

53^o

Reunião da Sociedade Portuguesa

de Cirurgia Plástica
Reconstrutiva e Estética

25 e 26 outubro 2024

Hotel Vila Galé Collection Alter Real
Alter do Chão

PROGRAMA

24 outubro 2024 | Quinta-feira

19:00h **Welcome drink no castelo de Alter do Chão** *(Inscrição obrigatória)*

25 outubro 2024 | Sexta-feira

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **Comunicações livres I** | CO 01 – CO 07
Moderadores: Manuel Vilela e Francisco Carvalho

09:00-09:30h **Sessão de Abertura**

09:30-11:00h **MESA-REDONDA I**
Remodelação corporal após perda massiva de peso
Moderadores: Íris Brito e Jorge Correia Pinto
Palestrantes: Ramon Vila Rovira ⁽²⁵⁾, Juliana Sousa ⁽¹²⁾, Paulo Costa ⁽¹²⁾,
Sérgio Teixeira ⁽¹²⁾ e Mariana Agostinho ⁽¹²⁾

11:00-11:30h Coffee break e visita aos Posters

11:30-13:00h **MESA-REDONDA II**
Colaboração interdisciplinar: Experiência dos diferentes centros
Moderadores: Carla Diogo e Luís Vieira
Palestrantes: Miguel Vaz ⁽¹²⁾, Carolina Gaspar ⁽¹²⁾, Gustavo Pereira ⁽¹²⁾,
Joana Costa ⁽¹²⁾, Rui Barbosa ⁽¹²⁾ e Rui Bastos ⁽¹²⁾

13:00-14:00h Almoço

14:00-15:30h **MESA-REDONDA III**
Cirurgia plástica pediátrica
Moderadores: Fernando Rosa e Diogo Guimarães
Palestrantes: Eduardo Matos ⁽²⁰⁾, João Nunes Costa ⁽²⁰⁾, Abel Mesquita ⁽²⁰⁾ e Diogo Casal ⁽²⁰⁾

15:30-16:00h **CONFERÊNCIA I**
O papel da tecnologia Renuvion na lipoaspiração de alta-definição e lipedema
Palestrante: Sofia Carvalho



LineaMédica®

16:00-16:30h **CONFERÊNCIA II**
Utilização do ENDOLIFT – Laser intersticial como adjuvante da lipoescultura e de lipedema
Palestrante: Sofia Carvalho

16:30-17:00h Coffee break e visita aos Posters

17:00-17:45h **SIMPÓSIO**
Estrutura e Contorno com Juvéderm e HarmonyCa
Palestrante: Cristina Villanueva

17:45-19:00h **Comunicações livres II | CO 08 – CO 17**
Moderadores: Alexandre Almeida e Catarina Diniz

19:00-19:30h **Reunião da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética**

20:30h Jantar do Congresso
(Inscrição obrigatória e valor ao cuidado do participante)

26 outubro 2024 | Sábado

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:30h **Comunicações livres III | CO 18 – CO 30**
Moderadores: Diogo Cruz e Mariana Jarnalo Melo

09:30-11:00h **MESA-REDONDA IV**
Reconstrução de cabeça e pescoço
Moderadores: Horácio Zenha e Luís Ribeiro
Palestrantes: Andrés Rodriguez (20'), Carlos Pinheiro (15'), Ricardo Horta (15'), Alberto Pereira (15') e Rúben Nogueira (15')

11:00-11:30h Coffee break e visita aos Posters

11:30-13:00h **MESA-REDONDA V**
Lesões de nervos periféricos
Moderadoras: Maria Manuel Mendes e Rúben Coelho
Palestrantes: Andrés Rodriguez (25'), Ricardo Horta (25') e Diogo Casal (25')

13:00h **Encerramento da Reunião**



COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

TUMORECTOMIA VS. REDUÇÃO MAMÁRIA TERAPÊUTICA: UM ESTUDO COMPARATIVO RETROSPECTIVO

Leonor Isabel Alpalhão Caixeiro;
Carolina Chaves; Larissa Lanzaro;
Ana Rita Ferreira; Fernanda Fernandes;
Leonor Rios; Augusta Cardoso;
Horácio Costa

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia /
Espinho*

Introdução: Em comparação com a tumorectomia, a redução mamária terapêutica permite margens de excisão maiores, sem comprometer a forma da mama. No entanto, a influência a longo prazo da redução mamária terapêutica na recorrência do carcinoma da mama permanece incerta.

Objectivo: Neste estudo pretende-se avaliar e comparar os resultados entre a redução mamária terapêutica e a tumorectomia, bem como avaliar se existem diferenças nos resultados oncológicos entre as duas técnicas aos 5 anos de segui-

mento.

Métodos: Este estudo retrospectivo e unicêntrico inclui os dados de todas as doentes com cancro da mama submetidas a redução mamária terapêutica ou a tumorectomia no período de janeiro 2010 a março 2018, com seguimento de 5 anos.

Resultados: Na amostra (N=215) todas as doentes são do género feminino e a idade média é de 59 anos. 58.1% das doentes foram submetidas a tumorectomia e 41,9% a redução mamária terapêutica.

As margens no grupo da redução mamária terapêutica (mediana=4.0mm) foram superiores ao do grupo de tumorectomia (mediana=2.0mm) ($p<0.001$). O número de re-excisões ou de mastectomias após cirurgia conservadora da mama foi superior na tumorectomia (20,7%) ao da redução mamária terapêutica (5,6%) ($p<0.003$).

Denotou-se um atraso médio de 22,5 dias no término de radioterapia no grupo da redução mamária terapêutica em comparação com o da tumorectomia ($p=0.089$).

não existiu diferença ao nível de sobrevida livre de doença (tumorectomia: 96,0% e redução mamária terapêutica: 94,4%; $p=0.899$) ou ao nível da sobrevida global (tumorectomia: 96,8% e redução mamária terapêutica: 96,7%; $p=0.873$).

Conclusões: Apesar do atraso na conclusão da radioterapia, a redução mamária terapêutica oferece margens cirúrgicas de excisão maiores, menor percentagem de margens cirúrgicas positivas e menos re-excisões/mastectomias posteriores em comparação com a Tumorectomia.

Não foi encontrada diferença na sobrevida livre de recorrência local e/ou à distância ou na sobrevida específica ao cancro da mama.

CO 02

VERSATILIDADE DO RETALHO PEDICULADO SUPRACLAVICULAR NA RECONSTRUÇÃO DE DEFEITOS DA CABEÇA E PESCOÇO

Inês Carreira; Margarida Sá;
Alexandra Rosa; Rira Fermoselle;
Rui Bastos
Centro Hospital Lisboa Ocidental

Introdução: O retalho pediculado supraclavicular tem vindo a ganhar

popularidade, nos últimos anos, para a reconstrução de defeitos da cabeça e pescoço. É um retalho regional fasciocutâneo baseado na artéria supraclavicular, ramo da artéria cervical transversa.

Casos clínicos: É apresentada a nossa experiência no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental na reconstrução de defeitos da cabeça e pescoço com retalho pediculado supraclavicular que demonstram a sua versatilidade e segurança. Debate-se ainda as principais indicações para utilização deste retalho, bem como complicações e resultados funcionais e estéticos a longo prazo.

Discussão e conclusão: O retalho pediculado supraclavicular é uma excelente opção reconstrutiva para revestimento de defeitos da cabeça e pescoço, não só como alternativa nos casos em que a transferência livre de tecidos não é opção, como também como cirurgia reconstrutiva de primeira linha. É um retalho de espessura fina, plíavel, com bom *match* de cor e textura com os tecidos envolventes. Está associado a pouca morbilidade da área dadora, poucas complicações pós-operatórias e a bons resultados estéticos a longo prazo. Por último, em comparação com os retalhos livres, tem como vantagens um menor tempo cirúrgico e uma menor

curva de aprendizagem, evitando a necessidade de utilizar técnicas microcirúrgicas.

CO 03

FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NA RECONSTRUÇÃO AUTÓLOGA COM RETALHO DIEP

Bernardo Ribeiro Cavadas;

Maria Albuquerque; Luís Vieira;

Luís Ribeiro; Diogo Casal;

Pedro Martins; Joaquim Bexiga

Unidade Local de Saúde São José

Introdução: O retalho livre baseado na perfurante do pedículo epigástrico inferior profundo (DIEP) é o método *goldstandard* para a reconstrução mamária autóloga, apresentando geralmente baixas taxas de complicações. No entanto, estas podem aumentar com base em fatores individuais dos doentes, como o peso, comorbilidades ou o tabagismo.

O objetivo deste estudo é determinar fatores de risco independentes dos doentes que podem aumentar a taxa de complicações do retalho DIEP.

Materiais e métodos: Este estudo retrospectivo foi realizado com uma amostra de 61 doentes submetidos a retalho DIEP no nosso centro entre 2017 e 2023. As complicações pós-operatórias foram categorizadas em imediatas, precoces

(dentro do primeiro mês após a cirurgia) e tardias (após 30 dias).

Resultados: Os doentes com índice de massa corporal (IMC) superior a 25 kg/m² apresentaram mais complicações precoces ($p=0,007$), tanto *minor* (Clavien-Dindo 1 e 2) como *major* (Clavien-Dindo 3). Além disso, indivíduos com alterações analíticas pré-operatórias na coagulação (aumento do tempo de protrombina [TP], diminuição do tempo de tromboplastina ativada [APTT], aumento do TP e diminuição do APTT, diminuição do fibrinogénio) e radioterapia perioperatória parecem estar mais predispostos a desenvolver complicações tardias ($p=0,093$ e $p=0,077$, respetivamente). A falência reconstrutiva ocorreu em 3 doentes (4,9%), sendo que todos realizaram radioterapia pós-mastectomia e dois apresentavam anomalias de coagulação pré-operatórias.

Conclusão: Este estudo demonstra que o excesso de peso e a obesidade representam um fator de risco para complicações pós-operatórias de um retalho livre DIEP. Além disso, anomalias na coagulação pré-operatória e radioterapia perioperatória parecem estar associadas a um aumento do risco de complicações tardias.

FRATURAS PEDIÁTRICAS DA MANDÍBULA - A EXPERIÊNCIA DE 15 ANOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Rafael Rocha¹; Margarida Godinho²;
Odete Martinho¹; Eduardo Matos¹; José
Paulo Guimarães-Ferreira¹

¹Unidade Local de Saúde Santa Maria;

²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: A literatura sugere que até 15% das fraturas da face ocorrem em idade pediátrica, correspondendo as fraturas da mandíbula a aproximadamente metade destas. As crianças apresentam particularidades anatómicas que resultam em diferenças nos padrões de fratura comparativamente aos adultos. Face a estas diferenças e ao potencial impacto de fraturas pediátricas no desenvolvimento ósseo, é importante conhecer o padrão de apresentação e especificidades da abordagem terapêutica às fraturas da mandíbula em idade pediátrica.

Objetivos: Descrever e caracterizar a coorte de fraturas da mandíbula em idade pediátrica submetidas a intervenção cirúrgica ao longo de 15 anos.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo de doentes com fraturas da mandíbula seguidos num centro de trauma pediátrico. Foram identificados todos os doentes com idade

inferior a 18 anos e diagnóstico de fratura da mandíbula submetidos a tratamento cirúrgico entre janeiro de 2008 e dezembro de 2023. Foram avaliadas variáveis demográficas e clínicas, incluindo: mecanismo de trauma, localização/tipo de fratura, lesões traumáticas associadas, tratamento cirúrgico, tipo de material utilizado, complicações e tempo de seguimento.

Resultados: Foram incluídos 78 doentes, tendo sido identificadas 142 fraturas (idade média: 12 anos; F/M ratio: 1:4). Os doentes foram divididos em 3 grupos etários: 0-6 anos (13%), 7-12 anos (31%) e 13-18 anos (56%). Os mecanismos de trauma mais comuns foram acidentes de viação (n=21, 27%) e quedas (n=19, 24%). O côndilo foi a localização anatómica mais frequentemente fraturada (n=38, 27%). A maioria dos doentes (n=46, 59%) apresentava mais do que um foco de fratura. 56 doentes apresentavam lesões traumáticas concomitantes (72%), nomeadamente lesão/perda de peças dentárias (n=23, 29%) ou outras fraturas faciais (n=16, 21%).

Relativamente ao tratamento, a proporção de doentes submetidos a redução aberta e fixação interna (ORIF) (n=29, 37%) foi semelhante à de imobilização maxilo-mandibular (IMM) (n=27, 35%). Não se

observaram diferenças significativas no tipo de tratamento entre grupos etários ($p=0.273$). Nos doentes submetidos a ORIF, 30% foram tratados com material absorvível ($n=27$), tendo-se verificado maior uso deste material em doentes mais jovens - 0-6 anos ($n=3$, 50%) e 7-12 anos ($n=11$, 58%) comparativamente ao grupo dos 13-18 anos ($n=1$, 4%, $p<0.001$). A taxa de complicações foi 17% ($n=13$). O tempo médio de seguimento foi 8 meses.

Conclusão: Este estudo reporta uma das maiores casuísticas europeias de fraturas pediátricas da mandíbula. O côndilo foi a área anatómica mais frequentemente fraturada. As opções terapêuticas são distintas face ao adulto, nomeadamente na utilização de material absorvível. O conhecimento das diferenças e dos padrões mais frequentes em idade pediátrica é importante para uma melhor abordagem a estes casos.

CO 05

ARTROPLASTIA COM PRÓTESE TOUCH SOB WALANT – REVISÃO TÉCNICA E AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES

Diogo Ferreira Conduto; André Pinto;
Artur Nixon Martins; Bruno Rosa;
Carlos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE /
Hospital de Santa Maria

Introdução: A artroplastia com prótese TOUCH sob WALANT (*wide-awake local anesthesia no tourniquet*) tem ganho popularidade no tratamento da Rizartrorse grau II e III. O menor tempo de recuperação pós-operatório imediato e a possibilidade de ajuste intraoperatório e confirmação do bom resultado funcional da cirurgia são vantagens que justificam este fenómeno. Neste estudo procedemos a uma avaliação técnica global do procedimento cirúrgico, destacando-se alguns pormenores que facilitam a sua execução. Para terminar realizou-se um inquérito retrospectivo sob a satisfação dos pacientes submetidos a esse procedimento.

Objetivos: Rever a técnica cirúrgica e a satisfação dos pacientes submetidos a artroplastia com prótese TOUCH realizada sob WALANT no tratamento de rizartrorse grau II e III.

Materiais e métodos: Procedeu-se a uma análise retrospectiva de uma série de casos de pacientes submetidos a artroplastia com prótese TOUCH sob WALANT com diagnóstico de Rizartrorse grau II e grau III. Foi revista a técnica, destacando-se os detalhes cirúrgicos e anestésicos que facilitam o procedimento. A satisfação dos pacientes foi posteriormente avaliada

através de questionários pós-operatórios.

Resultados e conclusões: A artroplastia com prótese TOUCH sob WALANT mostrou-se uma técnica eficaz para o tratamento de Rizartrorse grau II e III, com benefícios como recuperação rápida e ajustes intraoperatórios personalizados. A satisfação dos pacientes foi alta, refletindo bons resultados funcionais e estéticos. As complicações observadas foram mínimas e dentro do esperado, confirmando a viabilidade da técnica. A revisão técnica identificou pontos específicos que podem otimizar os resultados cirúrgicos, reforçando a eficácia da artroplastia TOUCH como uma opção valiosa para o tratamento da Rizartrorse.

CO 06

ÚLCERA RADIOGÉNICA DA PAREDE TORÁCICA - GESTÃO E TRATAMENTO

Inês Oliveira Pires; Miguel Matias;
Artur Boino; Diogo Cruz; Joaquim Bexiga
*Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE /
Hospital de Santa Marta*

A radioterapia, apesar de reduzir o risco de recidiva local no cancro da mama, predispõe a efeitos adversos nos tecidos adjacentes. As complicações da radioterapia podem ser crónicas, na forma de úlceras, podendo surgir anos após o término do tratamento. As úlceras

radiogénicas têm um poder cicatricial diminuto, dada a sua reduzida vascularização, presença de fibrose e disrupção do potencial de reparação celular. O seu tamanho, profundidade e condições dos tecidos locais influenciam a escolha do tratamento.

O objetivo do trabalho consiste na apresentação de um caso clínico de uma úlcera radiogénica da parede torácica, e sua abordagem, salientando-se o papel da cirurgia reconstrutiva na melhoria do estado clínico e qualidade de vida do doente.

Doente do sexo feminino, 70 anos, com antecedentes pessoais de neoplasia da mama direita diagnosticada em 2011, com estadiamento clínico cT4N0M0. Submetida a quimioterapia neoadjuvante, e posteriormente a mastectomia radical modificada, com esvaziamento ganglionar axilar ipsilateral, obtendo-se o resultado anatomopatológico de carcinoma ductal invasivo - ypT1cN1aM0. Foi submetida a radioterapia adjuvante. Onze anos após o término da radioterapia foi referenciada à consulta de Cirurgia Plástica por úlcera radiogénica da parede torácica.

Realizou TC torácica, que demonstrou lesão ulcerada (88 x 15 mm), com sinais de invasão do plano muscular.

Foi proposta para tratamento cirúrgico, e submetida a excisão da úlcera, após sua biópsia, e cobertura do defeito com retalho miocutâneo de *Latissimos Dorsi* pediculado. O pós-operatório decorreu sem intercorrências.

As úlceras radiogénicas dividem-se em 3 estádios. As úlceras de 1º grau apresentam atrofia cutânea, pigmentação escura e alopecia; as de 2º grau cursam com diâmetro <7.5cm, sem invasão do plano muscular; e as de 3º grau apresentam diâmetro >7.5cm e invasão do plano muscular. De acordo com esta classificação, a úlcera do caso clínico é de 3º grau.

Postula-se que as úlceras de 1º grau poderão ser tratadas de forma conservadora, ficando a utilização de retalhos reservada para casos mais graves. Ressalva-se a importância da realização de biópsia da úlcera para exclusão de recorrência da doença. Os retalhos musculares apresentam a vantagem de possuírem uma boa vascularização, e permitirem preencher defeitos mais profundos. A literatura defende que nos casos de úlceras mais complexas, os retalhos musculares são a melhor opção. No caso clínico foi realizada biópsia da lesão e cobertura do defeito através de retalho musculo-cutâneo.

Em suma, apesar da progressão das técnicas de radioterapia, continuam a surgir complicações, nomeadamente as úlceras radiogénicas, cujo potencial cicatricial é diminuto. A opção reconstrutiva deverá ser adaptada às necessidades de cada doente.

CO 07

MELANOMA MALIGNO: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIDADE DE SAÚDE LOCAL DE SÃO JOSÉ

Sara Magalhães da Silva; Inês Pires;
Diogo Casal; Joaquim Bexiga
Hospital de São José

Introdução: A incidência do melanoma cutâneo tem vindo a aumentar. Dados de Portugal apresentam uma taxa de incidência de melanoma em 6-8 casos/ 100.000 habitantes. A Unidade de Saúde Local de São José (ULS São José) disponibiliza a Consulta Multidisciplinar com uma equipa multidisciplinar para a avaliação de planeamento terapêutico dos doentes com melanoma.

Objetivos: Revisão de literatura do tratamento cirúrgico do melanoma maligno. descrever a epidemiologia e experiência, num período de 5 anos, do tratamento cirúrgico do melanoma maligno pela Cirurgia Plástica da Unidade de Saúde Local de São José.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo de excisões primárias de melanoma maligno e biópsia de gânglio sentinela (BGS) no CHLC entre janeiro de 2019 e agosto 2024. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos. Os dados demográficos recolhidos incluíram a idade, sexo, histopatologia do melanoma primário (espessura de Breslow, localização anatómica, nível de Clark, estado ulcerativo e regressão, índice mitótico, infiltrado linfocitário, invasão perineural, fase de crescimento vertical e subtipo histológico), histopatologia do gânglio sentinela (número de gânglios positivos e tamanho do depósito metastático).

Resultados e conclusões: Foram incluídos um total de 82 doentes. 73 doentes foram submetidos a excisão alargada do melanoma e BGS e 9 doentes apenas da excisão alargada do melanoma. A idade média foi de 65 anos, 52% do sexo masculino e 46% do sexo feminino. A média de dias à espera para ser operado foi de 34 dias e está dentro das recomendações citadas na literatura para os períodos aceitáveis entre a biópsia e a cirurgia – preferencialmente até 6 semanas (42 dias).

Lesões com uma espessura de Breslow entre 0,8 e 2mm (45%)

foram as mais comuns, seguidas das lesões >2mm (43%) e <0,8mm (11%). A localização anatómica mais frequente foi tronco (44%), seguido pelos membros superior e inferior (28%), cabeça e pescoço (19,5%) e pé (8,5%). O índice mitótico mais frequente foi >10/mm² e a fase de crescimento vertical estava ausente na maioria dos casos (77%). Dos 82 doentes incluídos no estudo, 4 (5%) foram submetidos a linfadenectomia.

O tratamento está de acordo com as *guidelines* internacionais da NCCN, nomeadamente a realização da excisão alargada com BGS no mesmo tempo cirúrgico, utilizando a técnica de verificação tripla (linfocintigrafia, azul patente e sonda gamma portátil), resultando numa melhor qualidade dos cuidados prestados, com consequências positivas nos outcomes dos doentes.

Palavras-Chave: Melanoma Maligno; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Unidade de Saúde Local São José

Declaração: Os autores não têm conflitos de interesse, nem fonte de financiamento a declarar.

CO 08

RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR COM RETALHOS ÓSSEOS LIVRES: RESULTADOS ESTÉTICOS E SATISFAÇÃO DOS DOENTES

Rui Casimiro

Introdução: A reconstrução de cabeça e pescoço passou por uma grande evolução nas últimas décadas. Com a evolução da microcirurgia, os retalhos livres ósseos, atualmente considerados o *gold-standard* da reconstrução mandibular, substituíram outras opções reconstitutivas.

Objetivos: Para melhor compreender os resultados estéticos e funcionais alcançados na reconstrução mandibular e perceber o impacto que estas reconstruções têm no quotidiano dos doentes, os autores apresentam um estudo retrospectivo que incluiu doentes submetidos a reconstrução óssea com retalho livre entre 2010 e 2022 pelo Serviço de Cirurgia Plástica da ULS Gaia e Espinho.

Material e métodos: Neste estudo foram excluídos doentes submetidos a radioterapia pré ou pós-operatória, retalhos osteocutâneos com paletes cutâneas extra-orais, menores de 18 anos ou que não consentiram a sua inclusão neste estudo. Com o objetivo de avaliar a satisfação dos doentes, procedeu-se ao preenchimento do questionário *Orthognathic Quality of Life Questionnaire* (OQLQ), analisando os impactos e benefícios do

tratamento orto-cirúrgico na sua qualidade de vida.

Resultados e conclusões: Durante este período e após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 27 doentes foram submetidos a reconstrução mandibular com retalho ósseo livre. 14 dos doentes era do sexo masculino (52%), a média de idades foi de 52,6 anos (24-89) e o diagnóstico mais comum foi ameloblastoma mandibular (37%). Em termos de complicações pós-operatórias precoces, destacam-se 2 doentes com deiscência menor (7.4%) e 2 hematomas (7.4%), sendo 1 maior com necessidade de drenagem cirúrgica urgente. Nas complicações pós-operatórias tardias, 1 doente com exposição de placa de reconstrução (3.7%) e 1 doente com pseudo-artrose da mandíbula (3.7%). 4 doentes necessitaram de cirurgias de remodelação posterior para melhoria do resultado estético (14.8%).

O questionário incluiu 17 perguntas com uma classificação variável entre 17 pontos, correspondente a uma reconstrução ideal em termos funcionais e estéticos e 68 pontos, representando o extremo oposto. A média de respostas foi de 25.55 pontos (18-60) o que demonstra claramente que os doentes, regra geral, estão satisfeitos com a reconstrução e o resultado estético e

funcional da cirurgia não tem um impacto negativo na sua qualidade de vida. De facto, apenas 2 doentes (7.4%) demonstraram clara insatisfação com o resultado pós-cirúrgico, com classificações de 58 e 60 pontos.

Em conclusão, o estudo demonstra que a reconstrução mandibular com retalho ósseo livre tem bons resultados estéticos e funcionais, reforçando a sua eficácia como tratamento cirúrgico. Além disso, os dados obtidos permitem uma melhor compreensão dos resultados pós-operatórios, oferecendo aos cirurgiões informações mais precisas para orientar os doentes sobre as expectativas realistas quanto à sua aparência e funcionalidade após a cirurgia.

CO 09

O PAPEL DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA EM DOENTES COM FLAP

Cláudia Mendes¹; Vera Eiró¹; Joana Costa Silva¹; Tatiana Gigante¹; Júlio Matias¹; Francisco A. Coutinho²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A fenda lábio-alvéolo-palatina (FLAP) é a anomalia congénita facial mais comum.

Estes doentes apresentam múltiplos défices faciais, incluindo região infraorbitária, zigomática, maxilar e alveolar. A hipoplasia da maxila resulta em défice nas suas três dimensões, incluindo perda de altura, constrição da arcada dentária maxilar e recuo da maxila. Esta última é corrigida, na grande maioria dos casos, através de cirurgia ortognática de avanço maxilar.

A incidência de necessidade de cirurgia ortognática em doentes com história de FLAP varia na literatura, entre os 14 e os 75%, sendo mais frequente em doentes com fenda bilateral.

Métodos: Nesta comunicação pretende-se fazer uma breve revisão bibliográfica do estado de arte relativo à cirurgia reconstrutiva orofacial em doentes com história de FLAP. Descrevem-se várias técnicas reconstrutivas, desde o tratamento ortodôntico, osteodistração e culminando nas várias técnicas de cirurgia ortognática mais frequentemente realizadas nestes casos. Apresentam-se também casos operados pela Cirurgia Plástica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e pelo serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, ilustrativos da variabilidade das anomalias bem como das várias técnicas reconstrutivas descritas.

Resultados/conclusão: A reconstrução das fendas lábio-alvéolo-palatinas é uma área desafiante da cirurgia maxilofacial e que está longe de terminar com o encerramento da fenda. O contínuo crescimento da criança afetada torna evidente o subdesenvolvimento da maxila nos seus vários eixos, com consequências funcionais e estéticas importantes.

A abordagem multidisciplinar destes doentes e adequação das várias técnicas reconstrutivas a cada um dos défices é essencial para, no fim, se obter o melhor resultado possível.

CO 10

NINFOPLASTIA: SATISFAÇÃO E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA

Inês Catalão; Gonçalo Tomé;
Dmitry Shelepenko; José Miguel Azevedo;
Miguel Sítima; Rui Almeida; Sara Ramos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A ninfoplastia é um procedimento que visa reduzir e remodelar os pequenos lábios da região genital. Além da repercussão estética, a hipertrofia dos pequenos lábios pode resultar em problemas funcionais e psicológicos, diminuindo a qualidade de vida da mulher. Nos últimos anos, tem-se

verificado uma procura crescente desta cirurgia de correção.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação e o impacto na qualidade de vida das mulheres que foram submetidas a ninfoplastias.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que pretendeu avaliar todas as ninfoplastias realizadas num serviço de Cirurgia Plástica, durante o período compreendido entre janeiro de 2020 e abril de 2024. Realizou-se a colheita e análise de dados demográficos, motivos da cirurgia, técnicas cirúrgicas realizadas, intercorrências/complicações e graus de satisfação funcional, sexual, estético e psicológico antes e após o procedimento cirúrgico.

Resultados e conclusões: No total, 41 mulheres foram submetidas a ninfoplastias. A média de idades foi de 27,9 anos. Realizaram-se 37 (90,2%) ninfoplastias segundo a técnica de excisão em cunha e 4 (9,8%) com excisão tangencial. Em 4 doentes (9,8%) procedeu-se também à remodelação do prepúcio do clitóris. O procedimento foi bilateral em 30 mulheres (73,2%). Quanto ao motivo pelo qual realizaram a intervenção cirúrgica, 87,5% refere motivos funcionais, 33,3% menciona interferência com a vida sexual e 8,3% refere motivos estéticos. Das complicações pós-operatórias,

salientam-se uma doente com diminuição da sensibilidade erógena, uma deiscência e três fístulas, estas últimas com necessidade de revisão cirúrgica. A maioria das mulheres encontrava-se muito satisfeita com o resultado da cirurgia, com um grau de satisfação total de 8,8, avaliado numa escala de 0 a 10. Em média, todos os parâmetros de satisfação, incluindo funcional, sexual, estética e psicológico/auto-estima, subiram após a cirurgia. Concluímos que a hipertrofia dos pequenos lábios pode interferir no bem-estar pessoal e sexual da mulher, tendo impacto na qualidade de vida da mesma. A ninfoloplastia possibilita uma melhoria da qualidade de vida, com um aumento marcado da satisfação da mulher em vários campos da sua vida.

CO 11

SINDACTILIA

Artur Calado Boino; Diogo Guimarães;
Inês Pires; Joaquim Bexiga
Unidade Local de Saúde de São José,
Hospital de São José, Serviço de Cirurgia
Plástica Reconstrutiva

Introdução: A Sindactilia caracteriza-se pela fusão dos dedos, tratando-se de uma das patologias congénitas da mão mais frequentes, mais comum no sexo masculino e na maior parte dos casos com

um carácter hereditário autossómico dominante, com penetração e expressão variáveis. Podem existir casos esporádicos, sendo estes pouco comuns, e associação a outras patologias congénitas (por exemplo síndrome de Poland, Apert e Epidermólise Bolhosa). A classificação mais utilizada tem uma base anatómica (sindactilia incompleta, completa, complexa e complicada), sendo o terceiro e quarto espaços interdigitais os mais frequentemente envolvidos. O tratamento desta condição é cirúrgico.

Materiais e métodos: Revisão da literatura sobre o tema nomeadamente definição, diagnóstico, tratamento, cuidados pós-operatórios e complicações, complementada com casos clínicos.

Resultados e conclusões: É importante a identificação dos doentes com sindactilia logo à nascença para uma referenciação e observação precoce, de forma a promover um diagnóstico e tratamento adequados e atempados. O principal objetivo da cirurgia é a melhoria da função da mão, através da separação dos dígitos e criação de um espaço interdigital com a profundidade adequada de modo a permitir uma adequada mobilidade dos dedos. Está indicada cirurgia a partir dos 6 meses de idade nos casos de

assimetria digital, sindactilia complexa e acrossindactilia complexa/ complicada sobretudo se houver envolvimento do polegar. Pode se optar pelo tratamento conservador nos casos de sindactilia incompleta ligeira, uma vez que a mesma não apresenta interferência na função da mão, e existem casos como o envolvimento do 3º e 4º dedos em que deve ser considerado o benefício/ risco de uma cirurgia em idade precoce, podendo a mesma ser adiada até aos 18 meses de idade. É fundamental a separação dos dedos envolvidos no período pós-operatório para a prevenção da formação de sinéquias e observação seriada para monitorizar o aparecimento de complicações precoces como falência do enxerto, necrose do retalho e infecção, ou tardias como a migração distal da espaço interdigital, desvio e rotação digital ou instabilidade articular, podendo ser necessária a realização de procedimentos secundários.

CO 12

CRANIOSSINOSTOSES UNICORONAIIS: COMPARAÇÃO ENTRE DISTRAÇÃO COM MOLAS E AVANÇO FRONTO-ORBITÁRIO

Francisco Caneira

*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE /
Hospital de Santa Maria*

A craniossinostose unicoronal (UCS) continua a ser uma das condições craniofaciais mais desafiantes de tratar. O tratamento permanece controverso e altamente variável. Apesar da ampla utilização, o avanço fronto-orbitário (FOAR) foca-se maioritariamente na assimetria da calote craniana e rebordo orbitário superior, produzindo resultados pouco consistentes no que diz respeito à simetria facial. Nos últimos 15 anos, a cranioplastia assistida por molas (SAC) foi desenvolvida e implementada no nosso centro.

O objetivo do presente estudo é comparar duas técnicas cirúrgicas no tratamento de craniossinostoses unicoronais: o avanço fronto-orbitário bilateral convencional numa única etapa vs uma cirurgia em duas etapas, com distração precoce com molas no primeiro tempo cirúrgico, seguida de um avanço fronto-orbitário tardio e menos extensivo.

Foi realizada uma análise retrospectiva de ficheiros clínicos de 23 pacientes pediátricos que foram submetidos a correção cirúrgica de UCS no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte entre janeiro de 2012 e dezembro de 2021.

Comparámos os resultados de ambos os grupos utilizando tomografia computadorizada pré e pós-

operatória. As medições craniométricas utilizadas foram a torção da base do crânio (Skull Base Twist (SBT)), a torção do terço médio da face (Midface Twist (MFT)) e as proporções de altura e largura orbitárias (Orbital Height Ratio (OHR) e Orbital Width Ratio (OWR)). Outras variáveis analisadas foram as complicações, duração de cirurgia, dias de internamento e quantidade de sangue transfundido. A significância estatística foi definida como $p < 0,05$.

Foram analisados os processos de 23 doentes, tendo 16 doentes cumprido os critérios de inclusão. A técnica clássica de FOAR foi realizado em 9 crianças. As restantes 7 crianças foram submetidas a SAC. A SBT melhorou significativamente em ambos os grupos, com maior impacto na SAC. A MFT e OHR melhoraram significativamente no grupo SAC, sem melhoria significativa no FOAR. O OWR não demonstrou melhoria significativa em nenhum dos grupos, mas com tendência para melhoria no SAC e agravamento no FOAR. A melhoria observada no grupo SAC foi maioritariamente obtida após o 1º tempo cirúrgico (SBT: 84%; MFT: 64%). A necessidade transfusional média no grupo SAC foram em média de 52,5 mL no primeiro tempo cirúrgico e de 101,4 mL no segundo

tempo cirúrgico, comparando com o grupo FOAR com 148.9 mL de necessidade transfusional média.

O presente estudo sugere que a cranioplastia assistida por molas é eficaz na melhoria da escoliose craniofacial, tendo estas crianças alcançado uma melhoria significativa na torção da base do crânio e do terço médio da face, assim como da altura orbitária, quando comparado com a técnica clássica de avanço fronto-orbitário.

CO 13

RECONSTRUÇÃO DO COTOVELO: DIFERENTES OPÇÕES RECONSTRUTIVAS

José Miguel Azevedo; Gonçalo Tomé;
Dmitry Shelepenko; Inês Catalão;
Miguel Sítima; Rui Almeida; Sara Ramos;
Carla Diogo; Susana Pinheiro
*Centro Hospitalar e Universitário
de Coimbra / Hospitais da Universidade
de Coimbra*

Introdução: O cotovelo, pela sua exposição e vulnerabilidade ao trauma, resulta frequentemente em defeitos com exposição osteoarticular. A reconstrução dos tecidos moles desta região é particularmente desafiante pela sua especificidade cutânea (resistência, pliability e excesso relativo), essenciais para garantir elasticidade e mobilidade articular. A reconstrução deve permitir a cobertura

estável do defeito e garantir a normal mobilidade da articulação do cotovelo.

A reconstrução inadequada ou não atempada pode condicionar rigidez, limitação do movimento e impacto funcional grave. Diferentes tipos de retalhos (fasciocutâneos, mio-cutâneos ou musculares) podem ser utilizados, sendo que atualmente os retalhos perfurantes fasciocutâneos são frequentemente a primeira opção reconstrutiva.

Objetivos: Rever as diferentes opções reconstrutivas para os tecidos moles do cotovelo com uma abordagem baseada em casos clínicos, procurando descrever as várias indicações, a técnica cirúrgica e os resultados funcionais/ estéticos.

Material e métodos: Apresentação e ilustração de uma série de casos do nosso serviço em que foram utilizados diferentes tipos de retalhos para vários defeitos do cotovelo. Foi ainda realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, onde procuramos descrever outras opções reconstrutivas.

Resultados e conclusões: Identificamos casos de defeitos do cotovelo, com diferentes dimensões e localização, em contexto de: queimaduras, trauma, exposição de material de osteossíntese, pós excisão tumoral, úlceras crônicas instáveis, entre outros. A maioria dos

defeitos pequenos a moderados foram reconstruídos com retalhos fasciocutâneos locais/ regionais, nomeadamente: retalho interósseo posterior de fluxo anterógrado, retalho lateral do braço de fluxo retrógrado, retalho antebraquial radial (ABR) e diferentes tipos de retalhos perfurantes em propeller (baseado na artéria braquial, interóssea posterior, colateral ulnar inferior, colateral radial e ulnar recorrente). Para determinados defeitos de grande dimensão foram utilizados retalhos à distância, tais como o retalho mio-cutâneo de grande dorsal, retalhos livres (ABR, ALT e gracilis) e ainda o retalho toracoabdominal a dois tempos. Em dois retalhos perfurantes *propeller* houve necessidade de realização de *supercharge* venoso e cateterização por congestão venosa intra-operatória.

A maioria das complicações relacionadas com falência de retalhos ocorreram em doentes queimados. Os retalhos fasciocutâneos utilizados demonstraram ser uma boa opção reconstrutiva, com resultados funcionais e estéticos satisfatórios a longo prazo e com baixa morbidade. Não havendo uma abordagem *gold-standard* na literatura, a escolha da melhor opção reconstrutiva depende do tipo, dimensão e localização do defeito, das características do doente, bem como da

preferência e experiência da equipa cirúrgica.

CO 14

O PAPEL DAS ESTRATÉGIAS ADJUVANTES NO SUCESSO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

Dmitry Shelepenko; Gonçalo Tomé;
José Miguel Azevedo; Inês Catalão;
Miguel Sítima; Rui Almeida; Miguel Vaz
*Centro Hospitalar e Universitário
de Coimbra / Hospitais da Universidade
de Coimbra*

Introdução: As úlceras de pressão são lesões cutâneas crônicas que ocorrem devido à isquemia tecidual prolongada, resultante de pressão contínua sobre áreas específicas do corpo. São particularmente comuns em pacientes acamados ou com mobilidade reduzida. O tratamento cirúrgico poderá estar indicado em casos graves, quando as abordagens conservadoras falham. Nos últimos anos, o uso de terapias adjuvantes tem mostrado potencial para melhorar os resultados cirúrgicos, acelerando a cicatrização e reduzindo as complicações.

Objetivos: Este estudo visa analisar o impacto das terapias adjuvantes no sucesso do tratamento cirúrgico das úlceras de pressão, avaliando sua eficácia em acelerar a cicatrização, reduzir o tempo de

hospitalização e diminuir as taxas de complicações pós-operatórias.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, e os dados comparados com os métodos utilizados pelos autores no tratamento cirúrgico das úlceras de pressão no seu serviço. As terapias estudadas incluíram: métodos auxiliares no desbridamento de tecido necrosado, uso profilático de antibióticos sistêmicos, terapias anti-inflamatórias e de redução de espaço morto, assim como os cuidados pós-operatórios de posicionamento e reabilitação. Foram também analisadas estratégias de otimização peri-operatória dos doentes operados assim como os seus critérios de inclusão na lista operatória.

Resultados e conclusões: O tratamento de úlceras de pressão apresenta uma elevada taxa de complicação e recidiva. As evidências sugerem que o uso de terapias adjuvantes no tratamento cirúrgico das úlceras de pressão pode ter grande impacto nos resultados clínicos. Algumas destas estratégias conseguiram demonstrar benefício com elevado grau de evidência ou apresentam grande consenso dentro da comunidade médica com destaque para a otimização peri-operatória, tratamento da osteomielite, aplicação de azul de metileno

e o uso rotineiro de drenos. Muitas outras estratégias apresentam evidência limitada ou falta de consenso nas *guidelines* publicadas nomeadamente no que respeito à antibióterapia profilática, terapia por pressão negativa e ao uso de soluções antissépticas de lavagem. No entanto, a eficácia varia conforme a gravidade e tipo da úlcera, os retalhos utilizados na sua reconstrução e a condição clínica do doente, sendo necessário personalizar o tratamento para maximizar os benefícios. Estudos adicionais são recomendados para padronizar o uso dessas intervenções e validar resultados a longo prazo.

CO 15

DEISCÊNCIAS ESTERNAIS COM MEDIASTINITE: PROPOSTA DE UM ALGORITMO PARA A RECONSTRUÇÃO

Bernardo Ribeiro Cavadas;
Maria Albuquerque; Miguel Veríssimo;
Artur Boino; Luís Vieira; Joaquim Bexiga
Unidade Local de Saúde São José

Introdução: A deiscência esternal com mediastinite é uma complicação que ocorre após esternotomia para cirurgia cardíaca e tem uma incidência estimada entre 0,5% e 6%. Esta condição está associada a um aumento da morbilidade, mortalidade, duração da hospitalização

e custos financeiros. A reconstrução com retalho é muitas vezes necessária sendo que a precoce está associada a melhores resultados e prognóstico. O retalho do músculo *pectoralis major* (PM) é frequentemente utilizado, embora retalhos como do reto abdominal, o *latissimus dorsi* (LD) e o grande *omentum* sejam opções viáveis.

Objetivo: Desenvolver um algoritmo para a reconstrução dos defeitos esternais com base na localização, tamanho (largura) e profundidade do defeito.

Métodos: Realizou-se uma análise retrospectiva de 8 doentes submetidos a um total de 10 procedimentos cirúrgicos, operados num intervalo de 1 ano (janeiro de 2023 a dezembro de 2023) pela mesma equipa cirúrgica no mesmo Centro Hospitalar. Os doentes eram referenciados a equipa de Cirurgia Plástica e Reconstructiva após a estabilização do quadro infeccioso com o intuito de cobertura do defeito.

Resultados: Com base nos dados recolhidos, foi desenvolvido o seguinte algoritmo de reconstrução segundo a localização do defeito:

- 1/3 superior e médio: Para defeitos pequenos (<6 cm), utiliza-se o retalho *pectoralis major*; para defeitos grandes (>6 cm), se superficiais, utiliza-se o retalho *pectoralis major*, e se profundos, opta-se pelo

retalho TRAM (Transverse Rectus Abdominis Muscle) ou VRAM (Vertical Rectus Abdominis Musculocutaneous)

- 1/3 inferior: Para defeitos superficiais, utiliza-se o retalho *latissimus dorsi*; para defeitos mais profundos, opta-se pelo retalho TRAM ou VRAM.

- O retalho *latissimus dorsi* e o grande *omentum* são opções eficazes como retalhos de resgate ou complementares em caso de falência total ou parcial da reconstrução inicial.

Conclusão: É fundamental personalizar o tratamento com base nas comorbidades e fatores de risco do doente, bem como nas cirurgias cardíacas previamente realizadas. O desbridamento agressivo deve ser realizado o mais precocemente possível, e a cobertura com retalho deve idealmente ser feita no mesmo tempo cirúrgico para otimizar os resultados.

CO 16

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE REIMPLANTE DE PÊNIS

Carolina Gonçalves Machado;
André Lacerda; Gaizka Ribeiro;
Inês Leitão; André Pinto;
Catarina Gouveia; Tomaz Oliveira
ULS SM

Introdução: A amputação traumática do pênis é uma emergência

cirúrgica rara, havendo como tal escassa literatura sobre esta temática. O pênis trata-se de um órgão que assume uma importante função não só biológica como também de identificação de género para o homem. Está por isso assente como tratamento *gold standard* o reimplante microcirúrgico. Ainda assim as técnicas de reparação e causas de falência da mesma são pouco esclarecidas.

Objetivos: Será apresentada a nossa experiência com um caso de um homem de 30 anos com história de esquizofrenia, vítima de amputação do pênis auto-infligida, submetido a reimplante cirúrgico ao fim de mais de 20 horas de isquemia. Abordar-se-á a descrição do plano de tratamento, incluindo a técnica cirúrgica, bem como os cuidados e evolução no período pós-operatório.

Material e métodos: Sob anestesia geral, foram realizadas exploração cirúrgica e reconstrução da uretra pela equipa de urgência de Urologia. A peça amputada foi devidamente lavada e desbridada pela equipa de Cirurgia Plástica, que prosseguiu para a anastomose microcirúrgica de duas artérias e duas veias dorsais, com encerramento da pele à mínima.

No período pós-operatório, foi administrada antibioterapia via

endovenosa, anticoagulação profilática e antiagregação e o doente manteve um posicionamento adequado.

Resultados e conclusões: O período pós-operatório foi marcado por infecção da peça amputada e uma área de necrose proximal, que foram tratadas com antibioterapia dirigida, cuidados de penso e tratamento cirúrgico com desbridamento e revestimento com enxerto de pele parcial. Ao fim de um mês, a uretrografia revelava uma micção normal e o doente apresentava sensibilidade razoável no pénis proximal.

O reimplante de pénis permite alcançar resultados a nível físico e psicológico superiores a outras técnicas, com um maior grau de satisfação global do doente. Apesar de desafiante e requerer competências cirúrgicas avançadas, a literatura mais recente é concordante ao considerar este o tratamento o *gold standard*. Ainda assim, o cirurgião deve prever a evolução e complicações esperadas e como abordá-las.

CO 17

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO SÃO JOÃO: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

Eliane Jaconiano; Ana Parreira;
Pedro Machado; Nuno M. Falcão;

Joana Costa; Ricardo Horta
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A reconstrução mamária imediata após mastectomia tem sido amplamente estudada, tendo sido comprovada a sua segurança oncológica e havendo evidência de benefícios significativos nas esferas funcional, psicossocial e estética das doentes. Há uma diversidade de técnicas reconstrutivas disponíveis, que devem ser cuidadosamente adaptadas a cada caso individual, tendo em consideração fatores clínicos, mas também as expectativas e preferências de cada doente.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo avaliar e comparar os diferentes tipos de técnicas de reconstrução mamária imediata no contexto de mastectomia e as suas complicações.

Métodos: Neste estudo de coorte retrospectivo, foram incluídas todas as mulheres com cancro de mama submetidas a mastectomia e reconstrução mamária imediata entre janeiro de 2021 a dezembro de 2023. A análise estatística foi realizada recorrendo ao software IBM SPSS Statistics.

Resultados/Conclusões: Foram realizadas 279 mastectomias com reconstrução mamária imediata. 70,6% das mastectomias foram

poupadoras de pele e complexo areolomamilar (PPCAM). Em 14,2% das mastectomias idealizadas inicialmente como PPCAM foi necessário remover pele ou complexo areolomamilar intrão-perato-riamente por hipoperfusão tecidular, tendo sido detetada associação com a utilização de incisão periareolar com extensão inferior/lateral (66,7%).

Relativamente à técnica recons- trutiva 85,7% foram reconstruções heterólogas (57,1% com expan- sores e 28,6% com implantes diretos) e 10,7% autólogas (3,2% com retalho DIEP e 7,5% com retalho TRAM). Complicações imediatas ocorreram em 48% dos procedimentos (32% clavier dindo IIIb), sendo a necrose do complexo aréolo-mamilar a mais frequente (15%). Não foram obser- vadas diferenças estatisticamente significativas entre as complica- ções imediatas e o tipo de técnica de reconstrução realizada.

Complicações tardias ocorreram em 35.5%, sendo a assimetria a mais comum (9,3%). O uso de im- plante direto e expansor retromus- cular foi associado a uma maior in- cidência de complicações tardias.

CO 18

ABORDAGEM APÓS NECROSE AGUDA DO RETALHO LIVRE NA RECONSTRUÇÃO

MICROCIRÚRGICA DA CABEÇA E PESCOÇO

Filipa Poleri; Larissa Lanzaro; Rui Casimiro; Leonor Caixeiro; Caro- lina Chaves; Filipa Monte; Horacio Costa

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A reconstrução micro- cirúrgica com retalhos livres de de- feitos complexos da cabeça e pes- çoço tornou-se nas últimas déca- das o *standard of care*, permitindo oferecer resultados excelentes tanto do ponto de vista estético como funcional. No entanto, a fa- lência do retalho com trombose dos vasos é por vezes inevitável, com taxas de sucesso na literatura a rondar os 95%. A abordagem após falência recons- trutiva com um re- talho livre é complexa uma vez já ter sido esgotada aquela que seria à partida a melhor solução recons- trutiva para o doente em questão. Neste trabalho, analisamos a abor- dagem de todos os casos com ne- crose total do retalho em reconstru- ção microcirúrgica de cabeça e pesçoço.

Métodos: Um estudo retrospectivo dos retalhos livres utilizados em re- construção microcirúrgica de ca- beça e pesçoço entre 2010 e abril de 2024 foi realizado. Os doentes que apresentaram necrose total do

retalho durante o internamento foram identificados e incluídos. Realizamos uma análise descrita das características do doente, características dos retalhos e estratégia re-constructiva subse-quente.

Resultados: Verificamos 29 retalhos com necrose total por trombose vascular, sendo os mais frequentes o retalho osteomiocutâneo de perónio (n=10) e o retalho fasciocutâneo antebraquial radial (n=9). Em cerca de 50% dos casos (n=15), a necrose ocorreu após a reconstrução microcirúrgica óssea da face (maxila ou mandíbula). No que diz respeito à abordagem, em 17 casos a abordagem foi conservadora ou foi realizado um retalho loco-regional. Nos restantes 12 casos, foi realizado um segundo retalho livre sendo que em 83% (n=10) dos casos, a zona recetora foram a maxila ou a mandíbula. A taxa de sucesso do segundo retalho livre foi de 100%.

Discussão: A abordagem após falência de uma reconstrução microcirúrgica em defeitos complexos da cabeça e pescoço é complexa e ainda não está bem estabelecida. A realização de um segundo retalho livre continua a ser uma opção válida. Alguns estudos apontam a zona recetora como o fator mais importante na decisão da realização de um segundo retalho livre.

Na nossa amostra, na maioria dos casos (83%) um segundo retalho livre foi realizado para reconstrução óssea da face, onde a restauração da forma e função pode ser mais difícil recorrendo apenas a retalhos locais. A reconstrução com retalhos pediculados ou o tratamento conservador podem ser a melhor alternativa, dependendo das características do doente e do defeito em questão.

CO 19

RECONSTRUINDO O PAPO: O PAPEL DO RETALHO LIVRE PAP NA RECONSTRUÇÃO DO PAVIMENTO DA BOCA

Margarida Mendes; Joana Costa;
Pedro Machado; Eliane Jaconiano;
Nuno M. Falcão; Lisandra Morgado;
Ricardo Horta
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A reconstrução microcirúrgica é atualmente o tratamento mais utilizado para grandes defeitos da cabeça e pescoço, principalmente em contexto oncológico. Os retalhos mais utilizados são o retalho anterolateral da coxa (ALT) e o retalho antebraquial radial. Nos últimos anos o retalho da perfurante da artéria femoral profunda (PAP) tem surgido como uma alternativa devido à sua fiabilidade e facilidade técnica, à boa qualidade dos tecidos e à baixa morbilidade da área dadora. Tem sido utilizado

maioritariamente para reconstrução da língua, mas as características do retalho (espessura e pliability) tornam-no também numa opção muito promissora para reconstrução do pavimento da boca.

Objetivos: Apresentamos dois casos de doentes com defeitos do pavimento da boca reconstruídos com retalhos PAP livres.

Resultados: O primeiro caso é o de um doente com antecedentes de carcinoma espinocelular do pavimento da boca, já submetido a pelvectomia e esvaziamento cervical bilateral e várias tentativas de reconstrução, mantendo um trajeto fistuloso para a região submentoniana e infeções de repetição. Foi submetido a fistulectomia e reconstrução com retalho PAP livre anastomosado aos vasos faciais. Apresentou boa evolução local com resolução da fístula e retomou dieta oral sem intercorrências.

O segundo caso é o de um doente com um carcinoma espinocelular do pavimento da boca, que foi submetido a pelvectomia, glossectomia parcial e esvaziamento cervical bilateral e reconstrução do pavimento da boca com retalho PAP livre. Apresentou boa evolução local, sem deiscências, e retomou dieta oral sem intercorrências.

Discussão e conclusão: O retalho PAP é um retalho fiável, com pouca

variabilidade anatómica, tecnicamente acessível e com baixa morbilidade da área dadora. Fornece tecido maleável e em quantidade adequada para reconstrução de defeitos complexos da cabeça e pescoço. Para além disso, permite preservar outras opções reconstrutivas, nomeadamente o retalho ALT, para situações de recidiva ou de uma segunda neoplasia da cabeça e pescoço, situações relativamente frequentes nesta população. Assim, deve estar presente no repertório do cirurgião reconstrutivo de cabeça e pescoço.

CO 20

OSTEOMIELEITE APÓS REDUÇÃO MAMÁRIA: REVISÃO DA LITERATURA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Leonor Isabel Alpalhão Caixeiro¹;
Filipa Monte¹; Rui Casimiro¹; Filipa Poleri¹;
Miguel Morgado¹; Leonor Rios¹;
João Morais²

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; ²Hospital da Prelada

Introdução: A redução mamária bilateral é um dos procedimentos mais comuns em cirurgia plástica a nível nacional. Como em qualquer cirurgia, há riscos e complicações, sendo as infecciosas frequentes. No entanto, a literatura médica não descreve casos de osteomielite dos arcos costais como sequela deste procedimento.

Objetivo: Relatar um caso de redução mamária bilateral, realizada em outro centro, que dois anos após cicatrização cutânea, se complicou com uma fístula condro-costal.

Métodos e resultados: Apresenta-se o caso de uma mulher de 70 anos com uma ferida crônica na cicatriz horizontal do padrão de Wise. Inicialmente, foi submetida a desbridamento superficial e antibioticoterapia, contudo, sem sucesso na cicatrização. O TAC tórax revelou costochondrite e um processo fistuloso condro-cutâneo. Posteriormente, realizado ciclo de antibioticoterapia, fistulectomia, ressecção condrocostal e cobertura com retalho do músculo grande peitoral. Após dois meses, observou-se cicatrização completa.

Foi realizada uma revisão da literatura, na qual se identificaram sete artigos que descrevem costochondrite/osteomielite após cirurgia mamária. No entanto, todos os casos estavam associados a carcinoma de mama avançado e/ou radioterapia ou uso de material heterólogo.

Conclusão: Não foi encontrado na literatura casos descritos de osteomielite de arcos costais como complicação de redução mamária. O desbridamento adequado da fístula e a correta obliteração do espaço morto subjacente com tecido

muscular foram fundamentais para o sucesso da intervenção.

CO 21

PROTOCOLOS DE REABILITAÇÃO TENDINOSA DA MÃO

Ana Isabel Martins; Nelson Teixeira; Seixas Martins

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução/Objetivos: A mão constitui um órgão sensorial e motor, sendo dos mais importantes do nosso organismo uma vez que se trata de um elemento essencial na nossa interação com o mundo. As lesões dos tendões flexores são comuns, resultando principalmente de lacerações, traumas contusos ou esmagamento. Foram classificadas em 5 zonas, segundo *Kleinert e Verdan* (1983). As lesões dos tendões extensores são frequentemente subestimadas, sendo classificadas em 9 zonas anatómicas segundo *Doyle* (1999). Existem diversos fatores que afetam a cicatrização tendinosa nomeadamente fatores relacionados com o paciente, a lesão, a cirurgia e a reabilitação. Distúrbios ligeiros no equilíbrio entre flexores e extensores resultam numa perda significativa da funcionalidade dos dedos.

O desenvolvimento dos protocolos de reabilitação juntamente com a maior disponibilidade de ortóteses

e apoio da fisioterapia proporcionou uma melhoria nos resultados pós-operatórios. É essencial o conhecimento detalhado da anatomia, aliado a percepção da aplicabilidade e limitações dos diversos protocolos disponíveis. O objetivo deste trabalho prende-se na revisão da literatura sobre os protocolos de reabilitação no contexto de lesões tendíneas da mão.

Métodos: Realizou-se uma pesquisa nas revistas científicas PUB-MED e PRS com as palavras-chave “*tendon*”, “*flexor*”, “*extensor*”, “*rehabilitation*” e selecionados artigos publicados entre 2007 e 2024, em língua inglesa. Os dados foram integrados com informação da revisão bibliográfica das principais referências da especialidade.

Resultados/Conclusão: O método mais apropriado de abordagem pós-operatória é variável, dependendo do dedo afetado e localização (zona), complexidade da lesão (lesões concomitantes ósseas ou partes moles), tipo de paciente, *timing* da tenorrafia e tempo disponível para recuperação.

Nas lesões dos flexores a mobilização é essencial para reduzir a rigidez, diminuir a eventual limitação da extensão e permitir a recuperação da flexão total. Os tendões submetidos a mobilização precoce possuem mais força do que

tendões imóveis às 2 semanas de pós-operatório, apresentando uma maior resistência à tração, maior amplitude do movimento e diminuição da formação de aderências.

Nas lesões dos extensores, a evidência sugere que protocolos de imobilização em extensão de movimento relativo permitem maior segurança no início do movimento ativo, diminuem o risco de rutura assim como reduzem as aderências e rigidez - originando um retorno mais precoce à função.

Nenhum protocolo de reabilitação foi consistentemente demonstrado ser o ideal. A abordagem pós-operatória deve ser individualizada e integrar diversas variáveis desde a adesão do doente, o custo da ortótese e o acesso a fisioterapia. Independentemente da técnica escolhida, esta deve fornecer a melhor estabilidade com o menor risco de complicações possível.

CO 22

PERDA MASSIVO DE PESO: SATISFAÇÃO DOS DOENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE CONTORNO CORPORAL

Miguel Veríssimo; Bernardo Cavadas; Maria Albuquerque; Raquel Barbosa; Artur Boino; Inês Oliveira Pires; Sara Carvalho; Luís Vieira; Luís Ribeiro; Joaquim Bexiga
Hospital de São José

Introdução: Os doentes com status pós perda massiva de peso

apresentam frequentemente diferentes graus de lipodistrofia e podem experimentar várias queixas e sintomas, que afetam negativamente a sua saúde mental e vida social. Desta forma, a maioria destes doentes procuram a melhoria da sua aparência através de atos cirúrgicos.

Objetivos: Este estudo procura avaliar o impacto das cirurgias de contorno corporal na qualidade de vida dos doentes com perda massiva de peso.

Métodos: O estudo foi realizado com doentes submetidos a cirurgias de contorno corporal entre janeiro e maio de 2022 no contexto de perda massiva de peso. Foi utilizado o questionário *Body Q* que inclui os seguintes tópicos: desconforto relacionado com a aparência, satisfação com a imagem corporal, satisfação com o abdômen e satisfação geral com o corpo. O questionário foi dado aos doentes previamente à cirurgia e repetido aos seis meses.

Resultados: A amostra incluiu 49 doentes com uma média de idades de 49,6 anos. 98% dos doentes eram do sexo feminino. O IMC médio pré-operatório foi de 26,2 kg/m². O procedimento mais comum realizado foi a mastopexia. As cirurgias com maior impacto na imagem

corporal foram a glúteo-plastia e a abdominoplastia.

No geral, houve uma melhoria de pelo menos 50% em todas as pontuações avaliadas e foram identificadas relações estatisticamente relevantes entre a mastopexia e a melhoria do desconforto relacionado com a aparência e entre a abdominoplastia e a satisfação com a imagem corporal e com o abdômen. A taxa de complicações foi de 42,5%, sendo a deiscência de sutura (27,5%) a complicação mais comum. A maioria dos doentes com complicações não necessitou de reintervenção cirúrgica.

Conclusão: A perda massiva de peso (PMW) está associada a deformidades corporais que têm um impacto significativo na vida pessoal e social dos doentes. A cirurgia de contorno corporal desempenha, neste âmbito, um papel importante ao proporcionar melhorias estéticas e funcionais.

CO 23

AVALIAÇÃO DE OUTCOMES APÓS ABDOMINOPLASTIA

Maria Ferradosa de Albuquerque; Bernardo Cavadas; Miguel Veríssimo; Raquel Barbosa; Luís Vieira;
Luís Mata Ribeiro; Joaquim Bexiga
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: A abdominoplastia é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção do excesso de pele e tecido celular subcutâneo abdominal após perda de peso significativa ou múltiplas gestações, com impacto na qualidade de vida dos doentes. O objetivo deste estudo consiste em comparar o impacto da abdominoplastia na qualidade de vida de doentes com perda de peso massiva (PPM) e pacientes pós-parto.

Materiais e métodos: Este estudo retrospectivo consiste numa amostra de 44 doentes submetidos a abdominoplastia entre 2000 e 2022. Metade da amostra realizou o procedimento no contexto de perda massiva de peso e a outra metade devido a distrofia abdominal pós-parto. Os doentes completaram no período pré-operatório o questionário subjetivo *Body Q*, adaptado para a língua portuguesa, nas seguintes categorias: Angústia com a aparência, satisfação com imagem corporal, satisfação com o abdómen e satisfação geral com o corpo. O questionário foi repetido aos 6 meses de pós-operatório.

Resultados: O grupo com PPM apresentava uma idade média superior, maior índice de massa corporal médio no pré-operatório (25,9 kg/m² em comparação com 24,8 kg/m²) e foi correlacionado com

uma taxa de complicações mais alta (40% em comparação com 18%), bem como maior tempo de cicatrização e maior necessidade de transfusão sanguínea no pós-operatório. O grupo de pós-parto foi correlacionado com uma melhoria mais significativa nas categorias de angústia com a aparência (aumento de 67,66% vs 56,1%) e de satisfação com imagem corporal (aumento de 78,4% vs 71,7%). Por outro lado, o grupo com PPM apresentou uma melhoria mais significativa na categoria de Satisfação com o Abdómen (aumento de 84,4% vs 81,8%) e na satisfação geral com o corpo (aumento de 69,3% vs 64,3%), embora estas correlações não sejam estatisticamente significativas.

Conclusão: Apesar de apresentarem uma maior taxa de complicações e um tempo de cicatrização mais prolongado, a abdominoplastia tem um impacto significativo na vida pessoal e social dos doentes com perda massiva de peso, semelhante ao impacto em doentes com indicação estética.

CO 24

REVASCULARIZAÇÃO/REIMPLANTE DE DEDOS DA MÃO – CASUÍSTICA DO SERVIÇO DE CPR DA ULS SÃO JOSÉ

Raquel D. Barbosa; Miguel Veríssimo;
Sara Silva

ULS São José

Hand trauma is one of the main reasons patients seek the Plastic Surgery emergency department of ULS São José. More than 35% of these cases are work accidents and some are personal accidents with bricolage machines. The traumas that result in amputation of digits sometimes have indication for reimplantation or revascularization. These constitute complex microsurgical interventions, of long duration, that are done in an urgent manner. The success of these interventions depends on the mechanism of injury, ischemia time and comorbidities of the patients.

The objectives of this study is to do an epidemiological description of the cases of reimplantation or revascularization of digits and evaluate the impact of the multiple variables in the success of these surgeries, in ULS São José.

We did a retrospective study of the reimplantation and revascularization of digits performed by the Plastic Surgery team of ULS São José, between January of 2018 and December 2023. The data was collected through consultation of the clinical folders of the patients. The variables studied included age, sex, mechanism of injury and which hand or finger was operated on.

We included a total of 89 fingers in 74 patients. Only 5% of patients were women. The mean age was 51,5 years.

The global success rate of the surgery was 65%, and the pointer finger was the one with the most success (82% of cases). The success rate of the surgery varied considerably between mechanisms of injury, being 70% in the cases of cuts, 50% in the cases of crushing injuries and only 25% in the cases of degloving or avulsion.

We concluded that the study of the variables that can influence the results of this type of surgery are important in the decision-making process when considering procedure and to optimize the outcomes of these patients.

CO 25

CRANIOPLASTIA EM S PARA CONTORNO DE ESCAFOCEFALIA

Santos Pinto; Francisco Caneira;
José Paulo Guimarães-Ferreira;
Duarte Garção
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte,
EPE/Hospital de Santa Maria*

Introdução: A fusão prematura de uma ou mais suturas cranianas resulta numa craniossinostose, cuja incidência ronda 1:2500 nascimentos. O volume craniano quadruplica nos primeiros 2 anos de idade, atingindo 85% do volume adulto entre

os 6-10 anos. A deformidade é descrita pela lei de Virchow – a fusão prematura de uma sutura provoca um crescimento craniano predominante para-lelo à sutura. A sinostose mais frequente (40-50%) é sagital que se traduz morfológicamente em escafocefalia. Cirurgicamente o desenho da cranioplastia é determinante na correção do volume e estética cranianos.

Objetivos: O tratamento é multidisciplinar e procura sobretudo a expansão do volume intracraniano. Diversos desenhos de cranioplastia podem ser aplicados para correção de cranioossinostoses e aumento do volume craniano.

Apresenta-se o tratamento de casos de escafocefalia com o padrão de cranioplastia em S;

Material e métodos: O tratamento pretende reverter o aumento da pressão intracraniana, corrigir a deformidade e possibilitar o crescimento cerebral. Tendencialmente no primeiro ano de vida realiza-se descarga de suturas, remodelação craniana e/ou avanço fronto-orbitário para maior ganho de volume; na infância avanço do terço médio/LeFort III; na adolescência ou início de vida adulta cirurgia ortognática e contorno; O padrão de cranioplastia permite remodelar o crânio corrigindo a deformidade e permitindo que o crescimento

subsequente tenda para uma morfologia saudável. A aplicação desta técnica tem permitido obter expansão de volume necessário e um contorno craniano corrigido. Após craniotomia e contorno, a fixação é feita com placas e parafusos. A conjugação com descargas occipitais permite o aumento do volume posterior frequentemente necessário nestas cranioossinostoses.

Resultados e conclusões: A cranioplastia em S permite distração perpendicular à sutura sagital, aumentando o diâmetro biparietal; A descarga occipital tipo samurai conjugada oferece uma expansão medio-posterior que resulta na normalização frontal, evitando a necessidade de avanço fronto-orbitário. As fotografias de casos tratados demonstram a eficácia e remodelação pré e pós-operatório imediato.

CO 26

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO DO MELANOMA CUTÂNEO NA ÚLTIMA DÉCADA

Gonçalo Gandra; João Castro-Ferreira;
Eliane Jaconiano; Sérgio Teixeira;
Ricardo Horta
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O melanoma é uma neoplasia maligna com origem nos melanócitos. A maioria dos casos de melanoma (>90%) são cutâneos

e estão principalmente associados com exposição à radiação ultravioleta, ao contrário de outros subtipos menos comuns, como os melanomas mucosos e uveais. (<1-5% dos casos, com variações consoante o país).

Objetivo: Rever a abordagem atual perante o melanoma cutâneo e avaliar a sua evolução nos últimos 10 anos. É também focado na implementação da terapia sistémica e na compreensão de como foi influenciada a abordagem cirúrgica.

Métodos: Foi efetuada uma pesquisa exaustiva utilizando a *MEDLINE* como base de dados e o Pubmed como o motor de busca. Os critérios de inclusão foram definidos para captar estudos relevantes às inovações, avanços e alterações no panorama terapêutico do melanoma entre 2013 e 2023. Os artigos considerados para inclusão englobaram ensaios clínicos, revisões sistemáticas, meta-análises, estudos observacionais e revisões de especialistas. O foco principal centrou-se nas intervenções terapêuticas, incluindo cirurgia, terapias alvo, imunoterapias e tratamentos emergentes.

Resultados/Discussão: O tratamento do melanoma evoluiu significativamente nos últimos anos. Para os estadios I e II, as diretrizes mais

recentes ajustam as margens cirúrgicas com base na espessura do tumor e incluem terapias adjuvantes, como imunoterapia e terapias alvo, para casos de alto risco. No estadio III, houve grandes mudanças, com a vigilância clínica e imagiológica dos gânglios a substituir o esvaziamento ganglionar em muitos casos, e a terapêutica sistémica neoadjuvante a ganhar importância, incluindo imunoterapias como pembrolizumab e nivolumab. No estadio IV, novas terapias sistémicas, como inibidores de *checkpoints* imunológicos, melhoraram as taxas de resposta e de sobrevivência. Em geral, as taxas de sobrevivência para os estádios I-III aumentaram significativamente, refletindo o impacto destas abordagens mais precisas e personalizadas no tratamento do melanoma. Como foi observado nos resultados, em geral, o tratamento cirúrgico é a abordagem preferencial nas fases iniciais do melanoma e, à medida que a doença progride para fases mais avançadas, são adotadas diferentes estratégias, como o tratamento sistémico, que pode ser utilizado como neoadjuvante ou adjuvante. O desenvolvimento contínuo da imunoterapia, da *targeted therapy* e de modalidades de tratamento inovadoras oferece esperança de melhorias na

sobrevivência e na qualidade de vida dos doentes com melanoma.

Conclusão: A avaliação da evolução do tratamento do melanoma na última década revela avanços significativos que transfor-maram a prática clínica e melhora-ram os resultados dos doentes. Através de uma revisão da literatura e análise das atualizações das diretrizes, emergem vários pontos-chave, destacando o progresso alcançado na gestão desta malignidade desafiante.

CO 27

MALFORMAÇÕES VASCULARES COMPLEXAS – ABORDAGEM NUM CENTRO DE REFERÊNCIA

Lisandra Morgado, Rita Igreja,
Nuno Falcão, Margarida Mendes,
Bernardo Correia, Ricardo Horta
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As malformações vasculares correspondem a anomalias estruturais e morfológicas dos vasos que estão presentes ao nascimento, crescem com o indivíduo e não regredem. De acordo com o tipo de vaso envolvido e as características hemodinâmicas, classificam-se como capilares, venosas, linfáticas ou arteriovenosas.

As opções terapêuticas incluem agentes inibidores da angiogénese, tratamento laser e escleroterapia. A cirurgia reserva-se aos casos mais

graves ou quando surgem complicações.

Objetivo: Apresentar diferentes abordagens possíveis no tratamento de malformações vasculares complexas, bem como a importância das equipas multidisciplinares.

Material e métodos: Foi feita uma análise retrospectiva de doentes com malformações vasculares complexas tratados num hospital de referência entre 2021 e 2024, tendo sido selecionados seis casos para análise. Todos os doentes foram avaliados em consulta multidisciplinar dedicada.

Resultados: Caso 1: Mulher, 21 anos, com malformação arteriovenosa no lábio inferior, tratada com laser cutâneo e intralabial, sem necessidade de cirurgia.

Caso 2: Mulher, 39 anos, com malformação venosa da calote crani-ana e malformação venolinfática com atingimento da face e região cervical, árvore brônquica e esófago. Em tratamento com sirolimus, a aguardar cirurgia conjunta entre Cirurgia Plástica, Neurocirurgia e ORL.

Caso 3: Homem, 54 anos, com malformação venulocapilar gigante da face e couro cabeludo.

Submetido a ressecção cirúrgica e reconstrução com *Integra* e transplante de unidades foliculares, e

laser nas lesões superficiais do pescoço.

Caso 4: Homem, 79 anos, com malformação venosa na hemiface esquerda. Realizada ressecção cirúrgica e plastia com retalhos previamente expandidos, e sessões de laser.

Caso 5: Mulher, 29 anos, com malformação arteriovenosa lombar, submetida a radioembolização e exérese cirúrgica.

Caso 6: Mulher, 49 anos, com malformação arteriovenosa no calcâneo a condicionar acroangiodermatite, submetida a escleroterapia seguida de ressecção cirúrgica e plastia com retalho plantar de avanço em V-Y.

Conclusões: Na abordagem de malformações vasculares complexas, a integração de várias especialidades é essencial para uma avaliação completa e um tratamento personalizado, adaptado ao tipo, localização da malformação e características individuais.

A análise dos casos mostra que muitos doentes são tratados com sucesso através de abordagens minimamente invasivas, como laser ou escleroterapia, sem necessidade de cirurgia. No entanto, quando necessárias, as cirurgias são frequentemente complexas devido ao grande risco hemorrágico e de complicações funcionais e

estéticas, devendo ser realizadas por equipas experientes. Quando as lesões não são passíveis de embolização prévia, o risco de hemorragia é ainda maior, sendo de extrema importância um bom planeamento cirúrgico.

CO 28

MAMOPLASTIA DE REDUÇÃO ONCOPLÁSTICA: QUEM IRÁ DRENAR MAIS?

Carolina Fernandes Chaves; Marta Avezedo; Leonor Caixeiro; Filipa Poleri; Filipa Monte; Gustavo Coelho; Professora Augusta Cardoso; Cristina Cunha
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O uso de drenos na mamoplastia de redução mantém-se um assunto controverso. No caso desta ser realizada em contexto de cirurgia oncoplástica gera-se ainda mais discussão pela potencial maior manipulação do tecido mamário para recessão tumoral.

Objetivo: Compreender quais os fatores que poderão influenciar as drenagens pós cirurgia oncoplástica com mamoplastia de redução. Métodos: Este é um estudo retrospectivo englobando pacientes com carcinoma da mama e submetidas a tumorectomia e mamoplastia de redução terapêutica e de simetrização entre 2019 e 2022. Foram colhidos dados sobre a idade das

pacientes, técnica cirúrgica, drenagem nas primeiras 24 horas, dias com drenos, tamanho tumoral e as seguintes comorbilidades: tabagismo, hipertensão arterial (HTA), diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e índice de massa corporal (IMC).

Resultados: A amostra ficou composta por 78 pacientes. Todas do sexo feminino, com uma média de idades de 57 anos. Os tumores excisados tinham uma mediana de tamanho no estadiamento clínico de 18mm, correspondendo a cT1. As pacientes tiveram uma mediana de soma de drenagens no primeiro dia pós-operatório de 50ml e ficaram uma mediana de 3 dias com drenos. Não se encontrou correlação entre a idade ou o tamanho tumoral e as drenagens no 1º dia ou número de dias com drenos. Não se encontraram diferenças significativas nas pacientes com HTA, DM2, IMC acima do normal ou fumadoras e as drenagens no 1º dia ou número de dias com drenos. Não se encontraram diferenças entre o pedículo usado para vascularização do complexo areolomamilar e as drenagens no 1º dia ou número de dias com drenos.

Conclusões: Nenhuma das variáveis analisadas relacionadas com a paciente ou o tumor influenciou significativamente a drenagem no primeiro dia ou o número total de

dias com dreno. Especula-se que estas poderão estar mais relacionadas com outros fatores como, por exemplo, uma boa hemostase intraoperatória e estabilidade tensi-onal no intra e pós-operatório. Outra hipótese é que, como, no geral, as drenagens relacionadas com esta cirurgia são pequenas, mesmo havendo recessão tumoral antes, estas são mais dificilmente significativamente influenciadas por fatores possíveis de prever.

CO 29

RETALHO PLANTAR MEDIAL: UMA ABORDAGEM EFICAZ PARA RECONSTRUÇÃO DE DEFEITOS NA REGIÃO DO PÉ

Catarina Paias Gouveia; André Pinto;
Duarte Salema Garçao; Artur Nixon
Martins; João Pombo; Rui Medeiros
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE /
Hospital de Santa Maria*

Introdução: O revestimento de defeitos na região plantar e do calcanhar representa um desafio reconstitutivo significativo devido às opções limitadas e às exigências específicas desta área anatómica. A pele espessa e glabrosa da região plantar dificulta a utilização de tecidos locais devido à maior aderência dos tecidos, e, por outro lado, impede a utilização eficaz de retalhos regionais, que costumam ser compostos por pele mais flexível e

menos resistente, incapaz de suportar a carga do peso corporal.

Objetivos e métodos: Neste estudo, realizámos uma análise retrospectiva de 6 pacientes submetidos a excisão de tumores cutâneos no pé, utilizando o retalho plantar medial para a cobertura de defeitos. Avaliaram-se a viabilidade do retalho, a adequação para diferentes tipos de defeitos e os resultados estéticos e funcionais. O estudo também considerou a preservação da sensibilidade na área reconstruída.

Conclusões: O retalho plantar medial é uma solução eficaz para a reconstrução de defeitos na região do pé, proporcionando um revestimento robusto com pele de características semelhantes, capaz de suportar carga e preservando a sensibilidade protectora. A morbilidade da zona dadora é mínima e o pedículo é constante. Esta combinação de características faz do retalho plantar medial uma escolha eficaz e valiosa para a reconstrução de defeitos na região plantar. No entanto, o retalho apresenta uma limitação de tamanho, sendo insuficiente para o revestimento de defeitos de grandes dimensões. Adicionalmente, a técnica cirúrgica é exigente e requer experiência por parte do cirurgião.

CO 30

SÍNDROME COMPARTIMENTAL EM IDADE PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO

Martinho O., Rocha R., Almeida A., Gomes A., Machado C.

Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética da Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: O síndrome compartimental pode ter consequências devastadoras. Pode ter origem em diferentes etiologias, sendo a principal causa trauma, tanto em adultos como em crianças. O diagnóstico no adulto está bem estabelecido contudo a apresentação desta patologia em idade pediátrica apresenta desafios no diagnóstico, devido à dificuldade de cooperação de uma criança com dor, atrasando o reconhecimento desta entidade.

Objectivos: Este trabalho apresenta uma revisão sobre esta patologia identificando as principais causas, a semiologia associada e estratégias de abordagem de forma a facilitar a identificação e terapêutica atempada destes doentes.

Material e Métodos: Realizada uma revisão da literatura dos últimos 30 anos utilizando plataformas de divulgação científica como o PubMed e a Cochrane, associado ao levantamento de casos dos últimos 10 anos do Hospital de Santa Maria. Apresentamos 2 casos para ilustração diagnóstica e de abordagem.

Resultados e Conclusões: A identificação atempada do síndrome compartimental em idade pediátrica e abordagem

terapêutica célere é fundamental para evitar a grave morbidade associada.

PO 01**RETALHO IMAP - UMA ALTERNATIVA NA RECONSTRUÇÃO DE DEFEITOS DE CABEÇA E PESCOÇO**

Inês Carreira; Rita Fermoselle;
Alexandra Rosa; Margarida Sá; Rui Bastos
Centro Hospital Lisboa Ocidental

Introdução: Os retalhos perfurantes alcançaram, nas últimas décadas, um papel de destaque na reconstrução de defeitos da cabeça e pescoço. O retalho perfurante da artéria mamária interna (IMAP) é um retalho fasciocutâneo, em ilha, baseado na perfurante da artéria mamária interna do 2º espaço intercostal, pois esta é a perfurante mais constante e fiável.

Casos clínicos: São apresentados casos clínicos de pacientes intervencionados no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, cuja opção de revestimento foi o retalho IMAP. Discutimos as principais indicações para utilização deste, descrevemos a técnica utilizada para planear e levantar o retalho, bem como complicações e resultados funcionais e estéticos a longo prazo.

Discussão e conclusão: O retalho IMAP é um retalho fino, plíavel, versátil, com bom *match* de cor e textura com a região cervical. Está

associado a baixa morbilidade da área dadora e, na maioria das vezes, consegue-se o encerramento primário da área dadora. É, ainda, um retalho de fácil e rápida disseção e com um arco de rotação amplo. O retalho IMAP tem como indicações *major* o revestimento de defeitos de pequeno a médio tamanho da região cervical inferior, nomeadamente na reconstrução de traqueostomia, fistulas traqueo-esofágicas e deiscência de feridas cirúrgicas. Deste modo, este retalho constitui um importante recurso no arsenal da reconstrução de defeitos da cabeça e pescoço.

PO 02**RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHO TDAP - UMA OPÇÃO A TER EM CONTA**

Inês Carreira; Rita Fermoselle;
Alexandra Rosa; Margarida Sá;
Rui Bastos
Centro Hospital Lisboa Ocidental

Introdução: Na era dos retalhos perfurantes, o retalho perfurante da artéria toracodorsal (TDAP) tem ganho popularidade como opção reconstrutiva na reconstrução mamária (RM). O retalho TDAP foi inicialmente utilizado com o intuito

de minimizar as morbidades da área dadora associadas ao retalho miocutâneo *Latissimus Dorsal*.

Casos: É apresentada a nossa experiência no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental na RM com retalhos TDAP. Este pode ser utilizado em combinação com a colocação de implantes ou como reconstrução puramente autóloga. Para além disso, pode ser utilizada como primeira opção ou como ocorre mais comumente como cirurgia de resgate, quando RM prévias falham ou complicam.

Discussão e conclusão: O retalho TDAP requer uma disseção intramuscular e esqueletização de uma ou mais perfurantes até ao eixo toracodorsal, por isso é uma técnica cirurgicamente complexa e exigente associada a uma longa curva de aprendizagem e maior tempo cirúrgico. Têm como vantagens a preservação do músculo *Latissimus Dorsal* e, por tal, a pouca morbidade da área dadora e acrescenta volume adicional à mama reconstruída com ótima restauração de contorno da mama.

Por outro lado, há algumas limitações na utilização deste retalho, motivo pelo qual não é tão frequentemente utilizado. Não deve ser opção em doentes fumadoras, com múltiplas comorbilidades e com retalhos cutâneos da mastectomia

finos. Para além disso, cicatrizes ou cirurgias prévias na área dadora ou não se identificarem perfurantes de tamanho adequado são outras limitações à reconstrução com retalho TDAP.

O retalho TDAP é uma ferramenta importante na reconstrução mamária. Deve ser utilizado sobretudo em casos de resgate, quando outras opções cirúrgicas falharam ou não têm indicação.

PO 03

CANCRO DO LÁBIO NO IDOSO: FUNÇÃO E ESTÉTICA COMO PRINCÍPIOS EQUIVALENTES NA RECONSTRUÇÃO ONCOLÓGICA

Sara Magalhães da Silva¹;

Conceição Azeda²; Manuel Vieira²

¹Hospital de São José; ²Hospital da Luz Setúbal / Hospital de Santiago

Introdução: Os lábios são um aspeto essencial da face humana, um componente vital da simetria e da estética do rosto.

Desempenham um papel fundamental nas expressões faciais, na fonação, na mastigação, na atração física e na intimidade. No que diz respeito ao cancro da pele, os indivíduos mais velhos com pele danificada pelo Sol são propensos a desenvolver malignidade cutânea, como o carcinoma espinocelular, e esta é a razão mais prevalen-

te para a reconstrução do lábio inferior.

A reconstrução do lábio inferior constitui um desafio devido aos elevados requisitos funcionais e estéticos que devem ser alcançados para um resultado bem-sucedido. A reconstrução é feita de acordo com a dimensão, a localização do defeito e as características do doente.

O planeamento e a discussão dos resultados cirúrgicos com o doente são cruciais, porque, ao contrário do que é comum pensar-se, a imagem corporal é importante para a autoestima dos idosos.

Objetivos: Relatamos o caso de uma mulher de 90 anos que foi encaminhada para o serviço de Cirurgia Plástica para tratamento de carcinoma espinocelular no lábio inferior.

Material e métodos: A excisão cirúrgica da lesão foi efetuada sob anestesia local. Após a ressecção do tumor, o defeito abrangia cerca de 2/3 do lábio inferior. A reconstrução foi iniciada pela plastia em W no lábio inferior. Iniciou-se a segunda parte da reconstrução, desenhando o retalho de Abbe ligeiramente maior para conseguir um maior recrutamento de tecido. Após duas semanas, o pedículo do retalho de Abbe foi dividido sob anestesia local. Obteve-se uma compe-

tência oral adequada e uma simetria satisfatória. A doente não relatou qualquer problema com a utilização da prótese dentária.

Resultados e conclusões: O que é invisível nas fotografias deste caso é a satisfação e a felicidade da doente com a sua aparência e a recuperação da sua vida normal, o que lhe deu um grande conforto e segurança, uma vez que o estigma do cancro foi eliminado. Esta doente, que vive numa zona rural, após os dois procedimentos, regressou a casa retomando a sua rotina normal. A nossa técnica combinou a plastia em W com o retalho de Abbe permitindo uma reconstrução funcional. A combinação das duas técnicas não foi descrita na literatura. Técnicas complexas, como a microcirurgia, deram prioridade à reconstrução com menos preocupações estéticas e, por vezes, com mais morbilidade da zona dadora. Para restaurar a beleza no tratamento oncológico, devemos visitar técnicas cirúrgicas mais antigas, que são mais simples, menos traumáticas e priorizam tanto a funcionalidade quanto a estética. Esta é a arte da Cirurgia Plástica: adaptar os procedimentos para curar e restaurar a beleza e a função, permitindo que os doentes mantenham sua qualidade de vida.

Palavras-Chave: Cancro do lábio; Idoso; Reconstrução Funcional; Estética

PO 04

CARCINOMA ESPINOCELULAR DOS DEDOS DA MÃO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Sara Magalhães da Silva¹;

Conceição Azeda²; Manuel Vieira²

¹Hospital de São José; ²Hospital da Luz Setúbal / Hospital de Santiago

Introdução: O carcinoma espinocelular (CEC) dos dedos, apresenta-se em 72% dos casos como uma lesão peri ungueal ou subungueal, em alguns casos é referida história de trauma digital e *nail biting*. 60 a 80% dos CEC digitais estão associados a subtipos de alto risco de papiloma vírus humano (HPV), predominantemente o HPV16.

Objetivos: Teve-se como objetivo realizar uma revisão teórica do CEC dos dedos da mão e apresentação de dois casos clínicos.

Material e métodos: O primeiro caso é um homem de 32 anos, pintor de automóveis. Recorreu à consulta de Cirurgia Plástica por uma lesão inflamatória peri-ungueal do 3o dedo da mão, com 1 ano de evolução. Foi realizada biópsia da lesão que revelou carcinoma espinocelular. A radiografia dos dedos da mão, mostrou envolvimento ósseo da 3ª falange. O segundo caso é um homem de 67 anos,

encaminhado para a consulta de Cirurgia Plástica por uma infeção crónica da falange distal do polegar, cuja radiografia revelava erosão óssea.

Resultados e conclusões: No primeiro caso, foi agendada cirurgia para excisão da lesão com margens, com amputação da falange distal do 3º dedo e foi realizada biópsia de gânglio sentinela (BGS) axilar. O diagnóstico histológico revelou CEC, e a BGS foi negativa. Após 3 anos de *follow-up*, não se observou qualquer recidiva local ou à distância e o doente apresenta um bom resultado estético e funcional. No segundo caso, o doente foi submetido amputação da falange distal do polegar, cujo resultado histológico revelou CEC. 5 meses após a primeira cirurgia, surgiram várias lesões cutâneas no antebraço e adenopatias axilares. Foi submetido a excisão das lesões e a linfadenectomia axilar, cujo resultado histológico confirmou metastização cutânea e ganglionar. A pesquisa anátomo-patológica do HPV nas peças operatórias, revelou p16 fortemente positivo, em todas as peças. O doente realizou tratamento adjuvante com radioterapia e quimioterapia.

No *follow-up*, verificou-se um agravamento progressivo da sua

condição clínica, tendo vindo a falecer 5 anos após o diagnóstico.

O CEC digital constitui um desafio clínico, a apresentação clínica inicial faz diagnóstico diferencial com várias lesões benignas e poderá ser diagnosticado tardiamente, com consequências nefastas para o doente. CEC digital associado ao HPV de alto risco é localmente mais agressivo, com maior expressão dos marcadores Ki-67 e p16. Tem uma taxa de metastização entre 2% e 3%, com uma taxa de recorrência de 20%.

Palavras-Chave: Carcinoma Espinocelular; Mão; Papiloma Vírus Humano.

PO 05

DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANS DO OMBRO: DISCUSSÃO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Sara Magalhães da Silva; Inês Pires; Miguel Veríssimo; Miguel Matias; Prof Dr. Diogo Casal

Hospital de São José

Introdução: O dermatofibrossarcoma protuberante é um tumor cutâneo raro (menos de 0,1% de todos os tumores da pele), tem origem na derme e tende a invadir as estruturas adjacentes.

Apresenta um crescimento insidioso, sendo frequente o diagnóstico tardio, com necessidade de ressecções cirúrgicas alargadas com

maior morbidade e maiores desafios reconstrutivos. Apesar do baixo potencial de metastização apresenta uma elevada taxa de recidiva local.

Objetivos: Relatar dois casos de dermatofibrossarcoma do ombro com o seu tratamento cirúrgico e reconstrutivo complexo.

Material e métodos: O primeiro caso é de um homem de 38 anos avaliado em consulta de Cirurgia Plástica por cicatriz quelóide no ombro, com aumento das dimensões nos últimos meses, decorrente de uma excisão de uma lesão sem diagnóstico conhecido há 10 anos. O segundo caso é de uma mulher de 22 anos encaminhada para a consulta após excisão de um “quisto” do ombro, cujo diagnóstico histológico revelou tratar-se de um dermatofibros-sarcoma protuberans.

Resultados e conclusões: No primeiro caso clínico: A biópsia da lesão do ombro, revelou tratar-se de um dermatofibrossarcoma protuberans. Foi programada cirurgia de ressecção alargada da lesão, da qual resultou um defeito tegumentar importante na região do ombro e supra-escapular. Optou-se pela cobertura do defeito com enxerto de pele espessa. Após o resultado do relatório anátomo-patológico, foi agendado segundo tempo cirúrgico

para alargamento das margens profundas e reconstrução com retalho miocutâneo pediculado do músculo grande dorsal. No segundo caso clínico: Foi programada cirurgia de excisão alargada da lesão, da qual resultou um defeito importante do ombro, com exposição de estruturas ósseas. Optou-se pela reconstrução imediata com retalho de avanço tipo V-Y da região posterior do braço. Em ambos os casos, não se observou qualquer recidiva local ou à distância, o doente apresenta um bom resultado estético e funcional, mantendo as consultas de vigilância.

O dermatofibrossarcoma *protuberans* é um tumor raro, de difícil diagnóstico e tratamento. O tratamento cirúrgico correto exige um planeamento completo e minucioso, de modo a garantir margens de segurança alargadas com o mínimo de morbilidade possível. A reconstrução primária com enxerto de pele, permitiu uma boa cobertura temporária enquanto se aguardava pelo resultado anátomo-patológico definitivo e avaliação de lesões microscópicas. Tanto a reconstrução definitiva com retalho miocutâneo pediculado do músculo grande dorsal, com o retalho V-Y da região posterior do braço, são soluções fiáveis, adaptáveis, com bons resultados estéticos e

funcionais e com menor mobilidade para os doentes.

PO 06

LESÕES TRAUMÁTICAS DA MÃO: ABORDAGEM SIMPLIFICADA

Sara Magalhães da Silva; Inês Pires;
Íris Brito
Hospital de São José

Introdução: As lacerações profundas da face volar distal do antebraço são comumente designadas por *spaghetti wrist*, os autores propõem uma adaptação do conceito para as lacerações profundas volares da mão para *spaghetti hand*. A abordagem cirúrgica destas lesões pode ser exaustiva e desafiante para o cirurgião que se depara com estes casos na urgência, devido à lesão de múltiplas estruturas nobres, como tendões, vasos e nervos, com consequências graves para o doente.

Objetivos: Os autores tiveram como objetivo criar uma proposta de abordagem esquematizada à lesão de *spaghetti hand*.

Material e métodos: Revisão de literatura das características, abordagem e tratamento cirúrgico das lacerações profundas volares da mão, ilustrada com um caso clínico.

Resultados e conclusões: Foram definidos dez passos fundamentais para sistematizar e simplificar a abordagem cirúrgica do *spaghetti*

hand através da criação de um protocolo: inicia-se o procedimento pelo tipo de incisão, seguido pela dissecação e identificação de estruturas nervosas, vasculares e tendíneas, com elaboração de uma *checklist*; segue-se a reparação das artérias, seguida dos nervos e tenorrafias (assinalando na *checklist*); conclui-se com o encerramento da ferida e monitorização pós-operatória. Foi realizada, também, uma revisão do processo de reabilitação e seguimento a longo prazo.

As lacerações volares da mão são lesões comuns no serviço de urgência de Cirurgia Plástica e, frequentemente, são mais graves do que aparentam. Uma abordagem sistematizada baseada nos dez passos, definidos pelos autores, permite a simplificação, fluidez e menor risco numa cirurgia muito exigente, em contexto de urgência.

Palavras-Chave: Trauma; Lacerações profundas; Mão; Spaghetti hand

PO 07

LESÕES TRAUMÁTICAS DE NERVO PERIFÉRICO: RECONSTRUÇÃO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Sara Magalhães da Silva; Inês Pires;

Íris Brito

Hospital de São José

Introdução: As lesões de nervos periféricos são comuns em contexto de urgência, constituindo cerca de 2.8% de todos os casos de trauma. Estas lesões muitas vezes ocorrem nos membros superiores, com lesão do nervo mediano, ou nos membros inferiores com lesão do nervo tibial. Existem várias opções cirúrgicas para reconstrução quando existe perda de continuidade do nervo, entre elas o enxerto de nervo, sendo o nervo sural o mais comum para nervo dador em contexto de urgência.

Objetivos: Teve-se como objetivo relatar dois casos de reconstrução de nervo periférico em contexto de urgência

Material e métodos: O primeiro caso é de um homem de 32 anos avaliado em contexto de urgência pela Cirurgia Plástica por trauma do braço direito com motosserra, do qual resultou secção completa e perda de substância nervosa do nervo mediano e artéria umeral. O segundo caso é de um homem de 48 anos avaliado em contexto de urgência pela Cirurgia Plástica por

trauma da perna direita, com mo-tosserra, do qual resultou secção completa e perda de substância nervosa do nervo tibial.

Resultados e conclusões: Relativamente ao primeiro caso: Operado em bloco operatório central em contexto de urgência, com intervenção da Cirurgia Vascular para reparação da artéria umeral e Cirurgia Plástica para reconstrução do nervo mediano. Intra operatoria-mente verificou-se perda de substância nervosa com um gap de 4 cm. Optou-se pela reconstrução imediata com enxerto de nervo sural colhido da perna direita, reconstruído em cabos com cola de fibrina e epineurorrafia distal e proximal. Aos dez meses de pós-operatório o doente apresenta um bom resultado estético e uma melhoria gradual da motricidade e sensibilidade da mão, mantendo tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação. No segundo caso: Operado em bloco operatório central em contexto de urgência. Intra operatoria-mente verificou-se perda de substância nervosa com gap de 5 cm. Realizou-se a reconstrução imediata com enxerto de nervo safeno ipsilateral (que já se encontrava seccionado pelo trauma), reconstruído em calos com cola de fibrina e epineurorrafia distal e proximal. Aos nove meses de pós-operatório

apresenta uma melhoria gradual da motricidade do pé, com capacidade para deambular sem ajudas técnicas, mantendo tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação.

A reconstrução primaria de nervos periféricos em contexto de urgência com auto-enxertos de nervo, permite um tratamento definitivo em apenas um tempo cirúrgico. É uma solução fiável, pratica, com baixa morbilidade, bons resultados estéticos e com ganhos funcionais progressivos num seguimento multidisciplinar em conjunto com a Medicina Física e de Reabilitação.

Palavras-Chave: Lesão de nervo periférico; Nervo mediano; Nervo tibial; Nervo sural; Nervo safeno; Enxerto nervoso

PO 08

RETALHO PEDICULADO DE MÚSCULO TEMPORAL – UMA 1ª OPÇÃO DE 2ª LINHA

Conduto, Diogo¹; Martinho, Odete¹; Gouveia, Catarina¹; Nixon Martins, Artur¹; Pinheiro, Carlos¹

¹ULS de Santa Maria – Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A reconstrução micro-cirúrgica constitui o *gold standard* na reparação de defeitos de cabeça e pescoço. Nesse contexto, houve uma redução da utilização de retalhos pediculados locorre-

gionais nesta área. O pediculado de músculo temporal permanece contudo uma opção valiosa, particularmente quando a microcirurgia não é viável, proporcionando bons resultados na reconstrução de certos defeitos, principalmente no terço médio da face.

Objetivos: Analisar a utilização do retalho pediculado de músculo temporal na reconstrução de defeitos de cabeça e pescoço com destaque para o terço médio da face, em cenários onde as técnicas microcirúrgicas não eram uma opção.

Materiais e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva de vários casos submetidos à reconstrução de defeitos de cabeça e pescoço com retalho pediculado de músculo temporal. Foram revistos pormenores técnicos que otimizaram o resultado cirúrgico. Foi também realizada uma sucinta revisão da literatura de modo a elucidar a percentagem de complicações documentada na utilização desta opção cirúrgica.

Resultados e conclusões: O retalho pediculado de músculo temporal mostrou-se eficaz na cobertura de defeitos do terço médio da face, nomeadamente na reconstrução após exenterações orbitárias ou maxilectomias unilaterais. Complicações observadas incluíram necroses parciais e atrasos na

cicatrização, conforme descrito e esperado pela literatura. Foram identificados alguns pormenores técnicos e anatómicos que parecem ter impacto no *outcome* cirúrgico, ajudando na otimização da técnica. Concluimos assim que o retalho pediculado de músculo temporal permanece uma opção viável para reconstrução de defeitos de cabeça e pescoço, sendo uma boa primeira opção enquanto segunda linha. A otimização técnica e a gestão cuidadosa das complicações permitem alcançar resultados satisfatórios funcionais e estéticos.

PO 10

IMAGIOLOGIA NO TRAUMA ORBITÁRIO: ABORDAGEM PRÁTICA PARA O CIRURGIÃO

Rafael Rocha; David Berhanu; Eduardo Matos

Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: O traumatismo orbitário pode causar défices visuais, restrição da oculomotricidade e diplopia, e alterações estéticas. Neste contexto, é necessária avaliação clínica e imagiológica urgente, sendo a tomografia computadorizada (TC) o estudo de eleição. Apesar da importância desta técnica, a literatura sugere uma elevada variabilidade interobservador na avaliação de estudos de TC maxilo-facial por cirurgiões, com

taxas de erro de 50% e potencial compromisso da segurança do doente.

Objetivos: Identificar os principais achados imagiológicos no traumatismo orbitário e descrever um algoritmo que permita estratificar a abordagem sistemática do cirurgião à TC da órbita.

Métodos: Foram identificados casos de traumatismo orbitário admitidos num centro terciário de um hospital universitário e recolhidos os achados relevantes na avaliação por TC. Foi realizada uma revisão pictográfica dos principais achados pós-traumáticos na avaliação tomodensitométrica da órbita e descrita uma abordagem sistematizada a estes exames.

Resultados: A avaliação imagiológica de lesões pós-traumáticas da órbita deve iniciar-se pela análise multiplanar do compartimento maxilo-facial em janela de osso, para deteção de fraturas orbitárias. Nesta análise, é importante (1) definir as paredes da órbita fraturadas e a tipologia da fratura - *Blow-out* ou *Blow-in*; (2) identificar padrões de fratura mais complexos, nomeadamente fratura orbitozigomática, naso-orbito-etmoidal, ou LeFort; (3) por fim, para despistar fraturas menos evidentes, devem ser avaliados sinais indiretos de fratura incluindo enfisema intra-orbitário ou

intra-craniano, hiperdensidade infra-orbitária, hemossinus ou assimetrias.

Posteriormente, deverá ser avaliado o conteúdo orbitário em janela de tecidos moles, incluindo:

- Herniação de conteúdo orbitário: associado a fraturas do pavimento e/ou parede medial, devendo ser definido o conteúdo (gordura/músculo);
- Encarceramento dos músculos extra-oculares: morfologia e posição anómalas, hiperdensidades (hematoma intra-muscular), contacto com fragmentos ósseos.
- Hematoma retrobulbar: hiperdensidade heterogénea retro-ocular, estigmas de compressão ou estiramento do nervo óptico.

Finalmente, o cirurgião deve avaliar o globo ocular e a existência de eno-/exoftalmia. Deve ser identificada a existência de rotura do globo ocular, traduzida por alterações do contorno, diminuição do volume, enfisema ou corpos estranhos intra-oculares. É necessário avaliar também (1) a câmara anterior para coleções ou luxação do cristalino; e (2) a câmara posterior, para hemorragia do vítreo, descolamentos da retina ou coróide ou corpos estranhos intra-oculares.

Conclusão: A abordagem prática e estruturada aos estudos de TC no traumatismo da órbita permite aumentar a acuidade diagnóstica e correta identificação dos achados cirurgicamente mais relevantes.

PO 11

PROTOCOLO STANDARDIZADO DE ABORDAGEM AO EXTRAVASAMENTO ENDOVENOSO

Rafael Rocha; Ana Catarina Segundo; Carla Pereira Pinto; Odete Martinho; Eduardo Matos
Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: A administração endovenosa de fármacos ou agentes de contraste é realizada de forma universal nos cuidados de saúde, ocorrendo extravasamento em 0,5-6% dos doentes. O espectro de gravidade da lesão de extravasamento é variável, desde edema ligeiro, flebite ou infeção local até necrose dos tecidos moles e síndrome compartimental. A atuação precoce é fundamental para minimizar o dano, podendo o Cirurgião Plástico desempenhar um papel relevante, sendo essencial a existência de um protocolo de atuação adequado.

Objetivos: Elaborar um guia compreensivo das intervenções indicadas para prevenir e minimizar a gravidade de lesões provocadas pelo extravasamento de agentes endovenosos.

Métodos: Elaboração de um protocolo que inclua medidas preventivas, medidas locais e medidas farmacológicas tópicas e sistémicas com base na literatura mais recente.

Resultados: Deverão ser aplicadas universalmente medidas preventivas, nomeadamente: (1) reconhecimento de fatores de risco; (2) evitar canulações em áreas anatómicas como a fossa antecubital ou o dorso da mão, em que a necrose é particularmente grave; (3) educar o doente e família para sinais de extravasamento; (4) treino regular dos profissionais de saúde para este cenário.

Perante suspeita de extravasamento, devem ser tomadas medidas imediatas, que incluem a suspensão da administração, aspiração, elevação do membro e contactar equipa médica.

Consoante o agente, poderá estar indicada a aplicação local imediata de calor (ex: alcalóides da vinca, soluções hiperosmolares) para 'diluir e dispersar' ou frio (ex: antraciclina, vasoconstritores) para 'localizar e neutralizar'.

Existem também fármacos a administrar para certos agentes, como o dexrazoxano endovenoso (uma administração diária durante 3 dias) no caso das antraciclina, a fentolamina endovenosa - no caso dos

vasoconstritores -, ou a hialuronidase local, no caso de alcalóides da vinca ou do agente de contraste, para aumentar a dispersão.

Em casos de elevado potencial de necrose ou suspeita de síndrome compartimental, deverá ser solicitada observação pela Cirurgia Plástica. Em casos selecionados de elevado volume de extravasamento, a realização de intervenções cirúrgicas preventivas nas primeiras 6 horas – lipoaspiração ou técnica de Gault (*saline flush-out*) – poderão diminuir a necrose e a necessidade de cirurgias futuras. Em caso de síndrome compartimental, está indicada a realização de fasciotomias.

Conclusão: O extravasamento endovenoso é uma ocorrência comum a nível hospitalar. A prevenção é fundamental, passando pela implementação de boas práticas, sessões de treino regular e literacia em saúde dos doentes. A existência de um protocolo standardizado para reconhecimento e atuação precoce em casos de extravasamento pode ser determinante para evitar o desenvolvimento de complicações maior.

PO 12

RETALHOS PEDICULADOS EM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA - UMA PROPOSTA DE ALGORITMO

*Cláudia Mendes; Vera Eiró;
Alexandra Rosa; Tatiana Gigante;
Angelo Sá; Nelson Teixeira
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental,
EPE / Hospital Egas Moniz*

Introdução: A cirurgia conservadora da mama é uma ferramenta essencial no tratamento do cancro de mama, sobretudo quando se trata de tumores em estadios precoces. Esta abordagem implica a remoção de parte da mama assim como a realização de radioterapia adjuvante, o que culmina na grande maioria das vezes numa deformidade mamária inaceitável. Quando se trata de uma mama de tamanho pequeno a moderado e com ptose ligeira estão indicadas as técnicas de substituição de volume, onde incluímos os retalhos pediculados.

Métodos: Neste poster pretende-se abordar os principais retalhos pediculados utilizados na reconstrução de defeitos parciais da mama. Descrevem-se sumariamente as principais vantagens e desvantagens de cada um, terminando com um esquema que ilustra as suas diferentes aplicações. O principal objetivo é, portanto, oferecer uma forma rápida e prática de,

face a um defeito, os leitores perceberem qual ou quais os retalhos que melhor se aplicam, inclusive nos defeitos dos quadrantes superiores mediais, que proporcionam os maiores desafios.

Resultados/conclusão: Os retalhos pediculados são uma ferramenta crucial que o cirurgião reconstutivo da mama deve ter no seu reportório de forma a oferecer os melhores cuidados às suas pacientes. Saber o alcance e volume previstos de cada retalho permite ao cirurgião o adequado planeamento da cirurgia, reduzindo o risco de complicações e potenciando a satisfação da doente com os resultados.

PO 13

RECONSTRUÇÃO NASAL APÓS RINECTOMIA EM CONTEXTO ONCOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

*Miguel Veríssimo; Maria Albuquerque;
Bernardo Cavadas; Raquel Barbosa;
Miguel Matias; Patrícia Costa;
Diogo Casal; Sara Carvalho;
Joaquim Bexiga
Hospital de São José*

Introdução: A reconstrução nasal é um desafio em Cirurgia Plástica e Reconstitutiva pela sua complexidade tridimensional e necessidade de bons resultados funcionais e estéticos. A técnica

reconstrutiva deve ter em conta fatores locais e sistémicos, adaptada a cada doente.

O retalho frontal é uma das técnicas mais antigas na reconstrução do nariz, mas que se mantém atualmente como uma opção adequada para uma grande variedade de defeitos. O retalho FAMM é uma opção para restauração do *lining* interno e apresenta uma grande versatilidade, assim como uma vascularização fiável e relativa simplicidade técnica face a procedimentos microcirúrgicos. O enxerto ósseo *Cantilever* oferece um suporte adicional à reconstrução da estrutura nasal sendo especialmente útil em casos onde há deficiências na estrutura cartilaginosa.

Objetivos: Ilustrar um caso clínico de reconstrução nasal de utente submetido a rinectomia total em contexto de carcinoma basocelular da face.

Caso clínico: Homem, 74 anos. Recorre a consulta de Cirurgia Plástica por tumor da pirâmide nasal com 30 anos de evolução e crescimento rápido nos últimos meses.

À observação, objetivada placa ulcerada infiltrativa ocupando todo o dorso e vertente da pirâmide nasal. Foi submetido a biópsia incisional, identificando-se um carcinoma Basocelular nodular. Realizou TC-MF

e cervical que revêlaram extensão cartilaginosa e limites mal definidos, não se identificando formações gânglionares anómalas.

Em primeiro tempo operatório, foi submetido a rinectomia total com ressecção da porção anterior do septo nasal, sendo confirmada ausência de infiltração de margens cirúrgicas. Um mês após a primeira cirurgia, foi realizada reconstrução nasal total com colheita de cartilagem costal com *Cantilever Graft*, retalho frontal e retalho FAMM bilateral para restauração do *lining* interno. Foi realizado enxerto de pele de espessura total para encerramento da zona dadora e colocado dreno aspirativo na região torácica e dois drenos tubulares nas asas nasais para manutenção de patência de via aérea. O penso *tie-over* aplicado na região enxertada foi aberto aos 5 dias de pós-operatório, com integração total. O dreno aspirativo colocado no hemitórax direito foi removido aos 15 dias de pós-operatório. No último tempo operatório, 4 semanas depois, foi realizada autonomização de retalho e remoção de drenos tubulares das fossas nasais reconstruídas.

Resultados e conclusões: Demonstra-se os diferentes períodos operatórios e o resultado após 1 mês, com bom resultado estético e funcional, com patência das vias

atéreas. Foi proposto ao doente possibilidade de otimização, que foi recusada por não apresentar perda funcional e estar satisfeito com resultado estético.

A reconstrução do nariz é complexa, necessitando frequentemente de vários tempos operatórios e a combinação de várias técnicas cirúrgicas, devendo ser personalizada a cada doente.

PO 14

ÁCIDO HIALURONICO NA RECONSTRUÇÃO DO MAMILO EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS: UM ESTUDO DE CASO

*Catarina Paias Gouveia; Gaizka Ribeiro;
Bruno Rosa*

*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE /
Hospital de Santa Maria*

Introdução: Apresentamos o caso de uma doente de 42 anos com neoplasia da mama que foi submetida a uma mastectomia com reconstrução imediata com expansor e prótese.

Objetivos: Dado que as opções convencionais para a reconstrução do mamilo eram inviáveis devido à espessura fina dos retalhos de mastectomia e à recusa da doente em utilizar um enxerto do mamilo contralateral, optou-se por uma abordagem combinada envolvendo tatuagem e preenchimento com ácido hialurônico, a fim de atender

à exigência específica da doente de obter projeção mamilar.

Métodos: Numa primeira fase, a doente realizou uma tatuagem da aréola, recorrendo-se a técnicas de sombreado para replicar o contorno e a textura natural do CAM. Um mês após a tatuagem, procedeu-se ao preenchimento do mamilo com 0,2 ml de ácido hialurônico Voluma Juvederm. Este procedimento foi repetido duas semanas e três meses depois, utilizando a mesma quantidade de ácido hialurônico. O póster apresentará fotografias comparativas pré e pós-procedimento para ilustrar os resultados.

Conclusões: Esta técnica permitiu atingir um resultado esteticamente apelativo, com boa projecção mamilar, sem necessidade de novas incisões e sem complicações associadas. A tatuagem proporciona um tom de pele natural da aréola e simula o relevo do mamilo por meio de efeitos de sombra, enquanto o preenchimento com ácido hialurônico confere a projecção necessária, melhorando a aparência visual e tátil do mamilo reconstruído.

Este caso destaca a eficácia do ácido hialurônico como uma ferramenta adjuvante na reconstrução do mamilo, oferecendo uma solução simples e livre de complicações para recuperar a projecção

mamilar quando técnicas reconstrutivas mais convencionais não são adequadas.

PO 15

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS DO PÉ: UMA APRESENTAÇÃO RARA!

*Miguel Veríssimo; Miguel Matias;
Maria Albuquerque; Bernardo Cavadas;
Raquel Barbosa; Patrícia Costa;
Diogo Casal; Sara Silva; Sara Carvalho;
Joaquim Bexiga
Hospital de São José*

Introdução: O Dermatofibrossarcoma *Protuberans* (DFSP) é um sarcoma raro de tecidos moles que afeta predominantemente o tronco e os membros proximalmente. A sua incidência representa menos de 0,1% de todos os tumores malignos e menos de 1% de todos os sarcomas de tecidos moles. O DFSP do pé e dos dedos é ainda mais raro, com apenas alguns casos relatados na literatura.

Clinicamente, manifesta-se como uma lesão nodular ou placa assintomática que progride lentamente antes de entrar numa fase de crescimento rápido. Embora tenha baixo risco metastático, apresenta uma alta taxa de recidiva local, com tendência a infiltrar-se profundamente invadindo fáscia, músculo, perióstio e osso.

O diagnóstico é frequentemente tardio, sendo necessária biópsia e análise histológica para confirmação. A excisão cirúrgica com margens alargadas é o *gold standart* no tratamento destas neoplasias.

Objetivos: Este caso clínico visa relatar uma apresentação rara de DFSP e caracterizar as opções de tratamento cirúrgico, bem como discutir a epidemiologia, patogênese, características clínicas, diagnóstico, estadiamento e prognóstico associados a esta condição.

Material e métodos/Caso clínico: Mulher, 48 anos. Recorre a consulta de Cirurgia Plástica por massa de crescimento lento do dorso do 2º dedo do pé. Foi efetuada biópsia que confirmou o diagnóstico de DFSP.

Devido à necessidade de margens alargadas, o tratamento proposto foi a amputação harmoniosa do 2º e 3º dedos do pé direito. Foram efetuadas marcações em cunha feita nos aspetos plantar e dorsal do pé, que englobava margens de 4cm. Foi identificado o pedículo neurovascular peroneal do 1º dedo e os ramos do nervo fibular superficial. Verificou-se que o nervo peroneal profundo cruzava as margens de segurança do tumor. A dissecação progrediu de planos superficiais para mais profundos até os segundos e terceiros metatarsos.

Uma serra óssea foi utilizada para realizar um corte linear no osso. Na fase recons-trutiva, o ligamento intermetatarsal profundo foi suturado. Os retalhos volares e dorsais foram encerrados sem tensão, sendo necessário na área restante um enxerto de pele.

O exame anatomo-patológico confirmou que as margens estavam livres de tumor. Como inter-corrências, a D2 pós-operatório, a utente apresentou dor neuropática no território do nervo peroneal profundo, que foi controlada com gabapentina. A cicatrização da área dadora e integração do enxerto de pele foi favorável. Aos dois meses de pós-operatório, com auxílio da Medicina Física e Reabilitação, sem limitações da marcha com adaptação ao novo suporte plantar

Resultados e conclusões: Este caso ilustra a apresentação atípica do DFSP e a importância do diagnóstico precoce e da excisão completa para prevenir recidivas locais. Outras opções terapêuticas, como a radioterapia, podem ser consideradas quando a excisão não é viável ou resulta em comprome-ssos funcionais ou estéticos significativos.

PO 16

UMA INFEÇÃO INESPERADA EM ÚLCERA VENOSA DE PERNA

Miguel Veríssimo; Diogo Guimarães; Raquel Barbosa; Maria Albuquerque; Bernardo Cavadas; Sara Silva; Artur Boino; Inês Pires; Sara Carvalho; Joaquim Bexiga
Hospital de São José

Introdução: A *Providencia rettgeri* (PR) é um bacilo gram-negativo que pertence à família *Enterobacteriaceae* e está frequentemente associado a infecções do trato urinário. Infecções de pele e tecidos moles com *Providencia rettgeri* são raras, com poucos relatos de casos descritos na literatura. Representa a primeira classificação de prioridade da OMS na lista de novas necessidades de antibióticos, realçando a sua importância.

Objetivos: Relatar um caso clínico de úlcera venosa de perna com agente etiológico pouco comum em infecções da pele e tecidos moles e discutir a sua epidemiologia, características clínicas e prognóstico.

Material e métodos/Caso clínico: Mulher, 43 anos. Antecedentes pessoais de varizes nos membros inferiores.

Recorre ao SU por úlcera na perna com 3 meses de evolução. À observação, objetivada úlcera de 15x10 cm no terço inferior da perna direita, com exposição da crista tibial e da fíbula, bem como do tendão do tibial anterior. Os pulsos do membro estavam mantidos e não

conseguia realizar dorsiflexão do pé. De acordo com a classificação clínica-etilogia-anatomia-fisiopatologia (CEAP), apresentava varizes de 1º grau no membro inferior direito e varizes de 6º grau na perna afetada.

No dia da admissão, foi realizado desbridamento cirúrgico da ferida e iniciada terapêutica de largo espectro com meropenem. Das amostras de microbiologia colhidas, foram isoladas PR e *Pseudomonas aeruginosa*, sendo a terapêutica descalada para piperacilina/tazobactam após resultado de TSA. Foi também enviada peça para histopatologia que revelou úlcera cutânea compatível com etiologia venosa.

Após o primeiro tempo operatório, e mantendo cuidados de penso e antibioterapia endovenosa, a úlcera teve uma evolução favorável com formação de tecido de granulação. Um mês após a admissão, a paciente foi submetida a novo desbridamento cirúrgico e enxerto de pele, com total integração do mesmo.

Neste caso clínico não está claro onde o organismo foi adquirido e como contribuiu para a patologia da ferida, sendo possível que resulte da exposição da úlcera a água ou solo contaminado.

Resultados e conclusões: O diagnóstico diferencial de úlceras na

perna é amplo e deve incluir infecção e insuficiência venosa. Embora úlceras venosas sejam comuns, geralmente não são responsáveis por úlceras com evolução rápida e com afeção dos tecidos abaixo da fáscia muscular. Neste relato de caso, os autores hipotetizam que *ps* teve um papel significativo na gravidade e evolução da úlcera. É, porém, necessário maior conhecimento na forma como afeta a fisiopatologia das feridas para distinguir entre colonização e infecção, além de discriminar a sinergia bacteriana e estabelecer melhores diretrizes de tratamento. A literatura sobre infecções de pele por *Providencia rettgeri* é limitada e, até onde se sabe, apenas dois estudos anteriores descreveram o uso de enxerto de pele após infecção por *ps*, ambos com bons resultados.

PO 17

FIBROMA CEMENTO-OSSIFICANTE DA MANDÍBULA: UM RELATO DE CASO PEDIÁTRICO

*Inês Catalão; Gonçalo Tomé;
Dmitry Shelepenko; José Miguel Azevedo;
Miguel Sítima; Rui Almeida;
Margarida Mesquita; Inês Santos;
Sara Ramos; Susana Pinheiro
Centro Hospitalar e Universitário
de Coimbra / Hospitais da Universidade
de Coimbra*

Introdução: O fibroma cimento-ossificante é uma neoplasia fibro-

óssea craniofacial, benigna e rara. Localiza-se predominantemente na mandíbula e afeta sobretudo o sexo feminino. Apresenta um crescimento lento e indolor, podendo, no entanto, atingir grandes dimensões e, consequentemente, levar a deformidades faciais severas.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de uma criança com um fibroma cimento-ossificante da mandíbula e descrever o respetivo tratamento cirúrgico.

Material e métodos: Descrição de caso de uma criança de 13 anos com um fibroma cimento-ossificante que foi submetida a exérese da lesão com mandibulectomia subtotal, desarticulação do côndilo esquerdo e reconstrução com retalho livre osteosseptocutâneo de perónio.

Resultados e conclusões: Sexo feminino, 13 anos, melanodérmica e natural da Guiné-Bissau, encaminhada por lesão expansiva e de grandes dimensões da mandíbula, assintomática e com vários anos de evolução. Ao exame objetivo, apresentava deformidade grave da mandíbula à esquerda, com abaulamento vestibular, que ultrapassava a linha média, associada a deformidade da arcada dentária superior. Realizou ortopantomografia e TC maxilofacial onde se verificou

“volumosa lesão expansiva centrada na mandíbula, de predomínio no ângulo/ramo e corpo esquerdos, com extensão à sínfise e ao corpo da hemimandíbula direita com limites relativamente bem definidos (...) e no total mede cerca de 93 x 88 x 93 mm (...) marcada distorção anatómica com expansão e abaulamento das margens mandibulares, tanto vestibular como lingual”. Procedeu-se a biópsia incisional da lesão que confirmou o diagnóstico de fibroma cimento-ossificante. A doente foi submetida a exérese da lesão (mandibulectomia subtotal com desarticulação do côndilo esquerdo) e reconstrução com retalho livre osteossepto-cutâneo de perônio (anastomoses T-T aos vasos faciais) em placa de reconstrução personalizada. A doente teve alta ao 29º dia de internamento, tendo apresentado uma boa evolução. A avaliação pós-operatória demonstrou uma fixação clínica e radiologicamente estável, sem intercorrências.

O fibroma cimento-ossificante é uma lesão neoplásica benigna, no entanto pode atingir dimensões consideráveis. O seu diagnóstico é confirmado pela histologia e o tratamento é a excisão cirúrgica, sendo que o retalho livre de perônio é uma opção reconstrutiva segura e funcional.

PO 18

FALSA ANQUILOSE ESTILOMANDIBULAR COMO COMPLICAÇÃO DE RETALHO LIVRE DE CRISTA ILÍACA: RELATO DE CASO

Miguel Lucas Morgado; Larissa Lanzaro; Rui Casimiro; Leonor Caixeiro; Filipa Monte; David Gonçalves; Horácio Zenha
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A fusão estilomandibular é uma complicação rara e pouco documentada em procedimentos cirúrgicos maxilofaciais.

Objetivos: Este relato de caso descreve um doente que apresentou falsa anquilose estilomandibular após reconstrução mandibular.

Material e métodos: Uma doente de 59 anos foi submetida a uma ressecção segmentar da mandíbula e reconstrução para um defeito resultante de uma cirurgia de ameloblastoma, utilizando um retalho livre da crista ilíaca. Uma fratura do processo estilóide foi detetada no pós-operatório, sendo a doente tratada de forma conservadora.

Resultados e conclusões: No terceiro ano pós-operatório, a doente apresentou uma limitação acentuada da abertura oral. Foi diagnosticada uma falsa anquilose estilomandibular, e a doente foi submetida a uma ostectomia do osso

aberrante, resultando numa melhoria da abertura da boca. A união anormal entre o processo estilóide e a mandíbula é uma complicação pouco relatada no uso de retalhos livres da crista ilíaca. Este relato de caso destaca a importância de estar atento à falsa anquilose estilomandibular, especialmente quando há restrição da abertura oral no pós-operatório de procedimentos reconstrutivos envolvendo retalhos ósseos.

PO 19

RABDOMIOSSARCOMA DA MÃO EM IDADE PEDIÁTRICA

Artur Calado Boino; Miguel Matias; Inês Pires; Diogo Guimarães; Diogo Casal; Joaquim Bexiga
Unidade Local de Saúde de São José, Hospital de São José, Serviço de Cirurgia Plástica Reconstrutiva

Introdução: Os sarcomas tratam-se de tumores malignos que podem ter origem nos tecidos moles ou no osso, topograficamente infreqüentemente localizados na mão. Tendo em conta se tratarem de neoplasias que com freqüência apresentam um crescimento rápido, quando não identificados e tratados atempadamente podem apresentar elevada morbidade sobretudo quando próximos de estruturas nobres como tendões, nervos e vasos. Neste trabalho apresenta-se

um caso clínico de uma criança de 3 anos diagnosticada com um rabdomiossarcoma no dorso da mão direita, submetida a excisão da lesão com preservação do esqueleto ósseo e reconstrução de defeito tegumentar do dorso da mão com retalho fasciocutâneo em ilha interósseo posterior de fluxo reverso.

Material e métodos: Revisão de literatura sobre sarcomas da mão e ilustração com caso clínico da apresentação, diagnóstico e tratamento.

Resultados e conclusões: Tratando-se estas neoplasias malignas de entidades que frequentemente crescem de forma rápida, é fundamental um diagnóstico e intervenção precoces para obter um melhor prognóstico e função da mão, sobretudo em idade pediátrica. Apresentam-se mais comumente sob a forma de lesões tumorais assintomáticas, sendo necessária na suspeita de malignidade a realização de exames de imagem para caracterização da lesão e da sua extensão, e por vezes de biópsia antes da intervenção cirúrgica. No caso do rabdomiossarcoma, está contemplada a realização de quimioterapia. Pode ser necessário associar uma solução de reconstrução das estruturas lesadas, tendo em conta as dimensões e características da lesão. No caso clínico

apresentado, até à data não existe evidência de recidiva local.

PO 20

IMPACTO DA MALHA SERASYNTH® NA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DIRETA COM IMPLANTE

Miguel Lucas Morgado; Filipa Monte;

Larissa Lanzaro; Rui Casimiro;

Leonor Caixeiro; David Gonçalves;

Horácio Zenha

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O cancro da mama preocupa muitas mulheres, levando mais doentes a optar por mastectomia com reconstrução direta com implante devido à sua abordagem minimamente invasiva e menor risco de complicações. A malha SERASYNTH® está a tornar-se popular pela sua segurança e eficácia na redução da contratura capsular.

Métodos: Este estudo incluí mulheres submetidas a mastectomias poupadoras de complexo aréolo-mamilar com implantes subglandulares e malha SERASY-NTH®. Foram realizadas onze reconstruções, avaliando complicações e resultados estéticos.

Resultados: Não foram detetadas complicações significativas (hematoma, seroma, infeção). O resultado estético final revela uma boa simetria, projeção mamária e posi-

cionamento do sulco inframamário. A dor pós-operatória foi mínima, e comparável à reconstrução sem malha. Ocorreu apenas um caso de cicatrização tardia, que julgamos estar associado a um retalho de mastectomia fino, e não à SERASYNTH® MESH.

Conclusão: O uso do SERASYNTH® MESH na reconstrução mamária tem demonstrado potencial para melhorar os resultados estéticos e reduzir as complicações pós-operatórias. A malha sintética é considerada uma abordagem eficiente em termos de tempo e custo, resultando numa forma mamária bem definida e de longa duração.

PO 21

EXPANSÃO ORBITÁRIA EM S. GOLDENHAR – NOVA ABORDAGEM CIRÚRGICA

Francisco Caneira; Rafael Rocha

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

O síndrome de Goldenhar, também conhecido por displasia oculo-auriculo-vertebral, é uma doença rara e congénita, com origem no desenvolvimento anómalo do 1º e 2º arcos branquiais. As anomalias são unilaterais em 85% dos casos.

De entre as manifestações desta condição, e tendo em conta o foco do presente trabalho, destacam-se as alterações oftalmológicas. A

anofthalmia representa a manifestação oftalmológica mais grave desta síndrome, tanto pela ausência de função de um dos olhos, como pelo defeito estético e obstáculos sociais que daí advém.

O objetivo do presente trabalho é apresentar a nossa abordagem cirúrgica de um caso de uma criança com S. Goldenhar com anofthalmia congénita e necessidade de expansão de órbita para colocação de uma prótese ocular adequada.

Apresentamos um caso de uma criança de 17 anos com S. Goldenhar e anofthalmia congénita à esquerda com contração do *socket* orbitário e distopia vertical. Para colocação de uma prótese ocular adequada, foi necessário realizar uma expansão da orbitária. A técnica cirúrgica utilizada foi através de uma abordagem intracraniana com o apoio da equipa de neurocirurgia. A abordagem cutânea foi realizada através de uma incisão bicoronal, com exposição do osso frontal e da arcada supraorbitária. De seguida, realizou-se uma craniotomia frontal e remoção de barra frontal. Foram realizadas osteotomias no rebordo supraorbitário e teto da órbita de início supero-medial e superolateral, respetivamente, em direção convergente para a linha média, mantendo uma ponte óssea intacta no vértice do triângulo formado

anteriormente pelo rebordo supraorbitário, lateralmente pela osteotomia lateral e medialmente pela osteotomia medial. Para o avanço superior do rebordo supraorbitário, foi realizada uma fratura em ramo verde. Os ressaltos resultantes no rebordo orbitário foram homogeneizados com uma fresa. A barra frontal foi remodelada e colocada novamente no local de origem. Os fragmentos ósseos foram fixados com placas e parafusos.

Não houve complicações no intra ou pós operatório.

Neste caso, apresentamos uma nova abordagem cirúrgica para o tratamento de micro-órbita. No procedimento descrito, temos a vantagem de uma abordagem ampla, o que permite um controlo visual apertado de todo o procedimento, mesmo durante as osteotomias do tecto da órbita, o que maximiza a segurança do procedimento, limitando as complicações oftalmológicas e lesões de estruturas intracranianas. No caso em discussão, apenas foi necessário realizar expansão no eixo vertical para acomodação da prótese ocular, no entanto uma abordagem semelhante poderá ser utilizada na parede lateral da órbita para expansão no plano horizontal.

Concluindo, à data da submissão do trabalho e no conhecimento dos

autores, descreve-se uma nova abordagem cirúrgica para o tratamento de micro-órbita com um bom resultado funcional e estético e sem complicações associadas no presente caso.

PO 22

GALACTORREIA PÓS MASTOPEXIA COM PRÓTESES MAMÁRIAS: CASO CLÍNICO

Ana Rita Igreja; Sérgio Martins Teixeira;

Nuno Falcão; Margarida Mendes;

Ricardo Horta

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A galactorreia define-se pela produção de leite não associada a gravidez ou amamentação e é uma complicação rara das cirurgias de aumento mamário, tendo sido descrita pela primeira vez em 1990. A dopamina é um dos principais inibidores da produção de prolactina na hipófise. A presença de coleções mamárias sem secreções mamilares provoca erros de diagnóstico que culminam na remoção de próteses mamárias por suspeita de infeção. A análise bacteriológica do líquido colhido é geralmente negativa.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, saudável, submetida em Julho de 2024 a mastopexia com próteses em plano retropeitoral com cicatriz em T invertido bilateralmente, sem

complicações no pré, intra ou pós-operatório imediato.

No dia 17 de pós-operatório desenvolveu dor e edema na mama esquerda com posterior aparecimento de deiscência no sulco inframamário com drenagem de conteúdo esbranquiçado inodoro. A doente negou trauma torácico, encontrava-se apirética, a mama não apresentava sinais inflamatórios, o estudo analítico era normal, mas aquando da compressão da mama teve pequena secreção mamilar esbranquiçada. Na ecografia mamária foram constatadas duas coleções de líquido espesso, a maior delas com 8x 1,8cm.

A doente foi submetida a drenagem cirúrgica das coleções e foram colhidas amostras para estudo bacteriológico e citológico, cujo resultado foi amicrobiano e acelular, respetivamente. No pós-operatório imediato manteve drenagem moderada de conteúdo esbranquiçado pelo dreno.

Por suspeita de galactorreia foi realizado o teste da beta-HCG, que excluiu gravidez, e o doseamento da prolactina que se encontrava aumentada, contrastando com um valor normal de prolactina apresentado pela doente previamente à realização da mastopexia.

Foi iniciado o tratamento com bromocriptina que diminuiu subs-

tancialmente a drenagem. No momento da alta foi medicada com cabergolina. A causa da hiperprolactinemia ainda está em estudo.

Conclusão: A galactorreia é uma das complicações mais raras associadas a cirurgias de aumento mamário. Devemos considerar este diagnóstico em pessoas com antecedentes de aumento mamário que se apresentem com coleções mamárias de líquido esbranquiçado sem sinais inflamatórios. O diagnóstico precoce é essencial para diminuir o risco de sobreinfecção e evitar a remoção de próteses mamárias por diagnóstico errado de infecção. O tratamento consiste na drenagem das coleções associada a agonistas da dopamina, como a bromocriptina ou a cabergolina, que atuam como inibidores da prolactina.

PO 23

COMPARAÇÃO ENTRE NYLON E POLIDIOXANONA NO ENCERRAMENTO DE INCISÕES PERIAREOLARES: ESTUDO PROSPETIVO

Maria Ferradosa de Albuquerque¹;

Sara Almeida Carvalho¹;

Alice Varanda Pereira²

¹Hospital de São José; ²LMR - Cirurgia Plástica

Introdução: As cicatrizes são um resultado inevitável da cirurgia

estética mamária, representando o seu aspeto uma preocupação para os doentes. Os resultados dessejáveis incluem cicatrizes discretas, com mínima hipertrofia, contorno regular e sem hiper ou hipopigmentação. A escolha da técnica de encerramento influencia significativamente as características da cicatriz no pós-operatório e a satisfação final com o resultado cirúrgico. Entre os materiais de sutura monofilamentar mais comuns estão o nylon e a polidioxanona (PDS). Este estudo tem como objetivo comparar o uso de nylon e PDS no encerramento das incisões periareolares, avaliando as cicatrizes para determinar qual o material que oferece os melhores resultados clínicos e estéticos.

Métodos: Este estudo prospetivo incluiu doentes submetidos a cirurgias estéticas mamárias, pelo mesmo cirurgião plástico sénior, com incisão periareolar (mamoplastia de redução, mastopexia com ou sem implantes, mamoplastia de aumento periareolar e redução areolar) entre janeiro e julho de 2023. A aréola esquerda foi suturada com nylon e a direita com PDS. Em todos os casos, foi realizada uma sutura intradérmica. As cicatrizes foram avaliadas aos 6 meses e 1 ano de pós-operatório usando a *Vancouver Scar Scale*

(VSS) e a *Stony Brook Scar Evaluation Scale* (SBSES). Foram registadas complicações como dor na cicatriz, prurido, deiscência, extrusão de pontos ou infeção. Também se avaliou o grau de alargamento areolar no primeiro ano pós-operatório.

Resultados: O estudo incluiu 74 doentes com uma idade média de 41 anos. As avaliações das cicatrizes mostraram uma melhoria global aos 6 meses e 1 ano pós-operatório. No entanto, na avaliação de 1 ano, a areola esquerda (Nylon) apresentou cicatrizes mais vascularizadas, hiperpigmentadas e elevadas, com pior pontuação na VSS (1,7) em comparação com a direita (PDS), que obteve uma pontuação de 1,4. Na SBSES, a aréola esquerda apresentou cicatrizes mais largas e uma pontuação média inferior (4,29 VS 4,5).

A aréola esquerda sofreu um maior alargamento entre as avaliações dos 6 meses e 1 ano, enquanto a aréola direita, suturada com PDS apresentou mais complicações, principalmente extrusão de pontos.

Conclusão: As suturas de nylon poderão estar associadas a cicatrizes com maior grau de vascularização e hiperpigmentação, bem como a maior alargamento areolar ao longo do tempo. Em contrapartida, as suturas de PDS poderão

estar associadas a melhores resultados estéticos apesar de uma maior taxa de complicações, sobretudo extrusão de pontos. O cirurgião deve considerar o equilíbrio entre os benefícios estéticos e os riscos de complicações na escolha do material de sutura para o encerramento das incisões periareolares na cirurgia estética mamária

PO 24

O IMPACTO DO ÁCIDO TRANEXÂMICO NA MAMOPLASTIA DE REDUÇÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA

Gonçalo Gandra; André Pontes;

Diogo Barreiro; António Costa Ferreira

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A eficácia e segurança do ácido tranexâmico (ATX) têm sido amplamente comprovadas por diversos estudos realizados em diferentes especialidades cirúrgicas. Publicações recentes sugerem que o ATX pode também oferecer benefícios na cirurgia plástica, incluindo em procedimentos mamários.

Objetivos: Avaliar o impacto do ATX na mamoplastia de redução, analisando vários resultados intra-operatórios e pós-operatórios, bem como a segurança da sua administração.

Métodos: Foi conduzida uma revisão sistemática de acordo com as diretrizes PRISMA, abrangendo várias bases de dados online. Foram

incluídos estudos que avaliaram os resultados da administração de ATX em pacientes submetidas a mamoplastia de redução, independentemente da dose e via de administração. Apenas foram considerados estudos com grupo de controle. A avaliação do risco de viés foi realizada utilizando as ferramentas da Cochrane e MINORS.

Resultados: A nossa revisão sistemática incluiu sete estudos: três ensaios clínicos randomizados e quatro coortes retrospectivas, envolvendo 1234 pacientes do sexo feminino (2232 mamas), das quais 741 (60%) receberam ATX. Quatro estudos utilizaram ATX tópico, dois utilizaram ATX intravenoso, um utilizou ATX infiltrado localmente e outro combinou ATX infiltrado localmente com ATX intravenoso. Quatro estudos demonstraram benefícios com a administração de ATX, enquanto três não observaram diferenças significativas. O uso de ATX tópico antes do encerramento da ferida resultou numa redução de 42% no volume de drenagem e numa diminuição de dez vezes na incidência de hematoma grave. A administração de ATX intravenoso durante a indução resultou numa redução de doze vezes nos casos de hematoma, tanto grave quanto ligeiro. A utilização combinada de ATX intravenoso e infiltrado

localmente reduziu a perda sanguínea intraoperatória. Não foram relatados efeitos adversos.

Conclusão: As evidências científicas sugerem que o ATX pode ser eficaz e seguro na mamoplastia de redução.

PO 25

SOFRIMENTO DO COMPLEXO AREOLO-MAMILAR: TÉCNICAS DE SALVAMENTO

*Gonçalo Gandra; Nuno Falcão; Pedro Machado; Margarida Mendes; Dr. Sérgio Teixeira; Prof. Dr. Ricardo Horta
Centro Hospitalar de S. João, EPE*

Introdução: A necrose do complexo areolo-mamilar (CAM) é uma complicação rara, porém significativa, em procedimentos cirúrgicos mamários. A sua ocorrência pode comprometer tanto a estética como a função do CAM. Entre as cirurgias associadas a esta complicação estão a mastectomia poupadora de pele e CAM, mastopexias com ou sem próteses, mamoplastia de aumento ou redução e correção de mamilos invertidos.

Objetivos: O presente estudo visa explorar as causas, fatores de risco, sinais clínicos e abordagens intra e pós-operatórias para a necrose do CAM.

Métodos: A pesquisa de artigos foi realizada entre Janeiro de 2004 e Maio de 2024 através da base de

dados PubMed, utilizando os seguintes termos *Mesh*: *nipple-areola complex*; *necrosis*; *ische-mia*; *mastectomy*; *mammoplasty*; *management*.

Resultados/Discussão: A avaliação dos fatores de risco (tabagismo, obesidade, diabetes, radioterapia prévia, dificuldade cicatricial e predisposição genética trombótica) é essencial para prevenir esta complicação. As causas mais comuns de necrose do CAM são atribuídas à congestão venosa, frequentemente resultante de preservação inadequada da drenagem venosa, pedículos longos, compressão ou torção (*kinking*) do pedículo e hematomas.

A identificação precoce de sinais de sofrimento do mamilo, como cianose e edema, é crucial para uma intervenção atempada sem sequelas. Existem vários algoritmos para otimizar a abordagem intra-operatória. Incluem medidas como liberação de suturas, remoção de implantes, irrigação com soro quente e aumento da tensão arterial, correção de pedículos espessos ou torcidos, drenagem de hematomas e enxerto de CAM.

As técnicas de salvamento pós-operatório envolvem monitorização rigorosa do CAM e estratégias para melhorar a perfusão. A aplicação tópica de nitroglicerina demonstrou

eficácia na vasodilatação e melhoria da congestão, com melhorias significativas no contexto de mastectomias, embora os dados sobre mastopexias e mamoplastias sejam ainda limitados. O sulfóxido de dimetilo, apesar de recente, tem mostrado resultados muito promissores na melhoria da perfusão do CAM através da promoção da vasodilatação e redução do stress oxidativo. A metilprednisolona intravenosa é uma opção adicional/cumulativa, apesar dos seus efeitos adversos conhecidos.

Adicionalmente, abordagens como a terapia de pressão negativa e a oxigenoterapia hiperbárica são opções viáveis, particularmente para aumentar o fluxo venoso e a oxigenação tecidular. O enxerto de CAM deve ser considerado em casos de suspeita de sofrimento intraoperatório, especialmente em pedículos muito longos, grandes reduções mamárias ou ptoses severas.

Conclusão: A necrose do CAM requer uma abordagem multidisciplinar e personalizada para cada paciente. A identificação precoce de sinais clínicos e a implementação de intervenções intra e pós-operatórias adequadas, podem prevenir danos irreversíveis.

**PADRÃO DE ISOLAMENTOS
MICROBIOLÓGICOS EM DOENTES
INTERNADOS NA UNIDADE
DE QUEIMADOS DA ULS-SM**

*Carolina Gonçalves Machado;
Odete Martinho; Francisco Caneira;
Rafael Rocha; Diogo Conduto;
Afonso Almeida; Jorge Pimenta
ULS SM*

Introdução: As infeções são o fator que mais contribui para mortalidade em doentes queimados que sobrevivem à ressuscitação inicial. A perda da barreira cutânea e uma resposta inflamatória desregulada torna esta população imunodeprimida. E internamentos frequentemente prolongados aumentam o risco de infeções multirresistentes, onde a seleção de antibióticos e respetiva dose se torna desafiante. Nesse sentido, está preconizada a colheita de material para exame microbiológico na admissão e quando clinicamente pertinente. Mas frequentemente surge a questão: “Será infeção ou apenas contaminação?”.

Objetivos: Com este trabalho pretendemos analisar o padrão de isolamentos microbiológicos dos doentes internados na nossa UQ, bem como a sua correlação com a duração do internamento e a área de superfície queimada total

(ASQT) e a pertinência da colheita de zaragatoa na admissão.

Material e métodos: Neste estudo foram incluídos os doentes com diagnóstico de queimadura internados na nossa UQ nos últimos cinco anos. Para cada doente registou-se: idade, sexo, ASQT, e número de dias de internamento, de cirurgias e de zaragatoas colhidas. Reuniram-se todos os isolamentos verificados durante o internamento e respetivos testes de sensibilidade a antibióticos (TSA), selecionando-se especificamente os da zaragatoa colhida nas primeiras 48 horas.

Resultados e conclusões: Este estudo incluiu um total de 190 doentes, com uma média de dias de internamento de 43 e de número de zaragatoas colhidas de 3. Num total de 425 isolamentos em zaragatoa, 172 deles foram nas primeiras 48 horas. Os agentes mais frequentemente isolados foram as enterobactérias, os estafilococos e *Pseudomonas*.

Verificou-se uma discrepância expectável entre a média de isolamentos para internamentos inferiores a 30 dias (1,3 isolamentos/doente) e com mais de 90 dias (4,3 isolamentos/doente). Em metade dos doentes (83/190), a primeira zaragatoa não revelou qualquer isolamento.

Os doentes queimados têm um elevado risco de infeções, frequentemente multibacterianas e multirresistentes. Conhecer o padrão de isolamentos nesta população e em particular na nossa UQ é crucial, pois um dos desafios é a decisão sobre a pertinência e qual o antibiótico, que ao mesmo tempo seja eficaz e permita minimizar resistências.

PO 27

TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA NA RECONSTRUÇÃO VULVAR: DESAFIO NA APLICAÇÃO, BENEFÍCIO NA RECUPERAÇÃO

Eliane Jaconiano; Marta Henriques Costa; Margarida Mendes; Pedro Machado; Nuno M. Falcão; Antónia Costa; Joana Costa
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O tratamento cirúrgico do carcinoma da vulva é uma patologia desafiante pela sua anatomia particular, em que pequenas lesões são capazes de resultar numa importante distorção anatómica com repercussões funcionais, estéticas e psicológicas. A dificuldade na cicatrização é uma preocupação central na cirurgia de reconstrução vulvar, sendo a deiscência e a sobreinfeção duas das complicações pós-operatórias mais frequentes. A terapia de pressão negativa (TPN) tem sido utilizada em diversas

áreas cirúrgicas com o intuito de otimizar a cicatrização de feridas complexas e pode ser uma abordagem promissora para melhorar os resultados neste contexto.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto da terapia de pressão negativa aplicada no pós-operatório imediato na reconstrução vulvar após resseção oncológica.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo incluindo doentes submetidas a reconstrução após resseção de carcinoma vulvar entre 2016 e o primeiro trimestre de 2024. O grupo de intervenção foi tratado com TPN (n=6) e o grupo controlo com cuidados de penso convencionais (n=16). Foram analisadas variáveis demográficas (idade, hipertensão, diabetes, imunossupressão, tabagismo), complicações cirúrgicas e tempo de internamento hospitalar.

Resultados/Conclusões: A aplicação de TPN na região vulvar é tecnicamente desafiante, no entanto, o grau de complexidade vai diminuindo com a repetição, assim como o tempo dedicado à sua aplicação. Apesar do número reduzido de casos não permitir identificar diferenças estatisticamente significativas, observamos que o grupo tratado com TPN apresentou menor taxa de complicações pós-

operatórias, necessidade de rein-
tervenções e menor tempo de inter-
namento.

PO 28

RECONSTRUÇÃO DO ÚMERO PELA TÉCNICA DE CAPANNA APÓS OSTEOSARCOMA EM IDADE PEDIÁTRICA: DOIS CASOS

José Miguel Azevedo; Gonçalo Tomé;
Dmitry Shelepenko; Inês Catalão;
Miguel Sítima; Rui Almeida;
Susana Pinheiro; Inês Balacó; Carla Diogo
*Centro Hospitalar e Universitário
de Coimbra / Hospitais da Universidade
de Coimbra*

Introdução: O osteosarcoma é o tumor ósseo primário mais frequente em idade pediátrica, com pico de incidência na segunda década de vida. O úmero proximal é o terceiro local mais atingido, mas associa-se a menor resposta à quimioterapia, maior risco de fraturas patológicas e menor sobrevida. A quimioterapia multimodal e a abordagem cirúrgica multidisciplinar com ressecção alargada e reconstrução do úmero têm permitido reduzir a mortalidade e evitar a cirurgia mutiladora, algo particularmente importante em idade pediátrica. A técnica de Capanna combina a estabilidade/ força mecânica do aloenxerto ósseo com a capacidade de osteointegração do perónio vascularizado, sendo uma das

principais opções reconstrutivas para grandes defeitos ósseos.

Objetivos: Descrição da utilização da técnica de Capanna para defeitos ósseos do membro superior após ressecção oncológica em idade pediátrica como cirurgia *limb-salvage*.

Material e métodos: Apresentamos dois casos de osteossarcomas de alto grau Enneking IIB do úmero proximal, submetidos a ressecção tumoral e reconstrução com retalho livre de perónio encaestado em aloenxerto ósseo pela técnica de Capanna Modificada.

Resultados e conclusões: Caso 1: Sexo masculino, 12A, queixas de dor persistente no braço direito com >3 meses e hipostesia ocasional dos dedos. Realizou TAC onde se objetivou fratura patológica no terço proximal do úmero e imagem sugestiva de tumor ósseo, sem metástases. RMN: lesão expansiva 174x64x76mm nos 2/3 proximais da diáfise do úmero com envolvimento dos tecidos moles e compressão do nervo radial, sem attingimento da fise. Biópsia confirmou diagnóstico de osteosarcoma de alto grau do úmero proximal direito. Caso 2: Sexo feminino, 14A, queixas de dor e tumefação no braço esquerdo com >6 meses. RMN: lesão óssea 91x35x34mm na região metadiáfisária proximal do úmero,

sem atingimento da epífise proximal. Biópsia confirmou diagnóstico de Osteossarcoma telangiectásico do úmero proximal esquerdo. Ambos os doentes realizaram protocolo de quimioterapia neoadjuvante/adjuvante e foram submetidos a ressecção monobloco (R0) e reconstrução do úmero com retalho livre de perónio encaestado em aloenxerto ósseo pela técnica de Capanna modificada. Evolução pós-operatória favorável e reabilitação do membro com boa evolução funcional.

Necessidade de revisão da osteossíntese distal por atraso consolidação no primeiro caso e osteointegração completa no segundo caso com bom alinhamento. Com 1 ano de [follow-up](#), doentes sem queixas, sem défices na zona da dora e sem sinais de recidiva tumoral. As técnicas de reconstrução microcirúrgica orto-plástica têm permitido alargar as indicações *limb salvage* para casos cada vez mais complexos, com resultados funcionais satisfatórios e sem comprometer a recorrência local e sobrevivência. Uma abordagem multidisciplinar e o planeamento cirúrgico meticuloso são essenciais para um bom resultado.

PO 29

UMA HISTÓRIA DE RECONSTRUÇÃO ÓSSEA, NERVOSA, MUSCULAR E CUTÂNEA DE UM BRAÇO MUTILADO

*Pedro Machado; Margarida Mendes;
Rita Igreja; Eliane Jaconiano;
Ruben Coelho; Joana Costa; Francisco Carvalho; Ricardo Horta
Centro Hospitalar de S. João, EPE*

Introdução: O trauma dos membros pode ter consequências mutilantes resultando em extensos defeitos. A avaliação deve centrar-se na determinação da extensão dos danos nos tecidos como a pele, ossos, estruturas nervosas e vasos sanguíneos. O dano a pelo menos três destes quatro componentes, designado como membro mutilado, impõe uma intervenção cirúrgica urgente.

Objetivos: Apresentamos um caso de um esfacelo complexo do braço, a sua abordagem inicial e a sua escalada reconstrutiva.

Material e métodos: Homem de 51 anos, sem antecedentes pessoais, foi admitido no serviço de urgência após um acidente de trabalho com retroescavadora, apresentando um esfacelo complexo do ombro e braço direito. O exame objetivo foi limitado pelo estado de consciência à admissão do doente.

Por intubação pré-hospitalar não foi submetido a nenhum exame neurológico à admissão.

Na cirurgia inicial, foi constatada perda tecidular extensa incluindo defeito de 12 cm da diáfise do úmero, perda completa do compartimento muscular anterior do braço, defeito segmentar do nervo radial e perda tegumentar da face antero-medial do ombro e braço com exposição do eixo neurovascular. Foi realizado o desbridamento, osteotaxia com fixadores externos e identificação e referenciação de estruturas neuro-vasculares.

A reconstrução foi realizada em dois tempos cirúrgicos: reconstrução do nervo radial, transferência bipolar para o bicipite braquial e concomitante cobertura tegumentar com retalho miocutâneo grande dorsal e posterior reconstrução do defeito ósseo com retalho ósseo de perônio e enxerto de cadáver.

Apresenta boa evolução cicatricial e funcional aos 9 meses de pós-operatório.

Resultados e conclusões: Durante casos desta complexidade é essencial manter uma abordagem multidisciplinar da possibilidade de viabilidade e função do membro, assim como uma abordagem cirúrgica urgente, com foco no controle do dano, estabilização do paciente

e planejamento adequado da reconstrução.

A opção de realizar a reconstrução nervosa em simultâneo com a cobertura tegumentar e reconstrução muscular através de um retalho miocutâneo grande dorsal pediculado realizando uma transferência bipolar demonstrou ser uma solução eficaz para obter bons resultados na flexão do cotovelo, com recurso à reeducação motora.

Após cicatrização e estabilização dos tecidos moles, foi realizada a reconstrução óssea pela técnica de *Cappana* modificada, descrita para grandes defeitos ósseos, com bons resultados descritos a longo prazo. A reabilitação pós-operatória é essencial para converter o sucesso cirúrgico em sucesso terapêutico, garantindo assim uma recuperação otimizada para o paciente.

PO 30

UMA REVELAÇÃO EXPLOSIVA: QUANDO UM FOGUETE EXPÕS MAIS QUE UMA FRATURA

Pedro Machado; Nuno Marinho Falcão;

Eliane Jaconiano; Ruben Coelho;

Ricardo Horta

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: Os encondromas são tumores benignos de cartilagem que se formam dentro do osso. São comumente encontrados nas metáfises dos ossos das mãos e pés,

podendo também ocorrer nos ossos longos. Geralmente assintomáticos, estes tumores podem causar dor ou fraturas patológicas em alguns casos, sendo frequentemente diagnosticados incidentalmente em exames imagiológicos.

Objetivo: Partilha de um caso clínico com uma fratura do dedo da mão por explosão com queimadura cutânea.

Materiais e métodos: Apresentamos o caso de um doente masculino, 61 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por uma queimadura térmica por fogo devido à explosão de um foguete durante as celebrações do ano novo. Objetivamente, o doente apresentava queimadura de primeiro grau na face, sem lesão ocular ou queimadura da via aérea, e queimadura de segundo grau profundo na face volar da mão e punho esquerdos. Apresentava igualmente uma deformidade em flexão do quinto dedo da mão esquerda, com dor à mobilização passiva e ativa.

O raio-X revelou uma fratura transversa da falange proximal, com necessidade de estabilização cirúrgica, e uma imagem radiológica sugestiva de encondroma. Durante a cirurgia, fragmentos da falange proximal foram removidos e o exame histopatológico definitivo confirmou a presença de um encondroma.

Discussão e conclusões: Apesar de geralmente assintomáticos, os encondromas podem-se apresentar como fraturas patológicas. Este caso ilustra uma dessas possíveis complicações. A energia resultante da explosão do foguete na mão do paciente desencadeou uma fratura patológica na falange proximal, evidenciando a fragilidade óssea associada ao encondroma.

PO 31

OPTIMIZANDO A RECONSTRUÇÃO DA ASA NASAL: UMA VARIAÇÃO DO RETALHO LIVRE CONDROCUTÂNEO DE HÉLICE

*Filipa Poleri; Larissa Lanzaro;
Rui Casimiro; Carolina Chaves;
Jorge Correia Pinto; Horacio Costa
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia /
Espinho*

Introdução: A reconstrução da asa nasal com um retalho livre da hélice auricular, embora tecnicamente exigente, oferece o melhor resultado cosmético. No entanto, utilizar a raiz da hélice como zona dadora proporciona um pedículo muito curto e invariavelmente causa distorção anatómica da orelha após o encerramento da zona dadora. Neste trabalho, descrevemos uma variação do retalho livre da hélice auricular com uma cunha do terço superior da orelha e a sua aplicação na reconstrução da asa nasal.

Métodos: Apresentamos um caso clínico de um homem de sessenta e seis anos com um carcinoma basocelular morfeiforme da asa nasal esquerda que foi submetido a uma reconstrução com um retalho livre condrocutâneo de hélice. Na nossa técnica, foi desenhada e dissecada uma cunha do terço superior da hélice, com um pedículo subcutâneo através da raiz da hélice, conduzido aos vasos temporais superficiais. O comprimento do pedículo era de cerca de cinco centímetros. Foram realizadas anastomoses término-terminais à artéria labial superior e à veia facial na prega nasolabial. A zona dadora foi fechada diretamente.

Resultados: No período pós-operatório, verificou-se uma pequena congestão venosa no retalhos que resolveu completamente sem perda do mesmo. Obtivemos um bom resultado estético e funcional aos 6 meses de pós-operatórios, sem recorrência do tumor.

Discussão: A possibilidade de reconstruir a asa nasal com um retalho constituído por pele, cartilagem e pele torna a orelha a zona dadora ideal. No entanto, a descrição clássica deste retalho tem duas grandes limitações: primeiro um pedículo vascular curto que limita a realização das anastomoses vasculares sem recorrer à realização de

enxertos venosos. Segundo, deformidade anatómica da raiz da orelha após o encerramento da zona dadora. A variação do retalho acima descrita permite-nos estender o comprimento do pedículo em cerca de dois centímetros, aumentando a possibilidade de realizar anastomose vascular na prega nasolabial. Além disso, obtém-se uma cicatriz discreta no terço superior da orelha, semelhante à obtida com uma simples excisão em cunha da hélice. Desta forma, o retalho livre condrocutâneo de hélice torna-se uma opção ainda mais atrativa na reconstrução da asa nasal.

PO 32

ESTRATÉGIAS RECONSTRUTIVAS NA FACE: O RETALHO CERVICOFACIAL, SUPRACLAVICULAR E ANTEBRAQUIAL RADIAL

Filipa Poleri; Leonor Caixeiro;

Rui Casimiro; Filipa Monte;

Carolina Chaves; Jorge Correia Pinto;

Horacio Costa

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A reconstrução ideal de defeitos da face é feita com pele fina com cor e textura semelhantes à pele envolvente, sendo os retalhos cervicofaciais a opção reconstrutiva ideal. No entanto, na reconstrução de defeitos mais extensos

estes retalhos locais tornam-se insuficientes. A alternativa passa pela utilização de retalhos pediculados loco-regionais ou mesmo retalhos livres.

Métodos: Apresentamos três casos clínicos com defeitos cutâneos semelhantes na região jugal da face após excisão de tumoral, reconstruídos com estratégias distintas: um retalho cervicofacial de transposição, um retalho pediculado logo-regional (retalho fascio-cutâneo supraclavicular em ilha) e um retalho livre (retalho antebraquial radial).

Resultados: Os retalhos permitiram a cobertura de defeitos da face de moderadas a grandes dimensões, com sobrevivência total dos mesmos. O sucesso do caso em que foi utilizado o retalho supraclavicular foi comprometido por uma recidiva neoplásica, mas o registo pós-operatório com duas semanas é apresentado para comparação.

Discussão: O retalho cervicofacial permitiu-nos a cobertura de um defeito de dimensões moderadas com a pele envolvente, criando um *match* perfeito no que as características da pele e contorno diz respeito, numa cirurgia relativamente simples e rápida, sem morbilidade de relevo de zona dadora.

O retalho antebraquial radial possibilitou a cobertura do defeito mais

extenso, com tecido fino e maleável, oferecendo um contorno adequado da face. No entanto, são notórias as diferenças na textura e na cor da pele, com uma morbilidade importante da zona dadora.

A utilização do retalho supraclavicular permitiu a cobertura de um defeito de grandes dimensões com pele com características semelhantes à pele envolvente da face. Além do melhor resultado estético, o tempo e dificuldade técnica da cirurgia é substancialmente menor. A zona dadora permite frequentemente o encerramento direto, mesmo em defeitos de dimensões significativas.

Conclusão: a reconstrução de defeitos extensos da face pode ser feita na maioria dos casos com retalhos locais ou pediculados, que oferecem resultados excelentes do ponto de vista estético, com cirurgias tecnicamente menos exigentes e morbilidade reduzida da zona dadora. A utilização de retalhos livres deve ser reservada para defeitos cuja dimensão impossibilita a utilização de outras alternativas mais simples.

**CARCINOMA ESPINOCELULAR
NO CONTEXTO DE HIDROSADENITE
SUPURATIVA: UMA COMPLICAÇÃO
TEMIDA***Nuno Marinho Falcão; Margarida Mendes;**Rúben Coelho; Eliane Jaconiano;**Ricardo Horta**Centro Hospitalar de S. João, EPE*

Introdução: A hidrosadenite supurativa é uma doença inflamatória crónica da pele caracterizada pelo aparecimento recorrente de nódulos dolorosos, abscessos e fístulas predominantemente em áreas intertriginosas. Uma das suas complicações mais severas, embora rara, é o desenvolvimento de carcinoma espinocelular em zonas cutâneas afetadas. Esta complicação é especialmente desafiante devido à dificuldade na sua identificação precoce e tratamento. Ainda que os fatores de risco associados à carcinogénese não estejam completamente esclarecidos, a evidência sugere que doentes do sexo masculino, com duração prolongada da doença, estadios avançado (Hurley III) e localização perineal são os mais afetados por esta complicação.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de um doente masculino de 59 anos de idade, com antecedentes de hidrosadenite supurativa estadio III de Hurley com 23

anos de evolução. O doente tinha sido previamente submetido a múltiplas intervenções cirúrgicas para controlo da doença e a amputação abdominoperineal por carcinoma espinocelular perianal em 2017. Mantinha doença ativa na região glútea bilateral e na face posterior da coxa direita.

Foi submetido em 2023 a uma nova intervenção cirúrgica para exérese das lesões e fistulectomia, enviando-se as amostras tecidulares para exame anatomopatológico. O exame revelou a presença de um carcinoma espinocelular multifocal. O doente foi submetido a várias cirurgias para exérese da lesão e alargamento de margens cirúrgicas, o que resultou num defeito extenso de pele e tecidos moles na região glútea direita, com cerca de 20 cm de diâmetro e exposição do nervo ciático.

O defeito foi reconstruído com um retalho miocutâneo de grande dorsal livre anastomosado ao ramo descendente da artéria circunflexa femoral lateral e à veia concomitante e com um enxerto de pele de espessura parcial. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e o doente estava completamente cicatrizado à data de alta. Teve alta hospitalar após 111 dias e iniciou radioterapia 6 dias após a alta. Não se registaram complicações da

área reconstruída após a realização de radioterapia.

Conclusão: O desenvolvimento de carcinoma espinocelular em lesões de hidradenite, embora raro, exige atenção especial, sobretudo em doentes com fatores de risco. O cirurgião plástico assume um papel fundamental, não apenas na exérese do carcinoma, mas também na reconstrução da área afetada, proporcionando uma melhoria substancial na qualidade de vida, mesmo em doentes com prognóstico reservado. A reconstrução destes defeitos é particularmente desafiante, tanto pela sua extensão quanto pela escassez de opções locorregionais viáveis em determinadas áreas afetadas.

Neste contexto, o retalho miocutâneo de grande dorsal foi escolhido pelas suas dimensões e pela sua robusta vascularização, permitindo uma cicatrização rápida e estável e o início atempado dos tratamentos adjuvantes.

PO 34

RECONSTRUÇÃO DE TECIDOS MOLES ESTERNAIS: QUANDO UMA OPÇÃO NÃO BASTA

Nuno Marinho Falcão; Margarida Mendes;

Rúben Coelho; Eliane Jaconiano;

Ricardo Horta

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As infeções profundas

de feridas esternais após esternotomia, embora sejam complicações raras em cirurgias cardioráscicas, com uma incidência reportada na literatura entre 0,5% e 4%, têm consequências potencialmente devastadoras, com taxas de mortalidade que podem atingir os 50%. O controlo eficaz da infeção requer um desbridamento agressivo e precoce dos tecidos infetados. Os defeitos de tecidos moles que resultam podem ser substanciais, e, apesar dos avanços recentes no tratamento destes casos, ainda não há consenso quanto à melhor estratégia reconstrutiva. Esta depende da localização, da extensão do defeito esternal, e da possibilidade de utilizar retalhos baseados nas artérias mamárias internas.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de uma doente de 64 anos de idade, com antecedentes de doença mitral reumática, submetida a substituição de válvula mitral. O pós-operatório foi complicado por uma mediastinite (classificação Pairolero tipo 2), submetida a múltiplas tentativas de desbridamento e osteossíntese esternal, sem sucesso.

Após excisão óssea de ambos os hemiesternos e do apêndice xifoide, o defeito resultante de osso e tecidos moles media aproximadamente 25 cm de comprimento, 10

cm de largura e 6 cm de profundidade, estendendo-se ao longo de todo o comprimento do esterno. Considerando a localização e a extensão do defeito, optou-se por um retalho miocutâneo de grande dorsal pediculado para reconstruir a porção superior do defeito, enquanto a porção inferior foi reconstruída com um retalho miocutâneo vertical de reto abdominal pediculado. O pós-operatório foi marcado pela ocorrência de um seroma na zona dadora do grande dorsal, tratado de forma conservadora. A doente teve alta hospitalar 21 dias após a reconstrução esternal, com cicatrização completa.

Conclusão: A abordagem reconstrutiva de defeitos esternais pode ser particularmente desafiante devido à localização e extensão dos defeitos, e não há consenso sobre a melhor estratégia. Assim, a abordagem reconstrutiva deve ser individualizada, tendo em consideração as características específicas de cada doente e a experiência do cirurgião.

No caso descrito, a grande extensão do defeito exigiu a utilização de dois retalhos distintos para uma obliteração eficaz do espaço morto. Esta abordagem evidencia a eficácia e a versatilidade dos retalhos miocutâneos de grande dorsal e de reto abdominal na reconstrução de

grandes defeitos esternais, oferecendo uma solução robusta e adaptada ao caso em questão.

PO 35

MAMA TUBEROSA MASCULINA – UMA VARIANTE RARA DE GINECOMASTIA

Ana Isabel Martins; Margarida Sá;

João Nunes Costa

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental,

EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução/Objetivos: As alterações do desenvolvimento mamário na idade pediátrica apresentam um amplo espectro de distúrbios com impacto psicológico e psicossocial significativo no indivíduo e na família. A ginecomastia engloba estes distúrbios, consistindo no aumento benigno do tecido mamário que afeta até 65% dos adolescentes, sendo bilateral em 75% dos casos.

Uma variante particularmente rara da ginecomastia é a mama tuberosa masculina. Caracteriza-se por uma base mamária constrita, complexo areolo-mamilar (CAM) aumentado e herniado, escasso envelope cutâneo e posicionamento inadequado do sulco infra-mamário. As mamas tuberosas foram descritas inicialmente no sexo feminino por *Rees e Ashton* em 1976 e classificadas em severidade por *Von Heimbürg* em 1996 e *Grolleau* em 1999. A classificação

das mamas tuberosas masculinas não está atualmente incluída em qualquer sistema presente na literatura. A etiologia exata não está definida, tendo sido colocadas diversas hipóteses.

Consequentemente, diversas estratégias cirúrgicas foram descritas na tentativa de abordar a base fisiopatológica subjacente e otimizar o resultado estético.

Este trabalho apresenta uma revisão da literatura sobre a abordagem cirúrgica da mama tuberosa masculina, ilustrando com um caso clínico do nosso serviço.

Métodos: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 14 anos, que recorreu à consulta por ginecomastia bilateral com formato cônico da mama e herniação marcada do CAM, com 3 anos de evolução. Trata-se de um doente saudável, sem medicação prévia. Avaliado pela Endocrinologia que descartou alterações hormonais ou outra patologia. Dada a persistência da ginecomastia após perda ponderal e grande impacto psicológico que condicionava a vida diária, foi submetido a lipoaspiração tumescente e mastectomia subcutânea bilateral via abordagem periareolar. Aos 6 meses de pós-operatório constatamos um resultado estético e funcional favorável.

Resultados/Conclusões: Apesar da inconfundível aparência das mamas tuberosas, a epidemiologia exata desta deformidade na mama masculina é desconhecida, acreditando-se que seja rara e por vezes negligenciada. Diversas técnicas para a abordagem da ginecomastia tuberosa foram descritas por Godwin (2018), Hamilton (2003), Laituri (2010) e Monteiro (2015) - que consistem essencialmente em adaptações das abordagens utilizadas na ginecomastia. O principal desafio cirúrgico prende-se com o risco de desvascularização do CAM pela escassez de tecido dermoglandular na região do anel constritor – dado que a mastectomia subcutânea associada a necessidade de re-dimensionamento do CAM (por desepidermização periareolar) pode reduzir significativamente a espessura do pedículo do CAM. Devido à heterogeneidade da aparência desta deformidade, a abordagem ideal é ainda controversa e deve ser selecionada de forma individualizada.

CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA – O FUTURO DA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA?

Margarida Soares Mendes¹;
Daniela Silva¹; Maria Isabel Oliveira¹;
Pedro Machado¹; Nuno M. Falcão¹;
Ana Rita Igreja¹; Fábio Gomes¹;
Teresa Costa²; Fernando Osório¹;
Diana Gonçalves¹; Henrique Mora¹;
José Luís Fougho¹; Ricardo Horta¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE;

²Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE
/ Hospital Sousa Martins

Introdução: As técnicas mínimamente invasivas têm ganho importância global no contexto da reconstrução mamária, nomeadamente a cirurgia endoscópica e a cirurgia robótica. Estas técnicas têm como objetivos reduzir as complicações e otimizar os resultados da reconstrução.

Objetivos: Reportamos os dois primeiros casos de mastectomia e reconstrução mamária imediata com prótese por técnicas mínimamente invasivas realizados em Portugal.

Resultados: A primeira doente, portadora assintomática de mutação do BRCA2, foi submetida a mastectomia total poupadora de pele e complexo areolomamilar bilateral e reconstrução imediata com próteses mamárias por técnica robótica. A cirurgia decorreu sem intercorrências e a doente teve boa

evolução pós-operatória, não se registando complicações.

Apresenta um bom resultado estético. A segunda doente, com carcinoma ductal *in situ* da mama esquerda, foi submetida a mastectomia total poupadora de pele esquerda, biópsia de gânglio sentinela axilar e reconstrução mamária imediata com prótese por via endoscópica. Posteriormente teve boa evolução, não se registando outras complicações pós-operatórias, e obteve-se um bom resultado estético.

Discussão e conclusão: As técnicas minimamente invasivas têm como vantagens a ergonomia e redução do tremor do cirurgião, a localização da cicatriz (tornando-a mais discreta, reduzindo a tensão na ferida cirúrgica e minimizando as complicações associadas) e a melhor visualização dos planos cirúrgicos (com melhor controlo da espessura dos retalhos de mastectomia). As principais desvantagens são os custos, a curva de aprendizagem e a necessidade de uma seleção rigorosa das doentes elegíveis. Com a utilização disseminada destas técnicas será possível otimizar os resultados, reduzir complicações e diminuir a duração dos procedimentos e os custos associados.

DERMATOSE NEUTRÓFÍLICA NECROTIZANTE - CASO CLÍNICO

André Pinto; Diogo Conduto;

Afonso Almeida; Carlos Pinheiro;

Duarte Garção;

ULSSM – Centro Hospitalar de Lisboa

Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A dermatose neutro-fílica necrotizante é uma doença rara, frequentemente confundida com fascíte necrotizante pelas suas manifestações cutâneas inflamatórias, que incluem vesículas, pápulas, nódulos e úlceras cutâneas. A doença envolve a acumulação de neutrófilos nos tecidos, sem a presença de agentes infecciosos, que promovem a destruição celular através de proteases e radicais de oxigénio, resultando em lesão de tecidos saudáveis. Esta patologia apresenta risco elevado de iatrogenia por patergia, pela qual traumas cutâneos oco-mo biópsias, injeções, punções ou atos cirúrgicos podem agravar a doença.

Objetivos: Dado o risco de confusão diagnóstica com fascíte necrotizante, é fundamental uma abordagem cuidadosa para evitar iatrogenia. A dermatose neutrofílica necrotizante exige tratamento conservador, em contraste com a abordagem cirúrgica mandatória na fascíte, destacando-se a neces-

sidade de uma distinção precisa entre as duas entidades.

Material e métodos: Apresenta-se o caso de uma paciente de 15 anos, saudável, com lesão inflamatória inaugural na perna direita, com progressão para dor intensa, edema e exsudação, resistente a antibióticos. Inicialmente, o quadro clínico sugeriu fascíte necrotizante mas os exames de imagem e a evolução clínica levaram à suspeita de dermatose neutrofílica necrotizante. Instituiu-se tratamento com corticosteróides (prednisona) e antibióticos, sob cuidados de uma equipa multidisciplinar envolvendo Cirurgia Plástica, Infecio-logia, Pediatria e Dermatologia. A biópsia cutânea confirmou o diagnóstico, mostrando infiltrado neutrofílico com vasculite e áreas de necrose.

Resultados: A paciente apresentou melhoria progressiva das lesões e resolução do edema sem necessidade de desbridamento cirúrgico. A biópsia confirmou a presença de infiltrado neutrofílico com áreas de necrose e vasculite, e a investigação etiológica sugeriu a possibilidade de uma predisposição autoimune subjacente. A paciente teve alta com seguimento em ambulatório e estudo de perfil autoimune subsequente.

Conclusão: Este caso sublinha a complexidade diagnóstica da dermatose neutrofílica necrotizante e o risco de iatrogenia em pacientes inicialmente diagnosticados com fascíte necrotizante. Uma abordagem multidisciplinar e um elevado grau de suspeição são essenciais para o seu tratamento eficaz, que se apresenta como um diagnóstico infrequente e confundidor.

PO 38

TRAUMA DA MÃO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA – UMA ANÁLISE RETROSPETIVA

Ana Rita Igreja; Pedro Machado;
Alexandre Almeida; Francisco Carvalho;
Ricardo Horta
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As lesões traumáticas da mão são patologias frequentes no serviço de Urgência (SU).

As sequelas decorrentes de défices motores e/ou sensitivos têm um impacto funcional importante na vida dos doentes.

É importante conhecer-se o perfil das lesões encontradas no SU de forma a otimizar a sua abordagem inicial e orientação e estabelecer estratégias de prevenção.

Objetivos: Caracterizar as lesões traumáticas abertas da mão e punho que carecem de correção cirúrgica no Bloco Operatório em contexto de urgência.

Materiais e métodos: Realizou-se uma análise retrospectiva de todos os doentes operados no bloco de urgência (excluídos doentes tratados na pequena cirurgia) pela CPRE, devido a trauma da mão e punho ao longo de 4 anos, excluindo-se os doentes queimados.

Resultados: Analisaram-se os dados de 161 doentes.

37,9% das lesões ocorreram em contexto de acidente de trabalho. 56,5% apresentavam fraturas, 53,5% tinham lesão nervosa, 70,8% tinham lesão tendinosa e 24,2% dos casos eram amputações. O dedo mais afetado foi o segundo.

Relativamente aos mecanismos de lesão, o mais comum foi a lesão por aparelhos elétricos de corte, seguindo-se as lesões penetrantes e as lesões por esmagamento.

Os acidentes domésticos deveram-se essencialmente a lesões penetrantes e lesões por aparelhos elétricos de corte. A lesão por esmagamento ocorre de forma estatisticamente significativa com maior frequência nos acidentes de trabalho.

As lesões por acidente de trabalho associam-se a maior tempo de internamento, maior número de amputações, fraturas e lesões nervosas digitais. As lesões por acidentes domésticos associam-se a

lesões ao nível do punho e a lesões nervosas do nervo mediano e cubital.

Conclusão: O conhecimento das lesões apresentadas permite uma avaliação mais dirigida ao trauma da mão em contexto de urgência. A divulgação deste tipo de dados pode ser útil em campanhas de educação e sensibilização para a prevenção do trauma da mão.

PO 39

LASERS NAS SEQUELAS DE QUEIMADURAS

*Santos Pinto; Catarina Gouveia;
Cláudia Brazão; Isabel Fonseca;
Bruno Rosa; Duarte Garção
ULSSM - Centro Hospitalar de Lisboa
Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

Introdução: O tratamento do eritema após queimaduras é muito desafiante e a utilização de tratamentos LASER, conhecidos pela eficácia no tratamento de diversas alterações dermatológicas, têm sido cada vez mais utilizados. As cicatrizes resultantes de queimaduras podem levar a complicações significativas, afetando a qualidade de vida dos doentes. A utilização de LASER no tratamento de sequelas pós-queimaduras apresenta uma terapêutica com grande potencial especialmente no cuidado das discromias.

Objetivos: As cicatrizes por queimaduras estão geralmente associadas a uma considerável morbilidade e apresentam-se com diversos aspetos alterados face à pele nativa. Os lasers, especialmente PDLs e lasers de dióxido de carbono têm-se mostrado eficazes na melhoria do eritema, hipertrofia, pigmentação, flexibilidade e prurido, com baixo risco de efeitos adversos e tempo de recuperação curto.

A utilização de LASERS em doentes com discromias exuberantes no período imediato após cicatrização de áreas queimadas permite reduzir significativamente a hiperémia associada.

Materiais e métodos: Propondo para tratamento LASER doentes com evidência clínica de hiperémia marcada após queimaduras, podemos estudar a eficácia desta terapia adjuvante ao longo de várias sessões. O registo fotográfico permite construir uma sequência de casos demonstrando a eficácia deste tipo de tratamento dirigido às discromias, reunindo apreciação dos clínicos envolvidos e dos próprios pacientes. Os tratamentos LASER foram realizados pelo serviço de Dermatologia com o seguimento conjunto com Cirurgia Plástica.

Resultados e conclusões: A evidência de melhoria discrómica é tanto mais marcada quanto maior o grau de hiperémia na fase precoce de queimadura. Nota-se uma evolução positiva e desvanecer das hiperémias com uma sequência de sessões de laserterapia. Apesar de graus de melhoria variáveis entre doentes, tanto a hiperémia como o perfil cutâneo melhoram significativamente com estes tratamentos.

O tratamento LASER oferece uma abordagem adjuvante com sobrevalor no tratamento de sequelas discrómicas de queimaduras.

Importa a seleção de doentes em fases precoces para uma maior resposta e melhor resultado estético das sequelas de queimaduras. A potencialidade destes tratamentos justifica a procura da sensibilização desta opção num grupo de doentes com grande morbilidade sequelar.

PO 40

RINOFIMA – RINECTOMIA TOTAL E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO PARAMEDIANO FRONTAL PRÉ-EXPANDIDO

Afonso Antunes de Almeida

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Unidade Local de Saúde de Santa Maria, ULS Santa Maria - Lisboa

dermatológica nasal caracterizada pela proliferação de tecido conjuntivo, hiperplasia das glândulas sebáceas e fibrose, da qual resulta um nariz aumentado, deformado e nodular. É uma forma avançada de rosácea, uma doença inflamatória crónica da pele que afeta principalmente a face.

Acredita-se que a patogénese da rinofima envolva múltiplos fatores, como a predisposição genética, resposta imunológica desadequada e diversos fatores ambientais (exposição solar prolongada, consumo de álcool, alimentos picantes e temperaturas extremas).

Além das alterações visíveis, a rinofima pode causar obstrução das vias aéreas nasais, dificultando a respiração. Em casos graves, pode-se ainda manifestar com sintomatologia de dor, infeções secundárias e formação de crostas ou ulcerações devido ao compromisso da integridade da pele.

Clinicamente, é classificada em diferentes subtipos com base nas características

morfológicas predominantes – rinofima glandular, fibrosa, actínica ou fibroangiomatosa.

O efeito visual da rinofima pode levar a uma autopercepção distorcida, depressão e ansiedade, resultando numa redução da qualidade de vida.

A rinofima é uma patologia

O diagnóstico da rinofima é geralmente clínico, baseado no exame físico e história do paciente. Como a rinofima é uma manifestação tardia da rosácea, sinais de rosácea preexistente estão geralmente presentes, como eritema facial e episódios de rubor.

Exames complementares de diagnóstico não são tipicamente necessários, mas em casos atípicos pode-se recorrer a biópsias para excluir outras condições, como neoplasias malignas ou outras dermatoses.

O tratamento farmacológico da rinofima foca-se no controlo da rosácea subjacente.

Fármacos como antibióticos tópicos (metronidazol, clindamicina) ou sistémicos (tetraciclina, como a doxiciclina) são comumente usados para reduzir a inflamação e o risco de infeção. Também são prescritos inibidores de calcineurina tópicos e isotretinoína.

Nos casos graves, a intervenção cirúrgica é necessária. Tem como objetivo restaurar a forma do nariz, remover o excesso de tecido e melhorar a função respiratória. As opções cirúrgicas incluem a dermoabrasão, a excisão cirúrgica e a eletrocirurgia e terapia a laser. Neste trabalho explora-se, a partir de um caso clínico, a terapêutica cirúrgica da rosácea, nomeadamente

a sua excisão cirúrgica radical e, consequentemente, a reconstrução de todas as subunidades nasais através de um retalho paramediano frontal pré-expandido

PO 41

ABDOMINOPLASTIA OU LOWER BODY LIFT: QUAL A MELHOR OPÇÃO EM DOENTES COM PERDA MASSIVA DE PESO?

*Bernardo Ribeiro Cavadas;
Maria Albuquerque; Miguel Veríssimo;
Raquel Barbosa; Luís Ribeiro; Luís Vieira;
Joaquim Bexiga
Unidade Local de Saúde São José*

Introdução: Os doentes com perda massiva de peso (PMP) procuram frequentemente cirurgias de contorno corporal. A abdominoplastia permite remover o excesso de pele e gordura abdominal. O *Lower Body Lift* (LBL) adiciona a este procedimento uma abordagem circunferencial, removendo o excesso de pele glútea e melhorando a sua projeção, com benefícios funcionais e estéticos. Este estudo tem o objetivo de comparar complicações associadas aos dois procedimentos.

Métodos: Este estudo retrospectivo inclui doentes submetidos a LBL e abdominoplastia após PMP entre 2021 e 2022. Avaliaram-se comorbilidades, medicação, tabagismo, peso e índice de massa corporal

(IMC) máximo e pré-operatório. Incluiu-se a duração da cirurgia e hospitalização, valor de hemoglobina pré-operatório, no primeiro dia pós-operatório e necessidade transfusional. No pós-operatório avaliou-se a existência de seroma, deiscência, hematomas, infecção e seroma.

Resultados: A amostra engloba 78 doentes submetidos a LBL e 69 submetidos a abdominoplastia. Os doentes de LBL apresentavam uma média de idades inferior e IMC pré-operatório médio mais baixo, mas IMC máximo médio superior e maior percentagem de perda de peso. A taxa de complicações foi respetivamente 44,8% e 42%. A complicação mais comum nos doentes com LBL foi deiscência sem necessidade cirúrgica (77,1%) em comparação com o seroma no grupo da abdominoplastia (17,4%). Neste grupo verificaram-se taxas inferiores de deiscência com necessidade cirúrgica (5,8% Vs 14,3%) e seroma (17,4 Vs 25,7%). No grupo do LBL verificou-se uma correlação estatisticamente positiva com o aumento de risco transfusional ($p = 0,022$), apresentando uma taxa transfusional duas vezes superior aos doentes de abdominoplastia (11,5%).

Conclusão: O LBL está indicado para doentes mais jovens, com

maior taxa de perda de peso. Apesar de apresentar um perfil de complicações major superior à abdominoplastia, do qual os doentes devem ter conhecimento, trata-se de um procedimento cirúrgico seguro com potencial para um melhor resultado estético final.

PO 42

CIRURGIA DE CONTORNO CORPORAL: FATORES DE RISCO PARA TRANSFUSÃO SANGUÍNEA APÓS PERDA MASSIVA DE PESO

*Bernardo Ribeiro Cavadas;
Maria Albuquerque; Miguel Veríssimo;
Raquel Barbosa; Luís Ribeiro; Luís Vieira;
Joaquim Bexiga
Unidade Local de Saúde São José*

Introdução: Os doentes com perda massiva de peso (PMP) constituem um grupo complexo na cirurgia de contorno corporal (CCC), com múltiplas comorbilidades que contribuem para taxas de complicações pós-operatórias superiores a outros grupos.

Existem poucos estudos sobre fatores de risco para complicações ou transfusão pós cirurgia. O objetivo deste estudo consiste em avaliar fatores de risco que prevejam a necessidade transfusional pós cirurgia.

Métodos: Este estudo retrospectivo inclui doentes submetidos a CCC após PMP entre 2021 e 2022.

Foram avaliadas comorbilidades, medicação, tabagismo, peso e índice de massa corporal (IMC) máximo e pré-operatório, duração da cirurgia e hospitalização e número de procedimentos. O valor de hemoglobina foi avaliado pré operatoriamente e no primeiro dia de pós-operatório. Avaliou-se a necessidade transfusional durante o internamento e readmissão hospitalar por anemia.

Resultados: A amostra engloba 224 doentes, num total de 301 procedimentos. 71,9% dos doentes foram submetidos a procedimentos múltiplos. A média de IMC pré-operatório foi de 25,9 kg/m². A hemoglobina média no pré-operatório foi de 12,8g/L. 6,25% foram submetidos a transfusão sanguínea no pós-operatório e 0,89% necessitaram de reinternamento por anemia. Os doentes sob antiagregantes e os que foram submetidos a *Lower Body Lift* (LBL) apresentaram maior risco de necessidade transfusional ($p = 0,011$ e $p = 0,022$, respetivamente). Estabeleceu-se uma correlação estatisticamente significativa entre a necessidade transfusional e o aumento da duração de internamento ($p = 0,001$).

Conclusão: As cirurgias de contorno corporal na população pós-bariátrica são cirurgias eletivas, pelo que não são expectáveis

complicações com risco de vida. Concluimos que doentes sob antiagregantes ou submetidos a LBL apresentam maior risco de necessidade transfusional no pós-operatório, apesar de baixo. Nestes grupos, deverá haver um reforço do controlo pré-operatório das comorbilidades, as cirurgias deverão ser pouco agressivas e associadas a cuidados pós-operatórios apertados, de modo a aumentar a segurança dos procedimentos.

PO 43

RETALHOS PEDICULADOS NA RECONSTRUÇÃO DE QUEIMADURAS ELÉTRICAS: UMA BOA OPÇÃO?

*Bernardo Ribeiro Cavadas;
Maria Albuquerque; Miguel Matias;
Luís Vieira; Pedro Martins;
Joaquim Bexiga
Unidade Local de Saúde São José*

Introdução: As queimaduras elétricas de alta voltagem (>1000V) podem causar lesão tecidual severa, disfunção orgânica, infeção e amputação de membros. Um desbridamento adequado e a cobertura precoce com retalho podem reduzir o tempo de hospitalização e o risco de infeção. Este estudo apresenta um caso clínico em que foram utilizados retalhos pediculados para a reconstrução de defeitos causados por queimadura elétrica.

Métodos: O Sr. M.R., um pintor de construção de 41 anos, foi encaminhado de um hospital periférico após ter sofrido queimaduras elétricas enquanto trabalhava numa caixa de alta tensão. Ao exame objetivo, apresentava uma queimadura de terceiro grau na face volar do punho direito, com edema que se estendia até à mão e aos dedos. Também tinha queimadura na região cervico-mentoniana direita, correspondente à porta de saída. Foi realizada uma fasciotomia emergente no punho, resultando em melhoria significativa da perfusão digital. O doente foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos de Queimaduras, onde foram realizados exames de tomografia computadorizada e angio-TC para estudar as estruturas envolvidas e auxiliar no planeamento cirúrgico. O primeiro procedimento cirúrgico, no 7.º dia pós-queimadura, envolveu o desbridamento da queimadura no punho e a cobertura com um retalho pediculado posterior interósseo, além da cobertura do defeito secundário com um enxerto de pele parcial. No 15.º dia, foi realizado um segundo procedimento para desbridamento da queimadura de terceiro grau na região cervical, seguido de reconstrução com um retalho pediculado supraclavicular direito e encerramento da zona

dadora com enxerto de pele de espessura parcial. O doente teve alta hospitalar no 33.º dia, com uma estadia hospitalar sem intercorrências.

Resultados: O tratamento com retalhos pediculados proporcionou uma cobertura adequada das áreas afetadas e contribuiu para a recuperação do doente sem complicações adicionais. O desbridamento e a cobertura precoce foram fundamentais para a evolução positiva do caso.

Conclusão: As queimaduras elétricas são comuns entre trabalhadores da construção civil e eletricitas. A reconstrução com retalho livre nesta população tem sido associada a taxas mais elevadas de complicações microvasculares devido ao dano vascular causado pela corrente elétrica. Os retalhos pediculados oferecem uma alternativa eficaz, reduzindo o risco de complicações e melhorando os resultados pós-operatórios.

RECONSTRUÇÃO ESCROTAL APÓS GANGRENA DE FOURNIER COM RETALHO ALT PEDICULADO

Bernardo Ribeiro Cavadas; Miguel Veríssimo; Raquel Barbosa; Artur Boino; Luís Vieira; Joaquim Bexiga

Unidade Local de Saúde São José

Introdução: A gangrena de *Fournier* é uma infecção necrotizante grave dos tecidos moles do períneo, com rápida progressão e alta mortalidade se não tratada prontamente. A cobertura cirúrgica dos defeitos resultantes do desbridamento extenso é um desafio, especialmente em áreas como o escroto. O retalho pediculado antero-lateral da coxa (ALT) tem sido uma opção viável para a reconstrução desses defeitos devido à sua versatilidade e vascularização confiável.

Objetivos: Apresentar um caso de reconstrução escrotal com retalho ALT pediculado em doente com gangrena de *Fournier* e fasceíte necrotizante abdominal, destacando as técnicas reconstitutivas utilizadas e os resultados obtidos.

Material e métodos: Relatamos o caso de um homem de 63 anos com antecedentes de neoplasia da cabeça do pâncreas e infecção sistêmica, admitido com gangrena de Fournier e fasceíte necrotizante abdominal. Após múltiplos desbrida-

mentos cirúrgicos e terapêutica dirigida (meropenem, caspofungina), foi necessário proceder a reconstrução do defeito escrotal. Utilizou-se um retalho ALT pediculado, colhido da coxa esquerda e baseado numa perfurante, para a cobertura do defeito.

O encerramento direto das fasciotomias abdominais foi realizado no mesmo tempo operatório.

Resultados: O retalho ALT pediculado permitiu uma cobertura eficaz do defeito escrotal, com boa vascularização e preservação da função testicular. No pós-operatório, o doente apresentou uma evolução favorável, com cicatrização adequada, embora com uma pequena deiscência tratada conservadoramente. O doente teve alta hospitalar no 19.º dia pós-operatório, sem complicações significativas, e foi encaminhado para seguimento oncológico.

Conclusões: O retalho ALT pediculado destaca-se como uma excelente escolha para reconstrução de defeitos escrotais complexos e extensos, como os causados pela gangrena de Fournier, dada a sua espessura, vascularização fiável e baixa morbilidade na área dadora.

ALTERNATIVAS RECONSTRUTIVAS PARA O MEMBRO SUPERIOR: APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Bernardo Ribeiro Cavadas; Maria Albuquerque; Miguel Veríssimo; Raquel Barbosa; Luís Vieira; Joaquim Bexiga
Unidade Local de Saúde São José

Introdução: No contexto do trauma no membro superior, o processo de reconstrução depende de múltiplos fatores, o que realça a importância de uma história clínica detalhada e planeamento cirúrgico. A intervenção cirúrgica precoce é a mais amplamente aceite para melhorar os resultados.

Objetivos: Apresentar casos clínicos de reconstrução do membro superior, destacando diferentes opções de abordagem cirúrgica e suas aplicações em diversas situações clínicas.

Material e métodos: São apresentados diversos casos clínicos representando diferentes graus da escada reconstrutiva:

1. Enxerto de pele para queimadura no membro superior.
2. Defeito dorsal no dedo indicador com perda do tendão extensor, tratado com enxerto de tendão e cobertura com retalho cruzado reverso e enxerto de pele.
3. Queimadura de terceiro grau na face ulnar e dorsal do polegar, reconstruída com retalho de Foucher.

4. Queimadura elétrica na face vlar do punho, tratada com retalho pediculado posterior interósseo.

5. Retalho pediculado do grande dorsal para flexão do cotovelo e cobertura de tecido mole da face medial do braço.

6. Perda de tecido na borda ulnar do antebraço com exposição óssea ulnar, gerida com retalho livre da coxa anterolateral.

7. Perda de tecido no dorso da mão, reconstruída com retalho livre da coxa anterolateral.

8. Perda de substância na borda radial do dedo indicador, reconstruída com retalho livre baseado na artéria radial palmar e neurotizado com ramo palmar do nervo mediano.

Resultados: Cada técnica reconstrutiva foi selecionada conforme as características específicas do defeito e as necessidades do doente. As soluções foram eficazes na restauração funcional e estética, demonstrando a adequação das técnicas escolhidas para diferentes cenários clínicos.

Conclusões: A variedade de técnicas reconstrutivas para o membro superior ilustra a complexidade e a necessidade de abordagens individualizadas. A escolha adequada da técnica é crucial para otimizar a recuperação funcional e estética, sublinhando a importância da

adaptabilidade e inovação na cirurgia plástica para enfrentar os diversos desafios clínicos.

PO 46

A APLICAÇÃO DO RETALHO TRAPÉZIO NA ERA DOS RETALHOS LIVRES: 2 CASOS CLÍNICOS

Daniela Marinheiro da Silva¹;

Margarida Mendes¹; Pedro O. Machado¹;

Lisandra Morgado¹; Mariana Jarnalo²; Diogo Barreiro¹; Álvaro Silva¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²IPO Porto

Introdução: O retalho miocutâneo pediculado de músculo trapézio tem sido amplamente utilizado nas reconstruções de defeitos de tecidos moles da cabeça, pescoço e região dorsal. Apresenta características favoráveis à sua aplicação nestas localizações, nomeadamente pela proximidade às mesmas e por se tratar de um músculo grande e versátil que oferece uma quantidade de tecido considerável para reconstrução de grandes defeitos.

Objetivos: Apresentam-se dois casos clínicos em que foi utilizado o retalho trapézio como opção reconstitutiva de defeitos dos tecidos moles do couro cabeludo da região occipital e temporal.

Material e métodos: Foram selecionados retrospectivamente dois casos clínicos de doentes submetidos

a reconstrução de defeitos de tecidos moles da cabeça e pescoço com recurso ao retalho trapézio.

Foram colhidos dados com recurso ao processo clínico informatizado dos doentes relativos à história clínica, evolução no internamento, relatos cirúrgicos e consultas de seguimento.

Resultados e conclusões: Caso clínico 1 - Doente do sexo feminino, 43 anos.

Submetida a plastia de defeito na região occipital secundário a exérese de recidiva de carcinoma espinocelular com retalho miocutâneo trapézio de transposição direito. Manteve evolução favorável no pós-operatório imediato, com boa evolução cicatricial do retalho, embora com persistência de doença mesmo após cirurgia de alargamento de margens.

Caso clínico 2 - Doente sexo masculino, 51 anos.

Submetido a exérese de meningioma frontotemporal esquerdo com atingimento cutâneo pela Neurocirurgia, com exposição da calote craniana na região temporal. Procedeu-se a plastia do defeito na calote craniana com retalho miocutâneo pediculado de trapézio ipsilateral, com evolução favorável do retalho no pós-operatório.

O retalho miocutâneo pediculado de músculo trapézio é uma

ferramenta poderosa na cirurgia reconstructiva, proporcionando uma solução viável para vários tipos de defeitos complexos, mesmo quando é expectável necessidade de múltiplas cirurgias pela sua capacidade de tolerar múltiplas intervenções.

PO 47

REIMPLANTAÇÃO DIFERIDA DE POLEGAR: UM CASO DE SUCESSO EM DOENTE IDOSO

Miguel Ramos Sítima; Gonçalo Tomé; Dmitry Shelepenko; José Miguel Azevedo; Inês Catalão; Miguel Vaz; Carla Diogo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Amputações digitais traumáticas são uma consequência frequente de lesão da mão, com uma incidência anual estimada de 7,5 casos por cada 100.000 pessoas. Para além do mecanismo de lesão e grau de contaminação do leito, o tempo de isquémia tem sido, desde sempre, considerado um fator determinante na taxa de sucesso do reimplante.

Objetivos: Avaliar o potencial e exequibilidade do diferimento da reimplantação digital ao dia seguinte com uma análise de caso.

Métodos: Estudo de caso de doente do sexo masculino, com 78 anos, transferido do hospital da sua

área de residência para o nosso serviço de urgência após amputação traumática do 1º dedo da mão direita proximalmente à articulação interfalângica (zona II de Verdan) com uma tesoura de podar, submetido a reimplantação do polegar no dia seguinte. Realizou-se ainda uma revisão da literatura.

Resultados: O polegar foi reimplantado com sucesso no dia seguinte à amputação, ao fim de um período total de 24 horas de isquémia fria. A fixação óssea foi conseguida com fios de Kirschner e procedeu-se à reparação da artéria digital colateral radial palmar, de uma veia dorsal, de ambos os nervos digitais e do tendão extensor e flexor. Após 5 meses de *follow up*, o doente é capaz de realizar oposição do polegar e recuperou parcialmente a sensibilidade volar. A amplitude de movimento da articulação interfalângica, contudo, encontra-se expectável-mente diminuída. A literatura atual demonstra taxas de sobrevivência sobreponíveis, corroborando a viabilidade da reimplantação digital diferida após o limite tradicional de 12 horas de isquémia fria em dedos bem preservados, sem contaminação significativa.

Conclusões: A reimplantação digital diferida pode ser um procedimento seguro e viável. Eventuais

alterações protocolares poderão incentivar uma maior participação de cirurgiões de mão e levar a um aumento da qualidade de cuidados.

PO 48

MALFORMAÇÃO VASCULAR GIGANTE DA FACE E COURO CABELUDO: RESSEÇÃO E RECONSTRUÇÃO INOVADORA

Lisandra Morgado, Rita Igreja, Margarida Mendes, Daniela Silva, Bernardo Correia, Ricardo Horta
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução e objetivo: As malformações vasculares consistem em anomalias estruturais dos vasos que estão presentes ao nascimento e que não regredem ao longo da vida.

O objetivo é apresentar o caso de uma malformação gigante da face e couro cabeludo que foi removida cirurgicamente e cuja reconstrução envolveu o transplante de unidades foliculares diretamente numa matriz de regeneração dérmica.

Material e métodos: Foi feita a análise retrospectiva da abordagem cirúrgica e reconstrutiva de um caso de malformação vascular complexa do crânio. Foram colhidos dados relativos à história clínica, relatos cirúrgicos e *follow-up*.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 54 anos, apresenta malformação vascular gigante do tipo

combinado (venulocapilar e venosa), presente desde a infância mas com crescimento recente. A malformação atinge a face e couro cabeludo à esquerda, com extensão para o pavilhão auricular e pescoço.

Num primeiro tempo cirúrgico procedeu-se à exérese alargada da lesão com cerca de 1500g e plastia inicial do defeito com uma matriz de regeneração dérmica (Integra® *double layer*), com colocação concomitante de expansor tecidular para reconstrução do couro cabeludo. Numa segunda cirurgia, foi feita a colheita de 188 unidades foliculares da região temporal direita e posterior inserção das mesmas sobre determinadas áreas do Integra para reepitelização e contração cicatricial dimensional da área por segunda intenção. O pavilhão auricular foi plasiado com enxerto de pele total e a remoção do expansor possibilitou o avanço dos retalhos de couro cabeludo. Adicionalmente, foram realizadas algumas sessões de laser vascular para tratamento de lesões mais superficiais na região cervical.

Atualmente apresenta bom resultado estético e funcional, com crescimento piloso.

Conclusões: A reconstrução deste tipo de malformações envolve classicamente a expansão de tecidos,

enxertos de pele e retalhos. No entanto, os enxertos não permitem o crescimento de pelo, e os retalhos são invasivos e deixam cicatrizes importantes. Já a colocação de expansores, apesar de fornecer pele com características idênticas, implica várias cirurgias, múltiplas idas ao hospital para expansão, deformidade, compressão e risco de extrusão e infecção.

As vantagens da utilização de um regenerador dérmico aliado à transferência de unidades foliculares são a baixa morbidade da área dadora, a capacidade de crescimento piloso e a capacidade de reepitelização, graças às células estaminais presentes na raiz dos folículos pilosos que têm capacidade de se diferenciar e formar nova epiderme.

Em resumo, embora experimental, este procedimento reconstrutivo demonstrou ser minimamente invasivo e esteticamente efetivo, com margem para evoluir.

PO 49

MASTECTOMIA SUBCUTÂNEA NA CIRURGIA TRANSGÊNERO: TÉCNICA ALTERNATIVA PARA TAMANHO MODERADO-GRANDE

*Gonçalo Gandra; Mariana Jarnalo; Margarida Mendes; Ruben Coelho
Centro Hospitalar de S. João, EPE*

Introdução: A mastectomia subcutânea para transsexuais de mulher para homem (M-H) é geralmente o primeiro procedimento cirúrgico na transição sexual. Para mamas de tamanho pequeno, as técnicas periareolares podem proporcionar uma resseção adequada do parênquima mamário com resseção mínima da pele e excelentes resultados.

No entanto, para pacientes com mamas maiores foram propostas técnicas com padrões verticais e em *Wise* para corrigir tanto o parênquima mamário como a redundância cutânea. O principal inconveniente dessas técnicas é a quantidade de cicatrizes e a aparência feminina conferida pelo componente vertical, devido ao estreitamento da base da mama.

Objetivo: Apresentar a nossa experiência cirúrgica com pacientes M-H com volume mamário moderado a grande, cuja mastectomia subcutânea foi realizada por meio de uma técnica cirúrgica alternativa

sem o componente vertical de cicatriz.

Métodos: Pacientes transsexuais M-H com mamas de tamanho moderado a grande, que foram considerados pré-operatoriamente inadequados para técnicas periareolares, foram selecionados para mastectomia subcutânea através da técnica proposta, utilizando o sulco inframamário com uma pequena extensão superolateral na linha axilar anterior (incisão em *hockey stick*) posicionada no bordo inferior do músculo peitoral maior. Uma excisão em cunha da pele redundante e tecido subcutâneo foi feita com um vetor de tração inferolateral, permitindo uma discreta lateralização do CAM, esteticamente desejável em pacientes do sexo masculino. Nos casos em que o CAM se encontrava abaixo da incisão inframamária, foi realizado um enxerto bilateral de CAM.

Resultados/Discussão: Seis casos (n=6) de pacientes transsexuais M-H foram selecionados e tratados com a abordagem cirúrgica descrita. Foram colocados dois drenos de sucção, removidos após dois dias. Todos os pacientes cicatrizaram sem complicações, com bom contorno e cicatrizes aceitáveis. Não houve comprometimento vascular do CAM ou dos retalhos cutâneos.

O principal objetivo da mastectomia subcutânea é criar um contorno torácico masculino esteticamente agradável, removendo todo o tecido glandular e características femininas da mama, garantindo uma boa posição do CAM e das cicatrizes.

Com a técnica que propomos, foi alcançado um excelente contorno torácico em todos os pacientes, com o mínimo de cicatrizes possível, bem toleradas por todos os pacientes. A necessidade de incisão vertical também foi evitada, resultando numa forma mamária mais masculinizada.

Conclusão: Devido aos resultados pós-operatórios promissores, estamos agora a adotar esta abordagem cirúrgica para pacientes M-H com mamas de tamanho moderado a grande. Até onde sabemos, esta é a primeira descrição desta técnica de mastectomia subcutânea, cujas indicações podem ser estendidas para tratar casos mais graves de ginecomastia.

Organização



Comissão Organizadora

Presidente: Joaquim Bexiga
Maria Manuel Mendes
Pedro Martins
Diogo Casal
Íris Brito
Diogo Cruz

Diogo Guimarães
Luís Ribeiro
Luís Vieira
Rafaela Serras
Sara Carvalho

Apoio

Câmara Municipal
Alter do Chão



Gold Sponsors

lasercare


LineaMédica®

Sponsors

Allergan
Aesthetics
an AbbVie company

 Combination studies
bliss

 **EXPOMÉDICA**
Exposition des Appareils Médicaux de l'Association Médicale de l'Algarve

 **Hospitex**


INMODE

 **KELO.CELL**

MedBeat
AFSTHETICS

SILIMED 
connecting science and wellness

 **skymedical**
devices for life

SOCIME MEDICAL
MEDICAL DEVICES COMPANY

 **SORISA**®
Desde 1989

Apoios

Johnson & Johnson
MedTech

 **ageas**
seguros

Inscrições em www.admedic.pt

Sócios SPCPRE Especialista	€300
Sócios SPCPRE Interno	€200
Não Sócios SPCPRE Especialista	€600
Não Sócios SPCPRE Interno	€250
Não Sócios Outros	€600

Secretariado

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

sofia.gomes@admedic.pt