



Reunião **CIRURGIA DOURO NORTE**

04 e 05 de junho | **2021**

Online

Programa **Científico**



Versão digital do Programa



Caro(a) Colega,

Passaram alguns anos desde a última Jornada de Reflexão e Inovação em Cirurgia realizada pelo Serviço de Cirurgia do CHTMAD, E.P.E. em junho de 2015, o que nos levou a considerar a realização do presente evento, que agora apresentamos, e que muito nos honraria a sua presença.

Assim, a Comissão Organizadora em parceria com a Sociedade Portuguesa de Coloproctologia, propõe-se a concretizar nas datas 04 e 05 de junho de 2021: **Reunião de Cirurgia Douro Norte**.

O tema central da reunião será “30 anos de Cirurgia Laparoscópica em Portugal”, com uma mesa totalmente dedicada, ao qual associamos áreas de interesse para o Cirurgião Geral e para o Gastroenterologista.

Abordaremos a “Microbiota e o Cirurgião Geral”, focando as alterações provocadas pela preparação intestinal, e as complicações infecciosas pela disbiose.

Incluimos, também, o “Abdómen Hostil” com as alterações provocadas pela Falência intestinal e o trabalho de equipa Multidisciplinar que impõe, e as particularidades na reconstrução complexa da parede abdominal nestas situações, incidindo nos critérios de referenciação para uma reconstrução eficaz.

Teremos, no 2º dia uma Mesa totalmente dedicada à Gastroenterologia, com os temas de fronteiras de ressecção de lesões, e a antevisão em 10 anos de uma Unidade de Gastroenterologia.

Falaremos de 30 anos em Robótica e o necessário enquadramento na aprendizagem, quando, onde e como, e ainda o estado da inovação e desenvolvimento tecnológico, particularmente na área da Cirurgia do Reto.

Terminaremos a manhã de 05 de junho, com “pontos de vista”, da responsabilidade dos intervenientes.

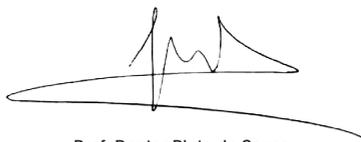
Não esquecemos a Formação, e teremos na manhã do dia 04 de junho, 2 Workshops dedicados a IFE em Cirurgia, e a Enfermagem dedicados à área colo rectal, precedidos de uma palestra sobre “Simulação Aplicada”, que constam do Programa que temos a honra de lhe apresentar.

Os temas sugeridos assentam na multidisciplinaridade da abordagem e tratamento do doente cirúrgico. O nosso objetivo é a atualização, baseados no estado da arte, pilar de excelência na governação clínica dos doentes acompanhados nas nossas Instituições.

Assim, é com prazer que o convido a divulgar, a participar de modo ativo nesta Reunião, e a desfrutar desta bela região.



Dr. António Oliveira
P'Comissão Organizadora



Prof. Doutor Pinto de Sousa
P'Comissão Científica

Reunião

CIRURGIA DOURO NORTE

Programa | Científico

Sexta-feira | 04 de junho de 2021

10:00-10:30h **“TEAM BUILDING / SIMULAÇÃO APLICADA”**
Profa. Doutora Daniela Chaló

10:30-12:00h **WORKSHOP'S**



WORKSHOP 1 (*Hotel Quinta do Paço, Vila Real – Limitado a 15 participantes*)
TAMIS – “Hands-on” tips and tricks – Sessão para IFE
Moderador: Dr. António Oliveira
Coordenadores: Dra. Susana Ourô e Dr. Nuno Rama

WORKSHOP 2 (*Online – Limitado a 25 participantes*)

TPN – Situações complexas
Moderador: Prof. Doutor Paulo Alves
Coordenadoras: Enfa. Anabela Moura e Enfa. Liliana Miranda



APOIO CIENTÍFICO

12:00-12:45h **TPN ENDOLUMINAL** (*Hotel Quinta do Paço, Vila Real – Limitado*)
Dr. Rui Silva

14:15-14:30h **SESSÃO DE ABERTURA**

14:30-15:30h **MICROBIOTA E O CIRURGIÃO GERAL**

Presidente: Prof. Doutor Santos Rosa
Comentários: Dr. Fernando Próspero, Dr. José Gonçalves
e Profa. Doutora Beatriz Costa

Influência da preparação mecânica do colon (15')

Dr. Ricardo Veloso

Discussão (4')

Impacto da disbiose nas complicações pós-operatórias (15')

Dr. Nuno Carvalho

Discussão (4')

Falência intestinal crónica e microbioma intestinal – Implicações na prática clínica (15')

Dra. Sónia Cabral

Discussão (4')

15:30-15:45h Pausa

15:45-17:15h **30 ANOS DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA**

Presidente: Prof. Doutor João Pimentel

Comentários: Dr. Alexandre Duarte, Dr. John Preto, Dr. Fernando Barbosa e Dra. Carla Freitas

A história em Portugal (15')

Dr. Novo de Matos

Discussão (3')

Cirurgia do esófago (15')

Dr. Pedro Carvalho Martins

Discussão (3')

Cirurgia metabólica (15')

Dr. Novo de Matos

Discussão (3')

Cirurgia colorectal (15')

Dr. José Nogueira Aguilar

Discussão (3')

... e os próximos 30? (15')

Dr. Bruno Pinto

Discussão (3')

17:15-17:30h Pausa

17:30-18:30h **ABDÓMEN HOSTIL**

Presidente: Prof. Doutor Pinto de Sousa

Moderadoras: Profa. Doutora Marisa Santos, Dra. Anabela Santos e Dra. Rita Marques

Falência intestinal – O paradigma do abdómen hostil (20')

Profa. Doutora Beatriz Costa

Discussão (10')

Reconstrução da parede abdominal – Critérios de referenciação (20')

Dra. Eva Barbosa

Discussão (10')

18:30-19:00h **TaTME – ESTADO DA ARTE**

Presidente: Dr. António Oliveira

Palestrante: Dr. Nuno Rama

19:00h Fim das sessões do primeiro dia

Sábado | 05 de junho de 2021

09:30-10:15h

REFLEXÕES EM GASTROENTEROLOGIA

Presidente: Dr. João Ramos de Deus

Comentários: Prof. Doutor Francisco Portela e Prof. Doutor Diogo Libânio

Como será Serviço a 10 anos? (15')

Dr. Ricardo Veloso

Novas tecnologias em Gastroenterologia (Fronteiras da excisão de lesões) (15')

Dr. Jorge Lage

Discussão (15')

10:15-10:30h

Pausa

10:30-11:30h

30 ANOS EM ROBÓTICA

Presidente: Prof. Doutor Júlio Leite

Comentários: Dr. Nuno Rama, Dr. Manuel Limbert, Dr. Pedro Costa e Dr. Manuel Oliveira

A inovação em Robótica (15')

Dr. Carlos Vaz

Ensino/Curva de aprendizagem/Simuladores (15')

Prof. Doutor Nuno Figueiredo

Discussão (30')

11:30-12:30h

SAÚDE SÉCULO XXI

Comentadores: Dr. Pedro Correia da Silva e Enf. Gabriel Martins

Também quero integrar uma equipa multidisciplinar (40')

Dra. Bela Alice Costa

Discussão (20')

12:30h

ENCERRAMENTO DA REUNIÃO

Dr. António Oliveira

Participantes

Dr. Alexandre Duarte, *Porto*

Enfa. Anabela Moura, *Porto*

Dra. Anabela Santos, *Vila Real*

Dr. António Oliveira, *Vila Real*

Profa. Doutora Beatriz Costa, *Coimbra*

Dra. Bela Alice Costa, *Vila Real*

Dr. Bruno Pinto, *Trofa*

Dra. Carla Freitas, *Penafiel*

Dr. Carlos Vaz, *Lisboa*

Profa. Doutora Daniela Chaló, *Aveiro*

Prof. Doutor Diogo Libânio, *Porto*

Dra. Eva Barbosa, *Porto*

Dr. Fernando Barbosa, *Viana do Castelo*

Dr. Fernando Próspero, *Vila Real*

Prof. Doutor Francisco Portela, *Coimbra*

Enf. Especialista Gabriel Martins, *ACES Marão e Douro Norte*

Prof. Doutor João Pimentel, *Coimbra*

Dr. João Ramos de Deus, *Lisboa*

Dr. John Preto, *Porto*

Dr. Jorge Lage, *Vila Real*

Dr. José Gonçalves, *Lisboa*

Dr. José Nogueira Aguiar, *Corûna*

Prof. Doutor Júlio Leite, *Coimbra*

Enfa. Liliana Miranda, *Vila Real*

Dr. Manuel Limbert, *Lisboa*

Dr. Manuel Oliveira, *Penafiel*

Profa. Doutora Marisa Santos, *Porto*

Dr. Novo de Matos, *Lisboa*

Dr. Nuno Carvalho, *Almada*

Prof. Doutor Nuno Figueiredo, *Lisboa*

Dr. Nuno Rama, *Leiria*

Prof. Doutor Paulo Alves, *Porto*

Dr. Pedro Carvalho Martins, *Porto*

Dr. Pedro Correia da Silva, *Porto*

Dr. Pedro Costa, *Vila Real*

Prof. Doutor Pinto de Sousa, *Vila Real*

Dr. Ricardo Veloso, *Vila Real*

Dra. Rita Marques, *Vila Real*

Dr. Rui Silva, *Porto*

Prof. Doutor Santos Rosa, *Coimbra*

Dra. Sónia Cabral, *Porto*

Dra. Susana Ouró, *Lisboa*

PO 01

RAOULTELLA PLANTICOLA – UM PATÓGENO EMERGENTE NO DOENTE CIRÚRGICO

Bárbara Castro; Ana Rita Ferreira; Ana Paula Torre; Hugo Louro; Susana Graça; Manuel Oliveira
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A *Raoultella planticola* é uma bactéria comensal, raramente associada a infeções graves. O número de infeções por este microrganismo tem vindo a aumentar, associando-se a doentes com trauma local, neoplasias malignas, procedimentos invasivos ou gastroenterite por consumo de peixe mal preparado. Menos de 50 casos de bacteriemia por *R. planticola* foram reportados na literatura, a maioria em doentes imunocomprometidos.

Objetivos: Reportar um caso clínico de sépsis por *R. planticola* e alertar a comunidade médica para a emergência deste patógeno em doentes com patologia do âmbito da Cirurgia Geral – relatados casos em associação com carcinoma pancreático e da vesícula, colangiocarcinoma, pancreatite, colecistite, colangite, fascíte necrotizante e infeção da ferida cirúrgica.

Material e métodos: Homem, 72 anos, com antecedentes de ampuloma, em tratamento de suporte por doença em progressão, internamento recente por abscessos hepáticos, recorreu ao serviço de urgência por febre com uma semana de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se febril, abdómen indolor, sem alterações auscultatórias. Analiticamente com

elevação franca dos parâmetros inflamatórios (leucocitose de $44,11 \times 10^3/\mu\text{L}$ e PCR 28,85 mg/dL), hiperlactacidemia (lactatos 6,0 mmol/L) e lesão renal aguda. Realizou ecografia abdominal que revelou diminuto abscesso hepático (16 mm, previamente 38 mm). Realizou ecocardiograma transtorácico não se identificando vegetações. O doente foi internado por sépsis com ponto de partida indeterminado tendo sido identificada uma bacteriemia por *R. planticola*. Evolução favorável após cumprimento do ciclo de antibioterapia com metronidazol e ciprofloxacina.

Resultados e conclusões: A literatura sugere que a bacteriemia por *R. planticola* possa ocorrer em doentes imunocomprometidos pela presença de uma neoplasia maligna. Julgamos pertinente descrever este caso pela gravidade do quadro infeccioso causado por uma bactéria considerada inofensiva. A *R. planticola* é geralmente sensível à maioria dos antibióticos, exceto à ampicilina, no entanto, resistências têm sido relatadas. O prognóstico é geralmente favorável, os casos fatais descritos ocorreram no contexto de estirpes resistentes. A *R. planticola* não deve mais ser vista como um microrganismo inócuo, mas como um agente invasivo que requer uma precoce identificação e tratamento.

PO 02

METASTIZAÇÃO ATÍPICA DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DO CÓLON

Ana Rita Ferreira; Bárbara Castro; Hugo Pereira; Tatiana Queirós; Ana Paula Tosse; Mariana Santos; Hugo Louro; Fernando Viveiros; Bela Pereira; Manuel Oliveira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A metastização cutânea é rara, sendo a causa mais comum o cancro do pulmão. Está presente em menos de 5% dos doentes com neoplasia colo-rectal, com maior frequência na parede abdominal.

Geralmente detectada vários meses após a remoção cirúrgica do tumor primário, com um intervalo médio de 33 meses. A histologia mucinosa tem sido associada a uma maior ocorrência deste evento.

Objetivo: Reportar um caso clínico raro de metástases cutâneas de adenocarcinoma do cólon.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 37 anos, seguida em consulta de Cirurgia Geral desde 2017, em *follow-up* por adenocarcinoma do cólon sigmóide com metastização ovárica bilateral, peritoneal e ganglionar. Nessa data, a doente apresentava uma volumosa lesão neoformativa na escavação pélvica com cerca de 9,8 x 11 x 14 cm, sendo que foi submetida a intervenção cirúrgica – Sigmoidectomia com anastomose colo-rectal, histerectomia total com anexectomia bilateral, apendicectomia, omentectomia e excisão de implantes peritoneais. Sem nenhum sinal de metastização cutânea.

A histologia da peça operatória revelou adenocarcinoma bem diferenciado do sigmóide com componente mucinoso (estadio pT4a N2a M1, margens cirúrgicas livres).

Posteriormente realizou quimioterapia (QT) adjuvante e peritonectomia extensa com QT intraperitoneal hipertérmica.

Após 2 anos, apresentou subida do CEA e re-

cidiva oncológica na parede abdominal. A TC de 2019 documentava quatro lesões, adjacentes aos músculos rectos abdominais, duas no plano inferior do umbigo (supra-umbilical e paraumbilical esquerda) e outras duas localizadas na região hipogástrica, com dimensões entre 14 e 18 mm.

Após decisão do grupo multidisciplinar, procedeu-se a exérese cirúrgica destes implantes metastáticos e reconstrução da parede abdominal com prótese de polipropileno, sem intercorrências. A doente teve alta ao 3º dia pós-operatório.

Ao 4º ano de *follow-up*, apresenta metastização pulmonar e hepática, estando a ser avaliada para QT paliativa.

Conclusão: A presença de metastização cutânea está associada a doença disseminada e a um mau prognóstico, pelo que se deve promover a sua detecção precoce e o seu reconhecimento pelo doente com a inspecção de todas as áreas da pele. O tratamento indicado é a ressecção cirúrgica mas, se lesões múltiplas, a radioterapia e a quimioterapia podem ser utilizadas para palição de sintomas locais.

PO 03

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA. AINDA HÁ LUGAR PARA A CIRURGIA?

Daniela Falcão; Joana Silva; João Cruz; Susana Maia; Tiago Guedes; Mónica Garrido; João Sousa; Isabel Pedroto

Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP)

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS)

Introdução: A doença ulcerosa péptica (DUP) é a causa mais comum de hemorragia digestiva alta (HDA) não hipertensiva e uma causa importante de admissão hospitalar. A mortalidade tem vindo a diminuir nas últimas décadas quer por alterações na sua epidemiologia, quer pela maior disponibilidade e eficácia da terapêutica endoscópica.

Objetivos: Avaliar fatores de risco associados

a HDA por DUP, fatores preditores da necessidade de intervenção cirúrgica e fatores associados à mortalidade intrahospitalar (MIH).

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico de HDA por DUP entre janeiro/2016 e dezembro/2018 num hospital terciário com acesso permanente a endoscopia. Critérios de exclusão: hemorragia de novo durante internamento.

Resultados e conclusões: Foram diagnosticadas um total de 236 HDA por DUP, 74.2% do sexo masculino, média de idades de 64.9 anos (18 - 78 anos), 14.3% com índice de comorbilidade de Charlson (ICC) > 6. O uso de anti-inflamatórios não esteroides foi descrito em 22.9%; 28.9% dos doentes estavam antiagregados; 11.9% hipocoagulados; 16.4% tinha história prévia de DUP e a pesquisa de *Helicobacter pylori* foi positiva em 72.9%. O timing da endoscopia após admissão hospitalar foi < 24h em 87.7% dos casos.

A úlcera gástrica foi responsável por 54.2% (n = 128) versus úlcera duodenal em 45.8%, tendo sido classificadas como Forrest Ia em 7,6% (n = 18), Ib em 8.5% (n = 20), IIa em 23.7% (n = 56); IIb em 10.2% (n = 24); IIc/III em 50% (n = 118).

Dezassete doentes (7.2%) foram submetidos a cirurgia, 9 por impossibilidade de terapêutica endoscópica e 8 por recidiva hemorrágica. A duração média de internamento foi de 9.8 dias (0 - 139 dias). A MIH global foi de 3.8% versus 9.1% nos doentes cirúrgicos.

Os fatores associados a um aumento significativo da necessidade de cirurgia foram: apresentação sob a forma de hematemeses ($p:0,004$); lesões Ia ou Ib (classificação de Forrest) ($p\text{-Value} < 0,001$) e o *score* completo de Rockall ($p\text{-Value} < 0,001$).

O único preditor de aumento do risco de mortalidade foi o índice de comorbilidades de Charlson > 6 ($p\text{-Value} = 0,001$) e o *score* completo de Rockall ($p\text{-Value} < 0,001$).

Conclui-se que a HDA por DUP é controlada na maioria dos casos por terapêutica endoscópica. Contudo, a necessidade de cirurgia mantém-se em alguns casos e está dependente da gravidade das lesões e não das comorbilidades basais dos doentes, estando associada a uma maior taxa de mortalidade.

PO 05

COGUMELO MÁGICO: NEM TUDO O QUE PARECE É

Bárbara Neto Castro; Ana Rita Ferreira;
David Afonso João; Raquel Prata Saraiva;
Sílvia Dantas Costa; Susana Graça; Bela Pereira;
Lurdes Gandra; Manuel Oliveira
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: O carcinoma epidermoide do canal anal é relativamente incomum. O seu tratamento implica uma terapia multimodal com quimiorradioterapia e, se necessário, cirurgia. Os efeitos adversos da radioterapia (RT) são classificados como agudos ou tardios, e estes últimos são causados por lesão microvascular ou depleção de células diferenciadas.

Objetivos: Reportar um caso clínico de uma complicação tardia e pouco usual relacionada com a RT.

Material e métodos: Homem, 73 anos, com antecedentes de carcinoma epidermoide do canal anal, submetido a colostomia derivativa, quimioterapia (cisplatina + 5-FU) e RT em 2010, com remissão completa e sem evidência de recidiva durante o *follow-up*. Recorreu ao SU por febre e lesão volumosa vegetante perianal com necrose, com 2 meses de evolução. A TC revelou uma lesão vegetante na face póstero-medial da raiz da coxa esquerda com cerca de 8 cm de maior eixo. Analiticamente elevação da PCR (20,83 mg/dL). Assumida suspeita de recidiva local. O doente foi internado, cumpriu ciclo de antibioterapia empírica e foi realizada biópsia. A RMN mostrou volumosa lesão polipoide com 8 x 4,5 x 6,3 cm em topografia perineal, com origem nos

planos cutâneos da vertente mais proximal da face póstero-medial da coxa esquerda. A biópsia da lesão não objetivou malignidade, observando-se lesão fibrovascular constituída por proliferação de miofibroblastos e vasos de pequeno calibre, identificando-se erosão e ulceração à superfície e infiltrado inflamatório linfoplasmocitário. TC-TAP sem alterações. O doente foi submetido a exérese da lesão, apresentou evolução favorável e teve alta no 1º dia de pós-operatório. O exame anatomo-patológico confirmou os achados da biópsia, concluindo que a lesão teve origem em alterações reativas e inflamatórias secundárias à radioterapia.

Conclusões: A toxicidade aguda à RT é reportada com frequências variáveis e parece depender do tempo total de tratamento. As complicações tardias são reportadas em 6 - 14% dos doentes e parecem estar mais relacionadas com a dose por fração de radiação. A complicação tardia identificada, neste caso clínico, favorece a hipótese que os efeitos tardios da RT resultam de dano ao tecido conjuntivo e vascular. Este caso relata um evento raro e relembra a importância de uma avaliação cuidadosa do tratamento escolhido pois as nossas armas terapêuticas não são inócuas. Felizmente, nem tudo o que parece é, e o que se apresentou como uma suspeita de recidiva veio a revelar-se uma lesão reativa benigna.

PO 06

LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS NOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE CIRURGIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

Maria Isabel Rebelo Lopes de Moura;
Maria Manuela Martins Olga Maria Ribeiro
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Introdução: Os enfermeiros são a classe profissional do serviço nacional de saúde que mais padece com as lesões musculoesqueléticas. Durante a prestação de cuidados os

profissionais de enfermagem para além de estarem expostos a um grande número de riscos, substituem frequentemente as pessoas doentes em diversas atividades que concretizam os autocuidados, o que pode resultar em lesões dolorosas para o seu sistema musculoesquelético. Deste modo, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel primordial na prevenção de sintomatologia musculoesquelética.

Objetivo: Conhecer a prevalência de sintomatologia musculoesquelética nos enfermeiros do serviço de cirurgia de um centro hospitalar da região norte de Portugal; Identificar os segmentos anatómicos com maior sintomatologia musculoesquelética.

Material e métodos: Estudo de natureza quantitativa e de carácter descritivo. A recolha dos dados foi concretizada recorrendo à distribuição de um questionário, aplicado aos enfermeiros do serviço de cirurgia de um centro hospitalar da região norte de Portugal, com experiência profissional igual ou superior a 1 ano, após parecer favorável da comissão de ética nº170/2018. Usando a técnica de amostragem não probabilística por conveniência, obteve-se uma amostra de 56 enfermeiros (62,2%).

Resultados e conclusões: 43,5% dos enfermeiros que exercem funções no serviço de cirurgia apresentam sintomatologia ao nível do sistema musculoesquelético, sendo que a coluna lombar é o segmento anatómico mais afetado (76,8%), seguido da coluna cervical (69,6%) e da coluna dorsal (58,9%). Os enfermeiros apresentam um predomínio para uma intensidade de dor moderada, seguindo-se de dor intensa nos diversos segmentos anatómicos. As lesões musculoesqueléticas representam uma carga elevada para a sociedade e para o próprio trabalhador, pois contribuem para aumentar o absentismo ao local de trabalho, bem como a redução da produtividade.

de e da qualidade de vida do mesmo, sendo fundamental consciencializar os enfermeiros para este facto.

PO 07

LESÃO DO RETO DISTAL DETEÇÃO E TRATAMENTO

Tânia Fonseca; Lucinda Gomes
Hospital das Forças Armadas - Polo Porto

Introdução: O cancro do reto é o 2º mais mortal do mundo ocidental e o mais comum após os 50 anos de idade, podendo ser diagnosticado através de diversos exames. Na grande maioria dos casos é tratável e curável.

Objetivo: Realçar a importância do diagnóstico precoce para o tratamento e prevenção do cancro colorrectal; analisar a abordagem desta Doente com lesão do reto e definir um plano de intervenção de enfermagem.

Material e métodos: Considerou-se que a melhor estratégia para abordar este tema seria uma metodologia expositiva descritiva, em que há o acompanhamento diário da Enfermagem à Doente, em articulação com várias especialidades. Foram efetuados registos diários informáticos e imagiológicos dos exames realizados, e observação e monitorização da evolução da pele no caso da radiodermite.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma Doente com 52 anos, que em outubro/2018, por alteração do trânsito intestinal, presença de muco nas fezes e perda de peso, realizou uma colonoscopia total. Foi detetada uma lesão plana, extensa, do reto distal, com atingimento do canal anal. A histologia revelou “adenoma tubular com displasia de baixo grau”.

Em dezembro repetiu a colonoscopia e efetuou novas biopsias. A histologia mostrou “adenoma tubulo-viloso com displasia de alto grau”. Realizou ressonância magnética pélvica que confirmou a lesão com características vegetantes e infiltrativas com extensão de 89

mm. A ecoendoscopia anal mostrou lesão infiltrativa da parede retal, entre os 2 e os 12 cm, e um gânglio perilesional, sendo classificada como “neoplasia do reto”.

Foi proposta quimio-radiossensibilização com capecitabina e 25 sessões de Radioterapia; e posteriormente, realização de Cirurgia. Hematologicamente teve boa tolerância. Contudo, referiu queixas dolorosas intensas a nível anal e pélvico associadas a fissuras e radiodermite.

Resultados: A duração do tratamento foi de 6 meses. No decorrer deste período foram instituídos diferentes tratamentos, incluindo a amputação abdominoperineal com colostomia definitiva. A não colaboração da doente na fase inicial do tratamento, dificultou a intervenção da enfermagem nos ensinamentos, tratamento e controlo da dor.

Conclusão: Face a esta problemática, consideramos que o plano de intervenção de Enfermagem associado à equipa multidisciplinar permitiu tornar a doente mais recetiva, motivada e capacitada para gerir o seu estado de saúde atual diminuindo assim, o impacto sociocultural dos efeitos da doença.

PO 08

UM CAMINHO IMPROVÁVEL: MIGRAÇÃO DE PRÓTESE INGUINAL.

Ana Rita Ferreira¹; Bárbara Castro¹;
Raquel Saraiva¹; Tatiana Queirós¹;
Ana Paula Torre¹; Sílvia Costa¹; Bela Pereira¹;
João Cardoso¹; Lurdes Gandra¹; Sílvio Vale¹;
Rolando Pinho²; Manuel Oliveira¹

¹Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; ²Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A hérnia inguinal é uma patologia com elevada prevalência e, atualmente, a sua correção cirúrgica com prótese é o *gold-standard*. Infeção local e dor crónica são complicações bem conhecidas. Por outro lado, complicações mais graves, como migração

da prótese ou perfuração de órgãos adjacentes, são raramente relatadas e podem apresentar sintomas em diferentes intervalos de tempo após a intervenção. Na literatura estão descritos casos de migração de prótese para o intestino delgado, cego, cólon sigmóide e bexiga.

Objetivo: Reportar um caso clínico de migração de prótese de correcção de hérnia inguinal para o coto rectal, em doente com antecedentes de ressecção anterior do recto (RAR) com colostomia.

Material e métodos/Resultados: Doente do sexo masculino, 81 anos, é encaminhado para consulta de Cirurgia Geral por observação de material cirúrgico, no coto rectal, aos 10 centímetros da margem anal, em rectoscopia. Este tinha sido submetido a RAR há 20 anos por neoplasia, complicada de deiscência da anastomose, com necessidade de re-intervenção, com confecção de colostomia terminal e encerramento do coto rectal. Para além disso, o doente relatou correcção cirúrgica de hérnia inguinal direita com prótese, por técnica de Lichtenstein, há cerca de 10 anos.

O doente notou saída de conteúdo mucopurulento pelo recto, o qual foi também observado no toque rectal, com identificação de zona de fibrose e um corpo estranho sugestivo de material protésico.

Pela impossibilidade de remoção endoscópica, o doente foi submetido a extracção de prótese plana de polipropileno, por via trans-anal (uso de Gelpoint® Path).

Teve alta ao 1º dia de pós-operatório sem intercorrências, sendo posteriormente observado na consulta, cerca de um mês após a intervenção, sem queixas e tendo tido alta.

Conclusão: O uso de próteses implica um processo inflamatório, que poderá propagar-se até as estruturas viscerais e provocar, inicialmente, aderências que mais tarde evoluirão com erosão das paredes viscerais

e fistulização. A incidência exacta de erosão e migração de prótese ainda não é conhecida, sendo pouco descrita na literatura, tendo este caso tido particular relevância pelo extenso trajecto de migração realizado.

PO 09

REDFLAGS NA FASCEÍTE NECROTIZANTE

Sofia Boligo; Vasco Cardoso; Gonçalo Sousa; Isabela Gil; Patrícia Amaral; Cláudia Santos; Helena Contente

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução: A fasceíte necrotizante (FN) é uma infeção rara dos tecidos moles, caracterizada por inflamação e subsequente necrose rapidamente progressivas da fásia e tecidos circundantes, com uma mortalidade que ronda os 30%.

A FN é muitas vezes subdiagnosticada e confundida com outras infeções benignas dos tecidos moles. Dado que o rápido tratamento, com desbridamento cirúrgico, é o fator com maior impacto na sobrevida destes doentes, o seu diagnóstico precoce é imperativo.

Este trabalho tem como objetivo identificar os sinais e sintomas mais frequentemente associados à FN, de modo a que o seu diagnóstico seja feito o mais precocemente possível.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo, com colheita de dados relativos à história clínica e exame objetivo de todos os doentes admitidos no centro hospitalar com o diagnóstico de fasceíte necrotizante, durante o período de 1 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2019. Dos 45 casos clínicos encontrados, foram incluídos e analisados dados de 37 doentes.

Resultados: Os sinais e sintomas iniciais mais frequentemente observados foram edema (91%), rubor (80%) e calor (77%). Os menos frequentes foram necrose cutânea (9%) e enfisema subcutâneo (9%), contudo foram os sinais associados a uma maior mortalidade (100% e 67%, respetivamente). A dor foi des-

crita em 56% dos casos.

Conclusão: Os sinais e sintomas encontrados com maior frequência são comuns a outras infeções dos tecidos moles, nomeadamente celulite, o que pode dificultar e atrasar o diagnóstico de FN. Uma das características de apresentação desta doença é a presença de edema numa área superior à dos restantes sinais inflamatórios, o que nos poderá alertar para o seu diagnóstico, e está em concordância com os resultados apresentados. A dor intensa é também um dos sintomas mais característicos da FN, estando presente na maior parte dos casos analisados. Já o enfisema subcutâneo e a necrose, sinais mais específicos da FN, foram encontrados em menor frequência, mas associados a uma mortalidade muito superior, o que permite concluir que estes surgem em estadios mais graves e avançados da doença.

Com este trabalho conseguimos perceber a razão pela qual a FN é muitas vezes mal diagnosticada. Contudo, devemos ter atenção a estas particularidades da apresentação da doença, que nos poderão conduzir ao seu diagnóstico mais precocemente.

PO 10

ÍNDICE LRINEC – SERÁ ÚTIL NO DIAGNÓSTICO PRECOZE DA FASCEÍTE NECROTIZANTE?

Vasco Silva Cardoso; Sofia Boligo; Gonçalo Sousa; Margarida Santos Bessa; Filipa Campos Costa; Ana Maria Monteiro; Cristina Maia Santos; José Mealha Guerreiro
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier

Introdução: As infeções da pele e dos tecidos moles são bastantes comuns sendo a fasceíte necrotizante (FN) uma infeção complicada e fulminante envolvendo os tecidos profundos. O seu diagnóstico precoce é essencial uma vez que o reconhecimento tardio está associado a aumento da morbimortalidade. O índice

LRINEC (*Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis*) descrito por Wong em 2004 é uma ferramenta que pretende prever o risco de infeção necrotizante à admissão com base em seis parâmetros laboratoriais do doente: PCR, leucócitos, hemoglobina, sódio, creatinina e glicose séricas. Um total ≤ 5 pontos sugere risco baixo ($< 50\%$ de probabilidade), 6-7 indica pontos risco intermédio (50%-75% de probabilidade) e ≥ 8 risco elevado (75% de probabilidade). Esta é uma ferramenta que se tem mostrado útil na distinção de infeções não necrotizantes e necrotizantes, contudo para alguns autores a sua utilidade é questionável.

Objetivo: Analisar, em doentes com o diagnóstico de FN, qual o valor à admissão do índice e perceber a utilidade da sua aplicação à admissão.

Resultados: Foram identificados 45 doentes com este diagnóstico, tendo sido excluídos 11 doentes por ausência de dados suficientes no processo clínico ($n = 34$). 58,8% eram homens, a idade média foi de 69,2 anos e as duas principais co-morbilidades identificadas foram a diabetes mellitus e a obesidade. A principal região anatómica identificada foi o períneo (52,9% dos casos) seguida do membro inferior (26,5%). Os valores do índice foram divididos em 3 grupos: grupo A – risco elevado (≥ 8 pontos), grupo B – risco intermédio (6 e 7 pontos) e grupo C – risco baixo (≤ 5 pontos). Apenas 44,1% integrou o grupo A, 26,5% integrou o grupo B e 29,4% integrou o grupo C. A taxa de mortalidade global foi de 47,1%, sendo maior no grupo A (60%).

Conclusão: Apesar de se tratar de um estudo retrospectivo e com amostra reduzida, o índice parece-nos sensível para o diagnóstico de FN, contudo é pouco específico. Apesar poder ser uma ferramenta útil no diagnóstico precoce, é exclusivamente baseada em critérios analíticos pelo que deverão ser propostos

outros índices utilizando também critérios clínicos. Mais do que uma ferramenta para o diagnóstico, poderá ser um índice útil na previsão de outcomes adversos de doentes com FN.

PO 11

ADENOCARCINOMA MUCINOSO DO APÊNDICE CECAL COM METASTIZAÇÃO GANGLIONAR INGUINAL – RELATO DE CASO

Ricardo Vaz-Pereira; Rita Marques; Ana Monteiro; Urânia Fernandes; Gonçalo Guidi; Daniela Martins; Clara Leal; Bruno Vieira; Francisca Freitas; Carolina Marques; João Pinto-de-Sousa
CHTMAD

O adenocarcinoma mucinoso do apêndice é uma neoplasia rara, com baixa propensão para metastização ganglionar. O presente caso refere-se a um adenocarcinoma mucinoso apendicular com metastização ganglionar inguinal. Mulher de 71 anos, submetida a apendicectomia por quadro clínico de apendicite aguda, cujo o exame anatomopatológico revelou um adenocarcinoma mucinoso do apêndice. Após estadiamento, a doente foi submetida a hemicolectomia direita e proposta para quimioterapia adjuvante. Ao 3º ano de seguimento, foram diagnosticadas adenomegalias inguinais cuja biópsia confirmou metástase ganglionar de primário colo-rectal com áreas de mucina extracelular. O reestadiamento revelou metastização peritoneal e a doente foi proposta para quimioterapia paliativa. As neoplasias apendiculares, pela sua raridade, representam um desafio diagnóstico e terapêutico. Este caso clínico retrata uma via de metastização pouco habitual de uma neoplasia incomum.

PO 12

PSEUDOQUISTO PANCREÁTICO COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE ABCESSO ANAL – RELATO DE CASO

Ricardo Vaz-Pereira; Nádía Tenreiro; Ana Monteiro; Urânia Fernandes; Gonçalo Guidi; Daniela Martins; Clara Leal; Bruno Vieira; Francisca Freitas; Carolina Marques; João Pinto-de-Sousa
CHTMAD

O pseudoquisto pancreático (PP) é um tipo de lesão cística inflamatória do pâncreas, constituído por uma coleção líquida com parede bem definida, e que se desenvolve habitualmente quatro semanas após um episódio de pancreatite aguda. A maioria dos PP são assintomáticos, sendo que a sintomatologia mais frequente resulta da compressão de estruturas vizinhas. Relatamos um caso raro de um PP com uma apresentação clínica de abcesso anal.

Homem de 50 anos, com antecedentes de alcoolismo, cardiomiopatia dilatada com depressão severa da fração de ejeção e episódio recente de pancreatite aguda alcoólica. Recorreu ao serviço de Urgência por tumefação anal dolorosa. Ao exame físico apresentava abcesso perianal direito, que foi drenado. Por manutenção de drenagem purulenta pelo local de drenagem foi realizado estudo imagiológico que revelou uma coleção líquida retroperitoneal direita, medindo 15 x 8 x 25 cm, estendendo-se da região cefalopancreática ao espaço retrorretal, com densificação da região perianal e perineal. Iniciou antibioterapia endovenosa e foi submetido a drenagem endoscópica transduodenal, e drenagem percutânea retrocólica e transglútea. Apesar das medidas instituídas, o doente evoluiu para choque séptico que culminou na sua morte. Nos doentes com PP assintomáticos a vigilância clínica e imagiológica é suficiente. A drenagem está indicada nos doentes sintomáticos e na infeção refratária ao tratamento

médico. As vias de drenagem mais usadas atualmente são a endoscópica e a percutânea. O tratamento cirúrgico é a última linha.

PO 13

CONDILOMA ACUMINADO PERIANAL – QUAL O PAPEL DA CIRURGIA?

Carolina Marques; Cátia Ferreira
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O vírus do papiloma humano (HPV) é a infecção sexualmente transmissível mais comum em todo o mundo, e o condiloma acuminado, que se traduz pela presença de verrugas anogenitais, é uma manifestação clínica da infecção pelo mesmo. Existem diversas estirpes de alto risco, com destaque para o HPV 16 e 18, mas os tipos mais frequentemente associados a esta patologia em específico são a 6 e a 11, sendo a transmissão sexual a sua principal forma de contração.

Objetivo: O objetivo é a descrição de um caso clínico de múltiplos condilomas acuminados perianais num jovem do sexo masculino, bem como a sua abordagem terapêutica e posterior orientação.

Material e métodos: Jovem de 22 anos do sexo masculino, com história de relações homossexuais. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de desconforto/prurido anal, com cerca de 3-4 meses de evolução, associado a episódios autolimitados de dor anal, sem relação com o trânsito intestinal, e retorragias após a defecação. Ao exame objetivo, identificação de lesões volumosas tipo “couve flor” compatíveis com condilomas anais.

Resultados e conclusões: Foi efetuada biópsia da lesão, que demonstrou a compatibilidade dos aspetos morfológicos com verruga vírica/condiloma. Realizou tratamentos tópicos (crioterapia e imiquimod) sem sucesso, tendo-se optado por excisão cirúrgica em bloco e eletrofulguração dos condilomas perianais com preservação do esfíncter anal externo e

mucosa anal, com resolução do quadro.

O estudo complementar incluiu o rastreio de displasia do canal anal (citologia de HPV), que se revelou positivo para HPV 16 (alto risco), encontrando-se já orientado para a consulta de Infecçologia. As restantes serologias víricas e rastreio de doenças sexualmente transmissíveis foram negativos. Atualmente aguarda realização de retossigmoidoscopia para exclusão de lesões endorretais ou do canal anal, bem como administração da vacina Gardasil.

Tem mantido seguimento em consulta de Dermatologia, com indicação para aplicação tópica de Imiquimod no domicílio, sempre que surgem novas lesões e quando estas ainda são milimétricas. Os condilomas acuminados devem ser tratados de forma individualizada, de acordo com o seu tamanho, localização e extensão, nunca descurando a investigação adicional necessária, a possibilidade de intervenção cirúrgica e o seguimento a longo prazo.

PO 14

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CALICIFORMES APENDICULAR

Penélope Correia; Catarina Rodrigues; Diogo Silva; Lúcia Carvalho; António Soares; Maria Rosa Sousa; Jorge Costa; Joana Correia; Mário Nora
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: As neoplasias do apêndice ileocecal são entidades raras, todavia com uma incidência crescente de cerca de 0.97 casos por 100000 indivíduos/ano. A maioria são diagnosticadas incidentalmente em 1-2% das peças de apendicectomia. O carcinoma de células caliciformes (CCC) é um subtipo raro, representando menos de 14% das neoplasias apendiculares, caracterizado por um fenótipo misto com diferenciação neuroendócrina e epitelial (glandular).

Objetivo: Apresentar um caso raro de neoplasia apendicular.

Material e métodos: Os dados clínicos foram recolhidos a partir do processo informático.

Resultados: Homem de 76 anos, ECOG 0, com HTA, DMNID, FA hipocoagulada, HBP e cirurgia gástrica antiga por doença ulcerosa péptica. Internado em 07/2018 por abcesso apendicular tratado conservadoramente com antibioterapia e drenagem percutânea. Realizou colonoscopia sem alterações e TC e RMN com imagem compatível com seroma residual. Manteve vigilância imagiológica com realização de TC após 1 ano, observando-se uma formação nodular de densidade líquida, intramural na base do cego, envolvendo a origem do apêndice, esboçando tênues microcalcificações, medindo 30 x 25 x 30 mm, interpretada como possível mucocelo apendicular. Neste contexto é realizada nova colonoscopia, a qual destaca a presença de uma elevação ovoide a nível cecal, de mucosa normal, cuja biópsia não revelou alterações. Proposto para tiflectomia, que por processos aderenciais é convertida numa ileocelectomia laparoscópica, que decorreu sem intercorrências. A histologia revelou adenocarcinoma de células caliciformes bem diferenciado na base apendicular - pT3G1N0 (0/5) ILVOIPN1, Tang B. Perante o achado histológico e o estado geral do doente, optou-se pela totalização com hemicolectomia direita laparoscópica que decorreu sem intercorrências e cuja histologia não detetou doença residual (Estadio II, pT3G1N0 (0/13) ILVOIPN1M0). O doente encontra-se em vigilância clínica, após discussão do caso em consulta oncológica multidisciplinar.

Conclusão: O CCC é uma variante do adenocarcinoma apendicular, com algumas características de neoplasias neuroendócrinas, apresentando agressividade intermédia. Devido à sua raridade não existe um profundo conhecimento do seu comportamento, nem orientações terapêuticas standardizadas, tor-

nando-se a sua abordagem desafiante e o seu correto e precoce diagnóstico crucial para a sobrevivência a longo prazo.

PO 15

MELANOMA ANORRETAL: RELATO DE CASO E REVISÃO SOBRE O MELHOR TRATAMENTO

Vieira B.; Pereira R.; Fernandes U.; Guidi G.; Martins D.; Leal C.; Marque C.; Freitas F.; Neves S.; Ribeiro A.; Pinto de Sousa J.

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O melanoma anorretal é uma neoplasia maligna rara de comportamento agressivo e com prognóstico desfavorável, associado a uma sobrevida global baixa. Essa patologia é responsável por apenas 1% de todos os tumores malignos anorretais, 0,4-3,0% de todos os melanomas malignos, e, devido à localização oculta e escassez de sintomas precoces, o diagnóstico geralmente é tardio, sendo os mais comuns queixas de sangramento e dor anorretal, tenesmo e alteração do hábito intestinal. Como o melanoma anorretal é raro, apenas pequenas séries de casos têm sido relatadas na literatura, o que dificulta o estudo sobre o melhor tratamento e seguimento dos casos. Este caso documenta uma entidade rara com mau prognóstico, sendo o caso clínico apresentado com recurso a imagens de retosigmoidoscopia e de TC. **Caso clínico:** Doente de 76 anos, sexo masculino, demenciado, sem vida de relação, com história de retorragias com 3 meses de evolução. Apresentava no exame físico neoformação tocável a cerca de 2-3 cm da margem anal, friável, ocupando essencialmente a face anterolateral direita do lúmen retal e estendendo-se até cerca de 8 cm. A retosigmoidoscopia revelou neoplasia friável do reto distal, imediatamente proximal à transição anorretal que foi avaliada e biopsada com dificuldade pela presença de fezes abundantes. A amostra foi enviada para anatomia patológica que mostrou aspetos morfológicos e imunofenotí-

picos favoráveis ao diagnóstico de melanoma maligno. Realizou TC toraco-abdomino-pélvico de estadiamento que mostrou metastização pulmonar, hepática, ganglionar e óssea. Foi proposto para o melhor tratamento de suporte.

Discussão e conclusão: A ressecção local ampla pode ser a primeira escolha para tratamento do melanoma anorretal primário, quando existe a possibilidade de margens cirúrgicas negativas. A amputação abdomino-perineal deve ser considerada para tumores grandes, quando a excisão local ampla não é possível. Relatos na literatura apontam o tratamento cirúrgico como sendo o mais eficaz para o melanoma anorretal, sendo também importante considerar a quimioterapia, a radioterapia e a imunoterapia, que podem influenciar a sobrevida global. Contudo, devido à raridade dessa patologia e escassez de dados, ainda não existe consenso quanto ao tratamento cirúrgico mais adequado, podendo encontrar-se dados de sobrevida semelhantes entre pacientes após excisão ampla local ou amputação abdominoperineal.

PO 16

DOR ABDOMINAL NUM DOENTE HEMODIALISADO

André Marçal; Artur Ribeiro; João Pinto-de-Sousa
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A isquemia isolada do cólon direito (IICD) é a apresentação menos frequente da isquemia do cólon, está associado a um pior prognóstico e ocorre mais frequentemente por mecanismos de hipoperfusão. O doente hemodialisado é particularmente suscetível ao desenvolvimento de IICD pela inerente diminuição do volume vascular após a hemodiálise. O sintoma cardinal é a dor abdominal severa na fossa ilíaca direita que surge após a hemodiálise, progredindo para sinais de irritação peritoneal. Sintomas concomitantes

menos específicos são a febre, diarreia ou hematoquézias. O estudo complementar inclui o estudo analítico e a realização de TC com contraste endovenoso para exclusão de outros diagnósticos. A IICD é sempre classificada como severa, pelo que o tratamento cirúrgico deve ser considerado.

Objetivos: Apresentar um caso clínico de um doente hemodialisado com dor abdominal.

Caso clínico: Homem de 72 anos, com antecedentes de DM tipo 2, DPOC, HTA, dislipidemia, doença arterial periférica e doença renal crónica sob hemodiálise, recorreu ao serviço de Urgência por dor abdominal com 7 horas de evolução localizada na fossa ilíaca direita, intensa e sem fatores de alívio, iniciada após a hemodiálise. Negava febre e alterações do trânsito intestinal. Ao exame objetivo apresentava-se com estabilidade hemodinâmica (TA: 129/69 mmHg) e apirexia (36,7° C). O abdómen era mole e depressível, doloroso à palpação profunda da fossa ilíaca direita com sinais de irritação peritoneal. O estudo analítico apresentava elevação de marcadores inflamatórios. A TC com contraste endovenoso não mostrou alterações do apêndice ileocecal, espessamento ou dilatação de ansas intestinais, líquido livre ou sinais de pneumoperitoneu. Pela clínica de ventre agudo e na ausência de diagnóstico definitivo, o doente foi proposto para uma laparotomia exploradora. Intraoperatoriamente foi identificada uma isquemia não reversível isolada do cego, tendo sido realizada uma hemicolecotomia direita. O pós-operatório decorreu sem complicações. A anatomia patológica confirmou o diagnóstico de necrose isquémica segmentar da parede do cego.

Conclusões: Apesar de rara, a isquemia isolada do cólon direito deve ser sempre considerada como diagnóstico diferencial na apresentação clínica de dor abdominal do doente hemodialisado. Deve existir um elevado grau de sus-

peição nestes doentes para este diagnóstico, uma vez que a intervenção cirúrgica precoce é determinante na evolução da doença.

PO 17

MUCOCELO APENDICULAR: RELATO DE CASO E REVISÃO SOBRE O MELHOR TRATAMENTO

Vieira B.; Pereira R.; Fernandes U.; Guidi G.;
Martins D.; Leal C.; Marque C.; Freitas F.; Neves S.;
Ribeiro A.; Pinto de Sousa J.
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O mucocelo apendicular define o aumento do apêndice ileocecal pela produção e acumulação intraluminal de muco, devido a alterações da camada mucosa e muscular. É uma entidade rara que corre em 0,2% a 0,4% das apendicectomias realizadas. Caso clínico apresentado com recurso a imagens de TC, RMN, da cirurgia realizada e da lesão detetada no intra-operatório.

Caso clínico: Doente de 50 anos, sexo masculino, com antecedentes de dislipidemia. Referia dor nas regiões do hipogastro e coxa direita com irradiação lombar direita, com 6 meses de evolução. Realizou TC que mostrou uma formação quística lobulada, com fino septo interno, em situação látero-direita, adjacente ao cego, sem características específicas, de densidade hídrica. Realizara uma colonoscopia prévia no mesmo ano em médico assistente que se mostrou sem alterações. Realizou RMN abdominal que mostrou, na região cecoapendicular, um formação nodular volumosa com cerca de 7,5 cm de maior diâmetro, com septos no seu interior. A avaliação laboratorial dos marcadores tumorais mostrou CEA e CA19.9 elevados. O doente foi submetido a cirurgia eletiva, sendo realizada hemicolecotomia direita com anastomose ileocolica mecânica laterolateral. O doente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, sem complicações cirúrgicas. A peça cirúrgica foi enviada para anatomia patológica que mos-

trou uma neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau.

Discussão e conclusão: A sintomatologia mais comum desta patologia é a dor abdominal, de intensidade e duração variáveis. Em 60% dos casos, o diagnóstico é feito no intra-operatório de laparotomias indicadas por outras patologias, ou no pós-operatório durante o exame histopatológico. Exames de imagem, como a TC, ecografia, e colonoscopia, podem sugerir a presença do mucocelo apendicular, podendo auxiliar no diagnóstico pré-operatório. A elevação do nível de marcadores tumorais, como o CEA e o CA 19.9, tanto no pré-operatório quanto no acompanhamento pós-operatório, pode sugerir malignidade. A decisão de realizar uma ressecção mais extensa do que a apendicectomia é geralmente feita no intra-operatório. No caso relatado, foi indicada a realização de uma hemicolecotomia direita seguindo os princípios oncológicos com a laqueação do pedículo ileocólico na sua origem, sendo o objetivo final foi alcançar uma margem livre de doença, pois a base do apêndice estava envolvida no processo da doença e não era possível obter uma margem clara através da apendicectomia.

PO 18

CANCRO COLO-RETAL E O CONFINAMENTO NACIONAL NA PANDEMIA COVID19

Cátia Ferreira; André Marçal; Rita Marques;
Carolina Marques; António Oliveira
CHTMAD

Introdução: Em março de 2020 a COVID-19 foi declarada pandemia pela OMS, condicionando o confinamento de Portugal durante os meses de março, abril e maio de 2020. A saúde ficou restringida ao urgente/prioritário tendo cessado também o rastreio do cancro colorretal. Com isto, o diagnóstico de cancro colorretal diminuiu drasticamente durante este período.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é com-

parar os doentes com diagnóstico de cancro colorretal durante o confinamento nacional consequente à pandemia COVID19 com o o mesmo período do ano transato, num Centro Hospitalar.

Material e métodos: Colheita retrospectiva de dados relacionados com o diagnóstico de cancro colorretal durante os períodos de março, abril e maio de 2020 (confinamento) e comparação com o mesmo período do ano de 2019.

Resultados: Foram incluídos 20 doentes durante o período de confinamento e 55 doentes no período comparativo de 2019. Durante o período de confinamento foi diagnosticado um maior percentual de estadios avançados de doença ($p = 0,011$) e maior referenciação através do serviço de urgência ($p = 0,042$, comparativamente ao ano de 2019). Não houve diferença estatística no tempo desde o diagnóstico até à decisão terapêutica, nem diferença no tempo desde a decisão terapêutica até ao primeiro tratamento.

Discussão e conclusão: A pandemia COVID-19 condicionou um menor número de casos diagnosticados com cancro colorretal e os doentes diagnosticados apresentaram-se com doença mais avançada.

PO 19

TRAUMA ABDOMINAL POR ARMA DE PRESSÃO, O PROJÉTEL COM TRAJETO INCERTO

Francisca Martins de Freitas;

Cátia Ferreira Ana Melo

CHTMAD - Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O trauma abdominal com arma de fogo ou pressão, apesar de menos frequente do que trauma por arma branca, apresenta uma maior mortalidade devido à elevada energia transmitida e à incerteza do trajeto do projétil. Anteriormente, este trauma condicionava obrigatoriamente a realização de

laparotomia exploradora. O avanço das técnicas diagnósticas e terapêuticas tem vindo a permitir abordagens menos invasivas numa fase inicial, através de estreita monitorização clínica e da realização de exames imagiológicos seriados.

Material e métodos: Homem de 21 anos, sem antecedentes de relevo, que dá entrada no serviço de urgência por trauma abdominal por arma de pressão com chumbo. À entrada encontrava-se hemodinamicamente estável, sem dor abdominal, com lesão milimétrica de porta de entrada do projétil. Na tomografia computadorizada não havia evidência da presença de ar ou líquido livre, observando-se densificação do espaço duodeno-pancreático e verificando-se que o projétil se foi alojar no espaço peri-renal esquerdo. O doente iniciou ATB, analgesia e ficou em vigilância clínica apertada, nas primeiras 48h, mantendo-se sempre hemodinamicamente estável, com boa diurese, sem hematúria e sem sinais de irritação peritoneal. Efetuou TC ao 2º e 5º dias, que não revelaram outras alterações, com exceção de reduzido derrame peritoneal. O doente teve alta ao 7º dia e já foi observado na CE mantendo-se sem evidência de complicações.

Resultados e conclusões: Atualmente a suspeita de violação do espaço abdominal por arma não condiciona obrigatoriamente realização de exploração cirúrgica. No caso de instabilidade hemodinâmica, sinais de peritonite ou evisceração, a laparotomia deve ser realizada de imediato.

Em hospitais com capacidade cirúrgica 24h, doentes bem selecionados, podem ser geridos de forma não invasiva. O doente deve ser informado da eventual mudança de estratégia a qualquer momento, se houver alteração clínica ou imagiológica a favorecer a abordagem cirúrgica.

PO 20

TAILGUT CYST – UM TUMOR RARO NUMA LOCALIZAÇÃO MUITO RARA

Margarida Bessa; Vasco Silva Cardoso;
Filipa Campos Costa; Ana Monteiro;
Cristina Maia Santos; José Guerreiro
Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

O *tailgut cyst* ou hamartoma retrorretal é um tumor congénito raro, com origem num remanescente embrionário do intestino posterior, localizado maioritariamente no espaço pré-sagrado ou retrorretal. A incidência estimada é de 1/40.000, é 5 vezes mais comum no sexo feminino, e manifesta-se mais frequentemente entre os 30 e os 60 anos. É maioritariamente assintomático, sendo de difícil deteção e de diagnóstico tardio. Quando atinge dimensões superiores, pode causar efeito de massa local, e sintomas como obstipação, tenesmo e dor retal ou lombo-sagrada. Os exames de imagem como TC e RMN são essenciais no diagnóstico. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica, que deve ser realizada para evitar complicações, como abscesso ísquio-anal, fístula anorretal, hemorragia ou transformação neoplásica. O tipo histológico maligno mais frequente é o adenocarcinoma, seguido do tumor carcinóide.

Apresentamos o caso de uma mulher de 42 anos, com uma massa peri-anal anterior, indolor, de consistência elástica, superfície lisa e aderente aos planos profundos, sem continuidade vaginal. A RMN pélvica revelou uma lesão quística entre a margem externa do ânus e a vulva, com morfologia “em lágrima”, com dimensões de 18 x 9 x 8 mm. A lesão foi excisada e o exame anátomo-patológico foi compatível com *tailgut cyst*.

Assim, embora se localize quase exclusivamente no espaço retrorretal, o *tailgut cyst* apresentado localiza-se na região pré-anal, tratando-se assim de uma apresentação muito rara de um tumor raro.

PO 21

“CORPO ESTRANHO NO ÂNUS” – UMA APRESENTAÇÃO INVULGAR DE COLITE ISQUÉMICA

Mariana Dias Capinha;
Mário Rui Ferreira Gomes Ribeiro Gonçalves;
Catarina Silva Araújo
Hospital de Braga

Introdução: A colite isquémica é caracterizada pela hipoperfusão do cólon resultando na sua inflamação e conseqüentemente em lesão tecidual. Estima-se que a sua incidência possa ser mais elevada do que o registado, visto que muitos casos são subdiagnosticados ou mesmo diagnosticados erroneamente. A apresentação clínica é inespecífica incluindo dor e distensão abdominal, diarreia, retorragias, ou mesmo sinais de peritonite.

Objetivos: Com o presente trabalho pretendemos apresentar um caso clínico de apresentação atípica de colite isquémica e uma revisão bibliográfica sobre o tema.

Material e métodos: Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino de 94 anos, acamada e institucionalizada. Foi transportada para o serviço de urgência por retorragias e presença de um corpo estranho na região anal. Apenas foi referida a presença de dejeções diarreicas nos três dias prévios. Ao exame objetivo apresentava retorragias e a exteriorização de um corpo estranho de tonalidade escurecida pelo ânus com lúmen bem definido sugestivo de mucosa intestinal necrosada. Como complemento ao exame objetivo foi realizada uma tomografia computadorizada abdominal que apresentava alterações compatíveis com colite isquémica. O exame histológico do corpo estranho revelou parede cólica completa necrosada. Decidiu-se internar a doente ao cuidado da Cirurgia Geral. Para a revisão bibliográfica foi realizada uma revisão da literatura em língua inglesa nos últimos anos através da Medline e Cochrane

Library. A pesquisa foi realizada no dia 24 de fevereiro de 2021. Os termos MESH selecionados incluíram ("ischaemic colitis" OR "colitis, ischemic" [MeSH Terms] OR ("colitis" AND "ischemic" OR "ischemic colitis" OR ("ischemic" AND "colitis" AND (y_5) AND (humans) AND (English)). Duzentos e vinte e quatro artigos foram selecionados na pesquisa inicial, contudo devido à sua relevância e adequação apenas foram analisados nove artigos.

Resultados e conclusão: A doente esteve internada durante onze dias no serviço de Cirurgia Geral, onde realizou analgesia, fluidoterapia e antibioterapia. À data da alta o quadro de colite isquémica apresentava-se resolvido. Após um evento agudo, as *guidelines* não são concretas sobre a necessidade de vigilância e o seu período. Assim, são necessários mais estudos sobre modificações do estilo de vida, profilaxia secundária e período de acompanhamento perante um caso de colite isquémica.

PO 22

PSUDODIVERTICULO GIGANTE DO CÓLON

Gonçalo Guidi; Ana Melo; João Gaspar
CHTMAD

Introdução: A doença diverticular do cólon é uma importante causa de admissão hospitalar nos países ocidentais, intimamente relacionada com os hábitos de vida (obesidade, dieta, sedentarismo, entre outros).

Os divertículos desenvolvem-se em zonas de fraqueza do cólon, nomeadamente nos pontos em que os vasa recta penetram na camada muscular.

Apesar da denominação de divertículo, estes são na verdade falsos divertículos, pois apenas a camada mucosa e submucosa do cólon herniam através da camada muscular, ficando apenas cobertas por serosa.

Divertículos gigantes do cólon são uma complicação incomum da doença diverticular e caracterizam-se por divertículos maiores que

4 cm, usualmente preenchidos por gás, fezes ou sangue, tendo origem maioritariamente no cólon sigmoide.

Caso clínico: Mulher, 60 anos. Recorre ao serviço de Urgência por desconforto abdominal com semanas de evolução, com agravamento para dor abdominal epigástrica intensa, com cerca de 2 horas de evolução associada a episódio de vômito. Referia obstipação crónica e negava perdas hemáticas digestivas. Ao exame objectivo apenas de salientar ligeira dor a palpação abdominal, associada a tumefacção palpável em todo o epigastro e flanco esquerdo. Analiticamente sem alterações de relevo. Radiografia abdominal com lesão esferóide gasosa, volumosa, de contornos regulares, localizada no mesogastro. Sem pneumoperitонеu. Pedida TAC abdomino-pélvico que revelou um pseudodivertículo do cólon sigmoide, distendido por ar, com cerca de 10.6 cm.

Comentários: Apesar de a doença diverticular do cólon ser uma patologia comum nos países ocidentais, divertículos maiores que 4 cm são incomuns. Tendo em conta que os mesmos têm, na sua maioria, origem no cólon sigmoide, o seu tratamento passa por sigmoidectomia com anastomose. Em casos selecionados, podem também ser realizada apenas diverticullectomia.

PO 23

INFECÇÃO POR BACTÉRIAS PRODUTORAS DE β – LACTAMASES DE ESPECTRO ESTENDIDO EM PACIENTES COM COLECISTITE AGUDA SUBMETIDOS A CIRURGIA

João Carvas¹; Ana Rodrigues¹; Júlia Granda¹; Diego Perez¹; Madalena Alves²; Cristina Nunes³; Lília Meireles¹

¹Serviço de Cirurgia Geral, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal; ²Serviço de Patologia Clínica, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal; ³GCL-PPCIRA, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal

Introdução: A colecistite aguda, pode levar a infeções retrógradas da via biliar. O seu tratamento é primariamente cirúrgico, mas o uso inicial de antibióticos é recomendado para todos os graus de severidade. O crescente isolamento de estirpes bacterianas resistentes aos antibióticos mais utilizados, torna essencial a compreensão do perfil microbiológico nesta patologia.

Métodos: Foram analisados retrospectivamente os processos dos pacientes submetidos a colecistectomia urgente por colecistite aguda no serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Bragança, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017.

Resultados: Neste período foram realizadas 259 colecistectomias por colecistite aguda. A maioria dos doentes eram do sexo masculino (~60%) com uma mediana de idade de 73 anos (variação: 19 - 98 anos). Quanto a comorbilidade 21,4% dos pacientes apresentavam diabetes mellitus e mais de metade hipertensão arterial. Os valores de Índice de Comorbilidade de Charlson mostraram que 45% apresentavam valores iguais ou superiores a quatro. Foram colhidas amostras de líquido biliar em 45,4% dos doentes operados, com isolamentos positivos em 51,7% destes. Foram isoladas vinte estirpes diferentes de bactérias, na sua maioria Gram-nega-

tivo (80,3%), nomeadamente *Escherichia coli* (45,5%) e *Enterobacter cloacae* (10,6%) e *Klebsiella pneumoniae* (10,6%). Verificou-se o isolamento de bactérias produtoras de ESBL (ESBL+) em quatro doentes (6,6%), apenas um com infeção claramente associada aos cuidados de saúde. Para além destas isolaram-se seis estirpes com resistências a fluoroquinolonas e a cefalosporinas de 3ª geração não-ESBL+. A presença de uma estirpe com resistência antibiótica alargada (ESBL+ ou não ESBL) associou-se a um tempo de internamento mais prolongado e a mais complicações no internamento.

Conclusão: Existe uma elevada prevalência de CA na nossa instituição, com uma baixa incidência de isolamentos microbiológicos biliares de bactérias ESBL+. A sua baixa incidência não suporta a ideia de recomendar a sua cobertura de maneira empírica. Apesar disso a presença de bactérias resistentes associou-se a tempos de internamento mais longos e mais complicações.

PO 24

ADENOCARCINOMA DUODENAL EM DOENTE COM SÍNDROME DE LYNCH – RELATO DE CASO

Ricardo Vaz-Pereira; António Oliveira; Ana Monteiro; Urânia Fernandes; Gonçalo Guidi; Daniela Martins; Clara Leal; Bruno Vieira; Francisca Freitas; Carolina Marques; João Pinto-de-Sousa
CHTMAD

A síndrome de Lynch é uma doença autossómica dominante, causada por mutações germinativas em genes reparadores de DNA, caracterizada por um risco aumentado de várias neoplasias. Relatamos um caso de uma doente com uma variante rara de mutação do gene MLH1 (MutL homolog 1) que foi submetida a resseção de um adenocarcinoma duodenal. Mulher de 65 anos com síndrome de Lynch, com antecedente de adenocarcinoma da transição retossigmoide localmente avançada

do, submetida a ressecção anterior do reto, histerectomia total, anexectomia bilateral e ileocolectomia com colostomia terminal em 2006. Em 2018 foi submetida a hemicolecotomia direita por adenocarcinoma do cólon ascendente, tendo sido identificada, em estudo genético, a variante c.1061del p. (Gly354Alafs*13) no gene MLH1. Em 2021, foi diagnosticada anemia de novo por défice de ferro. No estudo imagiológico, foi detetada uma lesão vegetante estenosante da quarta porção duodenal, confirmada por videocápsula e enteroscopia distal, cuja biópsia revelou adenocarcinoma. A doente foi submetida a ressecção cirúrgica com anastomose duodenojejunal sem intercorrências. No pós-operatório, complicou com deiscência anastomótica, que foi tratada conservadoramente. À presente data, a doente encontra-se assintomática.

O risco de carcinoma do intestino delgado nos doentes com síndrome de Lynch é raro (0.4-12%), pelo que o seu rastreio não é custo-efetivo. No entanto, nos doentes com dor abdominal ou anemia por défice de ferro, o atingimento do intestino delgado, especialmente do duodeno distal e do íleo terminal, deve ser descartado.

PO 25

PREVENÇÃO DA DEISCÊNCIA DA FERIDA OPERATÓRIA NA AMPUTAÇÃO ABDOMINO-PERINEAL

Liliana Miranda^{1,2}; Sandra Costa²; Patricia Pires³; António Oliveira⁴; Paulo Alves⁵

¹Enfermeira Estomaterapeuta no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro; ²Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa-Instituto Ciências da Saúde; ³Doutoranda em Gerontologia e Geriatria na Universidade de Aveiro; ⁴Assistente Graduado Sénior em Cirurgia Geral no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro; ⁵Professor Assistente na Universidade Católica Portuguesa-Instituto Ciências da Saúde

Introdução: A amputação abdomino-perineal (AAP) é uma técnica cirúrgica que consiste na remoção alargada e em bloco do cancro do recto baixo, incluindo os gânglios linfáticos, através da abordagem combinada abdomino-perineal. Esta técnica cirúrgica pode apresentar taxas de infeção da ferida operatória entre 14 e 80%.

Objetivos: Demonstrar a importância da Terapia de Pressão Negativa (TPN) na prevenção da deiscência da ferida operatória na AAP; - apresentar a experiência na prevenção da deiscência da ferida operatória na AAP.

Material e métodos: Realizado um estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo, que inclui todos os doentes submetidos a AAP entre os anos 2016 e 2020 num hospital central da região norte. Para sustentar teoricamente a problemática em estudo foi ainda realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas.

Resultados e discussão: Embora escassos, os estudos consultados sobre a temática explanam as várias complicações associadas à AAP, sendo que a mais prevalente é a infeção da ferida perineal e a consequente deiscência de sutura. Parece haver uma relação directa entre a realização de quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes e a deiscência da ferida

operatória. A investigação realizada no hospital central da região norte permitiu-nos concluir o quão importante é prevenir as complicações da AAP, nomeadamente a deiscência da ferida operatória utilizando a TPN incisional, atendendo a que grande parte dos indivíduos analisados apresentaram fatores de risco como radioterapia previamente à cirurgia.

Conclusão: Tratando-se ainda de um estudo piloto, é necessário uma amostra maior, que nos permita tirar conclusões mais consistentes. Contudo, parece ser um problema bastante comum a esta técnica cirúrgica, pelo que urge a necessidade de criação de um protocolo de aplicação de TPN incisional a todos os doentes submetidos a AAP.

Referências: Ortiz H., Ciga M.A., Armendariz P. *et al.* “*Multicentre propensity score-matched analysis of conventional versus extended abdomino-perineal excision for low rectal cancer*” *Br J. Surg* 2014; 101: 874–82.

Corrêa, J. H. S. (2012). Ressecção abdominoperineal do reto após falha do tratamento radioquimioterápico do carcinoma anal. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.5.2012.tde-31072012-085512. Recuperado em 2021-05-19, de www.teses.usp.br

PO 26

ESTEATONECROSE MESENTÉRICA COMO ACHADO HISTOLÓGICO: RELATO DE UM CASO

Clara Leal; Carina Gomes; Ricardo Vaz Pereira; Urânia Fernandes; Gonçalo Guidi; Daniela Martins; Bruno Vieira; Carolina Marques; Francisca Freitas; João Pinto-de-Sousa

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A esteatonecrose corresponde à necrose de tecido adiposo. A torsão de apêndices epiplóicos, o enfarte do grande omento, a pancreatite e o trauma abdominal são etiologias comuns. A histologia desta

condição revela focos de destruição de tecido adiposo que resultam da libertação anormal de enzimas digestivas. Nas infeções bacterianas, a presença de infiltrado inflamatório, com abundantes granulócitos neutrófilos que libertam enzimas lisossomais, pode constituir um mecanismo acrescido a induzir a necrose dos adipócitos.

Objetivos: Relato de um caso clínico de perfuração intestinal com o estudo histológico a relatar esteatonecrose do tecido mesentérico, e realização de uma revisão deste achado.

Materiais e métodos: Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 71 anos de idade, que deu entrada no serviço de Urgência por um quadro de dor abdominal generalizada, obstipação e febre com três dias de evolução. O exame objetivo revelava um abdómen distendido, com dor generalizada à palpação, com defesa e dor à descompressão. Do estudo analítico destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios e da lactato desidrogenase. Realizou TAC abdominal e pélvica que revelou sinais de perfuração de ansa de delgado e achados de pneumatose/pseudopneumatose no cólon ascendente, que não permitiam excluir alterações de isquemia. A doente foi submetida a laparotomia exploradora, com identificação de abscesso mesentérico e suspeita de perfuração tamponada de ansa de delgado. Foi realizada enterectomia segmentar e drenagem do abscesso. A anatomia patológica revelou lesões de peritonite associadas a necrose adiposa de tipo proteolítico dos tecidos mesentéricos, compatíveis com lesões secundárias a pancreatite aguda. **Resultados e conclusões:** O presente trabalho descreve o abscesso mesentérico como forma de apresentação clínica da perfuração intestinal, associado a uma histologia atípica.

PO 27

S. GURVITS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Urânia Fernandes; Ricardo Vaz Pereira; Gonçalo Guidi; Daniela Martins; Clara Leal; Bruno Vieira; Carolina Marques; Francisca Freitas; Nádía Tenreiro; Rita Marques; João Pinto-de-Sousa
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O síndrome de Gurvits ou necrose esofágica aguda (NEA) é uma doença incomum, diagnosticada por endoscopia digestiva alta (EDA) quando há a observação de “esófago negro”. Tem uma prevalência de 0,2% e uma incidência de 0,01 a 0,0125%, sendo mais comum em homens idosos. A apresentação clínica mais frequente é a hemorragia digestiva alta (65%) mas também podem estar presentes dor epigástrica, desconforto retrosternal e disfagia. A mortalidade da NEA pode atingir os 32% e geralmente é causada por complicações e condicionada por outras comorbilidades. Apenas cerca de 100 casos foram descritos até 2014.

Objetivos: Pretende-se realizar uma revisão literária sobre uma patologia rara, a propósito de um caso clínico.

Material e métodos: Descreve-se um caso de um homem de 81 anos que recorre ao serviço de urgência por dor abdominal difusa em cólica com menos de 24 horas de evolução, associada a um episódio de hematemeses, sem repercussão hemodinâmica nem analítica. A endoscopia digestiva alta revelou NEA com extensão para o corpo e antro gástrico distal, de etiologia não esclarecida.

Resultados e conclusões: O doente não tolerou alimentação pela sonda nasoentérica, pelo que se optou pela realização de jejunostomia de alimentação. Posteriormente desenvolveu intolerância da via oral devido a estenose esofágica, o que obrigou à realização de dilatação esofágica endoscópica. A NEA é uma doença rara que deve ser um

diagnóstico diferencial a considerar em caso de hemorragia digestiva alta, dada a sua elevada morbimortalidade.

PO 28

DEISCÊNCIA DA ANASTOMOSE EM CIRURGIA COLORRETAL – UM ESTUDO COORTE RETROSPECTIVO

Marisa Ferreira; Inês Sales; Diana Parente; Miguel Neves; Inês Sousa; Alexandra Rocha; Nuno Rama
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A deiscência da anastomose (DA) após ressecções colorretais consiste na complicação cirúrgica major mais frequente. A sua deteção precoce é determinante na redução da mortalidade.

Objetivos: Neste estudo pretende-se avaliar a incidência, critérios de diagnóstico, morbidade e mortalidade associados à DA.

Material e métodos: Apresenta-se um estudo coorte, retrospectivo descritivo, unicêntrico, onde foram incluídos doentes consecutivos, submetidos a cirurgia com anastomose colorretal por neoplasia colorretal, num período de 4 anos (2013-2016).

Resultados e conclusões: De 2013 a 2016, um total de 480 doentes foi incluído, 37 dos quais (7%) tiveram deiscência da anastomose. A DA foi detetada, em média, 6,8 dias após a cirurgia, mais frequentemente ao 5º dia pós-operatório. Dos 37 doentes, 25 foram diagnosticados com base em critérios clínicos e os restantes através de imagem por TAC. Complicações Clavien-Dindo grau 3 e 4 foram significativamente superiores no grupo com DA (70.2% vs. 7.7%, $p < 0.0005$). A mortalidade foi maior no grupo com DA (21.6% vs. 4.7%, $p < 0.0005$). Em suma, a maioria dos doentes foi diagnosticada precocemente através da clínica. O estudo imagiológico foi associado a um atraso significativo no diagnóstico. O grupo com DA teve maior morbidade, mortalidade e taxa de reoperação. A

reoperação precoce poderá ter um impacto positivo na redução da taxa de 'failure to rescue', contudo mais estudos prospetivos são necessários.

PO 29

INCONTINÊNCIA FECAL: UMA ABORDAGEM GLOBAL

Patrícia Pires¹; Telma Pires²; Ana Araújo³;
António Oliveira²; Liliana Miranda²
¹Aces Douro I- Marão e Douro Norte; ²Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro; ³Escola Superior de Saúde da Universidade do Porto

Introdução: A incontinência fecal (IF) é definida pela perda involuntária ou incapacidade de controlar a eliminação do conteúdo do intestino, como fezes e gases, através do ânus. A IF é uma condição que limita o estilo de vida, com múltiplas etiologias, tem um impacto psicossocial devastador e uma clara diminuição da qualidade de vida, devido à angústia, ansiedade e vergonha. Afeta 2 a 24% da população adulta. Existem três subtipos: incontinência passiva (evacuação involuntária e inconsciente de fezes ou gases em repouso), incontinência de urgência (evacuação de conteúdo fecal apesar de tentativas ativas para reter a matéria intestinal) e incontinência mista (concomitância de ambas). A gravidade da IF varia desde a eliminação não intencional de gases, a perda de conteúdo fecal líquido até à evacuação completa do conteúdo sólido intestinal. A primeira linha de intervenção no tratamento da IF deve ser a conservadora e esta inclui: alterações alimentares e comportamentais, medicação reguladora do trânsito intestinal e a reabilitação do pavimento pélvico, daí a importância de uma abordagem global.

Objetivos: Abordar a importância de uma equipa multidisciplinar na avaliação e tratamento da IF, incluindo os efeitos de um programa de intervenção de reeducação dos MPP, com recurso a variadas técnicas.

Material e métodos: Este trabalho é de natureza qualitativa, descritivo e exploratório, realizado através da revisão da literatura, desde a recolha e análise de vários artigos científicos relativos à temática.

Resultados: A incontinência fecal exige uma abordagem sistematizada desde a sua avaliação inicial, diagnóstico e tratamento. Os instrumentos de avaliação e diagnóstico devem incluir: . Anamnese . Exame físico . Índice de Wexner . Escala de Bristol . *Fecal Incontinence Quality of Life* . Defecografia por Ressonância Magnética . Intervenção global: . diário de sintomas . gestão da alimentação . gestão da IF com agentes expansores do volume . treino intestinal. . técnicas / posturas de evacuação . controlo do esfíncter anal externo . treino dos músculos do pavimento pélvico . programa de resistência à urgência fecal . *biofeedback* anorectal . intervenção cirúrgica (plastia de esfíncter, neo-esfíncteres e colostomia . suporte emocional

Conclusão: A abordagem da incontinência fecal é extremamente complexa, daí a necessidade de intervenção multidisciplinar. É imperativo desenvolver estudos randomizados controlados, de maior amostragem, com *follow-up*, para esclarecer quanto tempo se mantêm os efeitos da intervenção das diferentes áreas, desde a reeducação de hábitos e estilos de vida, reabilitação e tratamento cirúrgico.

PO 30

DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG NO ADULTO: RELATO DE UM CASO

Clara Leal; Urânia Fernandes; Rita Marques;
Nádia Tenreiro; Ricardo Vaz Pereira; Gonçalo Guidi;
Daniela Martins; Bruno Vieira; Carolina Marques;
Francisca Freitas; João Pinto-de-Sousa
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A doença de Hirschsprung (DH) é uma doença congénita, diagnosticada tipicamente na infância. Na sua patogénese está

um defeito na migração crânio-caudal dos neuroblastos, deixando um segmento intestinal agangliônico e, conseqüentemente, não funcional. Apesar de incomum, a DH pode ser diagnosticada na idade adulta. No entanto, é um diagnóstico frequentemente negligenciado, e a sua incidência nesta faixa etária estará, provavelmente, subestimada. A apresentação clínica típica é um quadro de distensão abdominal e obstipação crônica refratária. Uma parte significativa destes doentes vai desenvolver um agravamento progressivo dos sintomas ou complicações com necessidade de cirurgia urgente. O tratamento definitivo é cirúrgico, estando os procedimentos de Duhamel, Swenson e Soave entre os mais realizados. No entanto, a evidência existente é, maioritariamente, relativa à idade pediátrica, e insuficiente para a elaboração de recomendações específicas para a população adulta.

Objetivos: Relato de um caso clínico com revisão da literatura sobre a DH no adulto, incluindo as técnicas cirúrgicas.

Materiais e métodos: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 44 anos, com história de obstipação crônica desde a infância, com necessidade de laxantes para manter o trânsito intestinal. O doente recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de oclusão intestinal parcial. No exame objetivo, apresentava dor à palpação dos quadrantes inferiores do abdómen, com tumefação palpável na fossa ilíaca direita. Do estudo imagiológico realizado destacava-se um padrão exuberante de aerocolia e distensão cólica. A tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal e pélvica revelou ainda área de espessamento circunferencial da parede do reto. O episódio de urgência resolveu com administração de enema. O doente completou o estudo em contexto de ambulatório, no qual se excluiu a presença de neoformação. Realizou endoscopia

digestiva baixa que relatou dilatação do cólon sigmoide e alterações cicatriciais do reto. A realização de biópsias "*bite-on-bite*" proximais à linha ano-pectínea, revelou achados histológicos e imuno-histoquímicos compatíveis com doença de Hirschsprung.

Resultados e conclusões: O presente trabalho descreve o caso de uma doença, tipicamente da infância, diagnosticada na idade adulta, e apresenta uma revisão da literatura relativa ao tratamento cirúrgico.

Presidente de Honra Dr. Pedro Correia da Silva

Presidente Dr. António Oliveira

Comissão Organizadora

Dr. André Marçal
Dra. Carina Gomes
Dra. Cátia Ferreira
Dra. Irene Martins
Dr. José Carlos Laje
Dra. Laura Carvalho
Enfa. Liliana Miranda
Dra. Nádia Tenreiro

Comissão Científica

Prof. Doutor Pinto de Sousa
Dr. Artur Machado
Dr. Fernando Próspero
Dr. Francisco Taveira
Dr. João Ramos de Deus
Dr. Jorge Lage
Dr. Paulo Avelar
Dra. Rita Marques

Júri de trabalhos

Dr. José Cardoso
Dr. Paulo Jorge Sousa

Patrocínios Científicos



Major Sponsors



Sponsors



Apoio



Organização e Secretariado



Calçada de Arroios, 16 C Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: paula.cordeiro@admedic.pt | W: www.admedic.pt