgia Geral. Existem várias técnicas, sendo que atualmente a abordagem laparoscópica tem sido cada vez mais, recomendada pelos seus benefícios em relação à abordagem convencional por via aberta, com destaque para melhor controlo da dor no pós-operatório e menor tempo de recuperação funcional. Realizámos uma análise retrospectiva das hernioplastias inguinais realizadas por um serviço de Cirurgia Geral, com o objetivo de avaliar a adoção da técnica transabdominal pré-peritoneal (TAPP) e analisar a qualidade de vida (QV) pós-operatória.

### MÉTODOS

Revisão sobre as hernioplastias inguinais realizadas entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022, com base em registos operatórios intra-hospitalares, com diferenciação dos procedimentos por TAPP e por via aberta. Foi efetuada uma análise detalhada dos resultados dos procedimentos realizados por TAPP e analisou-se a qualidade de vida através da

escala EuraHS-QoL, aplicada no pós-operatório, e dos registos intra-hospitalares das consultas de seguimento. Selecionou-se uma amostra aleatória do grupo das hernioplastias realizadas por via aberta, tendo em conta o seu maior volume, e aplicou-se a escala EuraHS-QoL através de chamadas telefónicas aos doentes no pós-operatório de cada grupo de abordagens, hernioplastias por via aberta (amostra aleatória concordante com o volume de doentes submetidos a hernioplastia por TAPP) e por TAPP (total de doentes, n=54).

### RESULTADOS

Verificamos que foram realizadas 54 intervenções por TAPP num total de 849 hernioplastias inguinais. Na abordagem por via laparoscópica notou-se uma progressão da sua execução, sendo que em 2018 apenas foram realizadas 5 intervenções por esta abordagem e em 2022 foram realizadas 18. Em regime de ambulatório foram realizadas 26 e em regime convencional 18 intervenções cirúrgicas, com uma média de um a dois dias de internamento.

No grupo submetido a TAPP, detetamos no peri-operatório, um menor número de casos de dor, restrição funcional e um melhor resultado estético,



de acordo com a escala utilizada. A correção da hérnia inguinal melhorou os scores da EuraHS-QoL em ambos os grupos. A aparência estética teve um pior resultado na consulta de seguimento a curto prazo nos doentes do grupo convencional.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A abordagem laparoscópica é segura e efectiva e de acordo com a evidência, deve ser recomendada,

tendo em conta a experiência do cirurgião e a preferência do paciente. Este trabalho permitiu verificar uma progressão no volume de cirurgias realizadas por TAPP e uma melhoria na qualidade de vida após a correção de hérnia inguinal por via laparoscópica.

Com esta evolução dentro do serviço avaliado espera-se que a abordagem via laparoscópica por TAPP seja adotada por mais especialistas e que no futuro seja parte integrante do plano formativo dos médicos internos.

*Correspondência:*

SANDRA CARVALHO

e-mail: sandra.gsc13@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





## e-TEP — RECOMENDAÇÕES E RESULTADOS DA REPARAÇÃO DE HÉRNIAS INCISIONAIS

MARCO PIRES, FRANCISCA ROSAS, BERTA BARBOSA, SÍLVIA NEVES, ARTUR FLORES, CARLOS MAGALHÃES

Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório da ULS de Santo António

### INTRODUÇÃO

A hérnia incisional corresponde a um defeito da parede abdominal na área de uma incisão cirúrgica prévia, sendo uma complicação cirúrgica comum e estando associada a um grande impacto na qualidade de vida dos doentes e com potenciais complicações associadas, como oclusão, encarceramento ou mesmo estrangulamento.

A laparoscopia é uma técnica relativamente recente no tratamento das hérnias incisionais, tendo sido inicialmente descrita em 1993. Em 2012 foi descrita pela primeira vez a técnica Enhance view Totally Extraperitoneal (eTEP) para a correção cirúrgica por via laparoscópica de hérnias inguinais, sendo que esta técnica foi posteriormente adaptada em 2017 para o tratamento cirúrgico de hérnias abdominais primárias e incisionais. Embora as técnicas laparoscópicas, incluindo o eTEP, estejam associadas a taxas mais baixas de complicações pós-operatórias, bem como a internamentos mais curtos e retoma mais precoce da atividade laboral, ainda não há evidência científica que comprove a superioridade a longo prazo em relação à abordagem aberta.

### OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo a revisão do estado de arte relativo ao tratamento cirúrgico da hérnia incisional, identificar possíveis indicações para realização de eTEP na correção da hérnia incisional e análise dos *outcomes* dos doentes tratados por esta técnica no nosso Centro.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídos no estudo os doentes diagnosticados com hérnia incisional, tratados cirurgicamente com a técnica eTEP no nosso Centro, entre outubro/2020 e fevereiro/2023.

Foram analisadas variáveis, incluindo dados demográficos, características da hérnia, complicações peri e pós-operatórias, tempo de internamento, taxa de readmissão em 30 dias, recorrência da hérnia e avaliação da dor.

### RESULTADOS

Foram incluídos 13 doentes, com idade média de 53,6 anos. Todos os doentes apresentavam hérnias



mediais. O tempo médio de follow-up foi de 25,2 meses. Na altura do diagnóstico 84,6% dos doentes encontravam-se assintomáticos. O tempo cirúrgico médio foi de 172 minutos, sendo que a maioria dos doentes teve alta no próprio dia. Um (1) doente complicou com seroma e outro (1) apresentou recidiva herniária. No pós-operatório, a maioria dos doentes apresentou dor severa a moderada (53,8%), sendo que ao fim de 30 dias a maioria (76,9%) já tinha retomado as atividades diárias normais, sem dor ou com dor ligeira.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Apesar das limitações do nosso estudo, concluímos que o eTEP é uma técnica segura e uma opção promissora no tratamento cirúrgico de hérnias incisionais, que oferece diversas vantagens em relação às outras técnicas disponíveis. No entanto, são necessários mais estudos para avaliar os resultados a curto e longo prazo desta técnica, bem como para comparar o eTEP com outras técnicas usadas no tratamento da hérnia incisional.

*Correspondência:*

MARCO PIRES

e-mail: marco\_alex\_pires@hotmail.com

*Data de recepção do artigo:*

14/03/2024

*Data de aceitação do artigo:*

15/03/2024





