

## Artigo Original

# DEZ ANOS DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO EM DERMATOLOGIA NO HOSPITAL DE BRAGA

Catarina Araújo<sup>1</sup>, Cristiana Macedo<sup>2</sup>, Cristina Resende<sup>1</sup>, A. Fernando Pardal<sup>3</sup>, Celeste Brito<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Interna do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/Resident, Dermatology and Venereology

<sup>2</sup>Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant, Dermatology and Venereology

<sup>3</sup>Director clínico, Director do Serviço de Anatomia Patológica/Consultant Chief, Head of Department of Pathological Anatomy

<sup>4</sup>Chefe de Serviço, Directora do Serviço de Dermatologia e Venereologia/Consultant Chief, Head of Department of Dermatology and Venereology

Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal

**RESUMO – Introdução:** A Cirurgia Ambulatória ocupa uma posição de destaque na cirurgia programada, incluindo na Dermatologia, especialidade médico-cirúrgica de ambulatório por excelência. No Hospital de Braga foi o primeiro serviço a realizar Cirurgia de Ambulatório. **Métodos:** Efectuou-se um estudo retrospectivo dos doentes com patologia dermatológica submetidos a tratamento cirúrgico/laser em Cirurgia Ambulatória entre Janeiro 2002 e Dezembro 2011. Foram analisadas as características epidemiológicas e clinico-cirúrgicas. **Resultados:** Foram realizadas 1494 intervenções, com crescimento exponencial desde 2009 (N=641). Mais de 40% aplicaram-se a patologias malignas (95 melanomas; 366 carcinomas basocelulares; 141 carcinomas espinocelulares; um dermatofibrosarcoma; um fibroxantoma atípico e um linfoma cutâneo). Relativamente ao melanoma, o género feminino foi o mais afetado (74,7%) e a maioria ocorreu nos membros inferiores (39,4%). Nos casos de cancro cutâneo não-melanoma, 60,6% eram do sexo feminino e a maioria ocorreu na face (83,4%). **Conclusão:** O conhecimento epidemiológico dos tumores cutâneos torna necessário renovar o conceito de Cirurgia Ambulatória na gestão dos serviços de Dermatologia para assegurar uma capacidade de resposta eficiente, segura e em tempo útil.

**PALAVRAS-CHAVE** – Neoplasias da pele; Procedimentos cirúrgicos ambulatórios; Procedimentos cirúrgicos dermatológicos; Terapêutica Laser.

## TEN YEARS OF AMBULATORY SURGERY IN DERMATOLOGY IN HOSPITAL DE BRAGA

**ABSTRACT – Introduction:** Ambulatory Surgery holds a prominent position in the elective surgery, including in Dermatology, an ambulatory medical-surgical specialty par excellence. Our service was the first to perform ambulatory surgery in Hospital de Braga. **Methods:** We conducted a retrospective study of patients with dermatological pathology who underwent surgery/laser in ambulatory setting between January 2002 and December 2011. Epidemiological and clinical-surgical characteristics were analyzed. **Results:** Were performed 1494 interventions with exponential growth since 2009 (N=641). Over 40% applied to malignant tumors (95 melanoma, 366 basal cell carcinomas, 141 squamous cell carcinomas, one dermatofibrosarcoma; one atypical fibroxanthoma and one cutaneous lymphoma). Regarding melanoma, the female gender was the most affected (74.7%) and the majority occurred in the lower limbs (39.4%). In cases of non-melanoma skin cancer, 60.6% were female and the majority occurred in the face (83.4%). **Conclusion:** The epidemiological knowledge of cutaneous tumors makes it necessary to renew the concept of Ambulatory Surgery in the management of dermatology services to ensure an efficient, safe and on time response.

**KEY-WORDS** – Ambulatory surgical procedures; Dermatologic surgical procedures ; Laser therapy; Skin neoplasms.

## Artigo Original

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

*No conflicts of interest.*

**Suporte financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

*No sponsorship or scholarship granted.*

**Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent:** Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo. *The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.*

Recebido/Received - Janeiro/January 2014; Aceite/Accepted – Fevereiro/February 2014

### Correspondência:

Dr.<sup>a</sup> Catarina Araújo

Serviço de Dermatologia e Venereologia

Hospital de Braga

Sete Fontes – São Victor

4710-243 Braga, Portugal

### INTRODUÇÃO

A cirurgia de ambulatório consiste na intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *leges artis*, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia<sup>1</sup>. (*Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 2000*).

A cirurgia de ambulatório começou no século XX, com o primeiro serviço inaugurado em 1961, no *Butterworth Hospital*, em Michigan<sup>2</sup>. Porém, o maior estímulo para o seu desenvolvimento foi a instalação do *Surgicenter Phoenix*, em 1970, nos Estados Unidos da América. Na Europa o crescimento da cirurgia de ambulatório tem sido mais lento. Em Portugal começou a desenvolver-se, no início da década de 90, no Hospital Geral de Santo António, no Porto, e no Hospital de São Pedro, em Vila Real. Em 1998 a criação da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA) possibilitou a divulgação do conceito.

A cirurgia do ambulatório representa um desafio em relação à cirurgia convencional, pois permite minimizar o impacto da hospitalização na dimensão socioafectiva do doente, possibilitando-lhe uma reabilitação mais precoce.

As numerosas vantagens bem documentadas em relação à cirurgia com internamento são:

- Para os doentes (redução do número de infecções nosocomiais, menor afastamento da vida familiar, aceleração da reinserção familiar e

profissional e as intercorrências mais frequentes são dores, náuseas e vômitos);

- Para o Sistema de Saúde (redução das despesas hospitalares e disponibilidade de um maior número de camas para doentes graves)<sup>3-4</sup>.

São princípios subjacentes ao conceito de Cirurgia de Ambulatório qualidade e segurança pelo que a Direcção Geral de Saúde (2000) definiu critérios sociais e clínicos mínimos a ter em conta:

- Transporte assegurado em veículo automóvel;
- Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital;
- Acesso a comunicações (telefone);
- Assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas;
- Idealmente ASA I ou ASA II;
- Estabilidade clínica e psíquica;
- Intervenção que se prevê de curta duração (cerca de 60 minutos);
- Desconforto no pós-operatório, passível de controlo com medicação por via oral.

No entanto, estes critérios podem ser adaptados face às características da instituição hospitalar, da região e da população que serve (DGS, 2000).

A Dermatologia é uma especialidade médico-cirúrgica de ambulatório por excelência pelo que tem revelado um interesse crescente.

Os Procedimentos cirúrgicos de Dermatologia que são realizados em Cirurgia de Ambulatório estão descritas na Tabela 1.

É objetivo deste estudo analisar as características epidemiológicas, médico-cirúrgicas e morbidade dos

doentes com patologia dermatológica submetidos a tratamento cirúrgico/laser durante um período de 10 anos em Programa de Cirurgia de Ambulatório no Hospital de Braga.

**Tabela 1 - Procedimentos cirúrgicos de dermatologia em cirurgia de ambulatório**

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (Dermatologia em Cirurgia de Ambulatório)
• Excisão de lesões benignas (encerramento direto) >3cm de diâmetro ou malignas (tronco ou membros)
• Excisão de lesões benignas ou malignas (encerramento direto) (cabeça, pescoço, mãos, pés, genitais ou mucosas)
• Excisão de lesões benignas ou malignas com plastias
• Curetagem / remoção mecânica de lesões benignas (>20 lesões)

## MATERIAL E MÉTODOS

### Doentes

Foi efetuado um estudo retrospectivo dos casos de doentes com patologia dermatológica submetidos a tratamento cirúrgico/laser em Cirurgia Ambulatória durante um período de 10 anos (entre Janeiro 2002 e Dezembro 2011). Foram incluídos 1 494 intervenções e procedeu-se à avaliação das características epidemiológicas e clinico-cirúrgicas através da consulta dos processos clínicos.

Analisaram-se os parâmetros epidemiológicos (idade à data do diagnóstico e sexo) e clinico-cirúrgicos (diagnóstico, localização, número de cirurgias e morbidade).

### Análise estatística

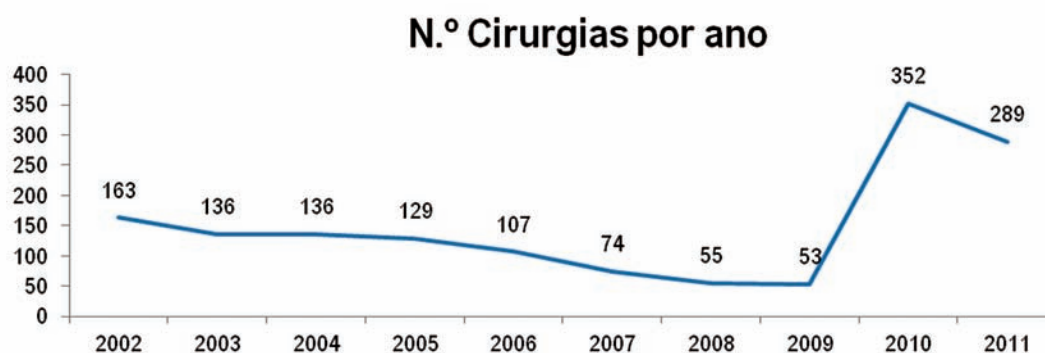
Os dados contínuos foram expressos em média  $\pm$  desvio padrão e as variáveis categóricas foram indicadas em prevalência.

A análise estatística foi efectuada com a aplicação informática SPSS Statistics 18.0® (IBM®, EUA).

## RESULTADOS

### Características da população

Ao longo de 10 anos foram realizadas 1 494 intervenções em programa de Cirurgia de Ambulatório no Serviço de Dermatologia de Braga correspondentes a 1 244 doentes com crescimento exponencial desde 2009 (N=641). Foram analisados 919 casos do género feminino (61,5%) e 575 do género masculino (38,5%) com uma idade compreendida entre os 6 anos e os 86 anos. A idade média à data da intervenção foi de 44.8 anos. A evolução do número de cirurgias realizadas por ano é demonstrada na Fig. 1. Foram registadas três complicações cirúrgicas pós-operatórias- hemorragia pós-operatória. A maioria (54,7%) dos procedimentos realizados foi por patologia benigna (766 dos casos) seguido de patologia maligna em 605 dos casos (43,2%) e patologia pré-maligna 29 casos (2,1%). Um terço dos procedimentos por patologia benigna ocorreu na faixa etária dos 0-15 anos. A maioria das patologias benignas observadas foram nevos melanocíticos em 321 casos (41,9%) e malformações vasculares em 265 casos (34,6%) com localização predominante na face e pescoço. Dos 605 casos de patologia maligna observaram-se 95 melanomas, 366 carcinomas basocelulares, 141 carcinomas espinocelulares, um dermatofibrosarcoma; um fibroxantoma atípico e um linfoma cutâneo.



**Fig 1 - Número de cirurgias dermatológicas realizadas por ano em programa de Cirurgia de Ambulatório.**

## Artigo Original

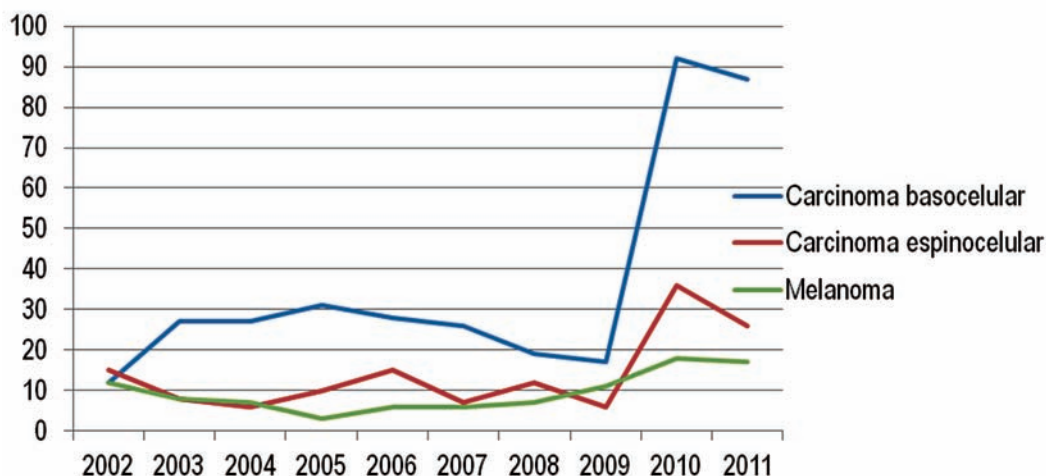


Fig 2 - Distribuição do número de cirurgias das principais neoplasias cutâneas malignas ao longo de 10 anos.

### Carcinoma basocelular

A distribuição do número de cirurgias, em programa de Cirurgia de Ambulatório, das principais neoplasias cutâneas malignas, ao longo dos 10 anos, é evidenciada na Fig. 2.

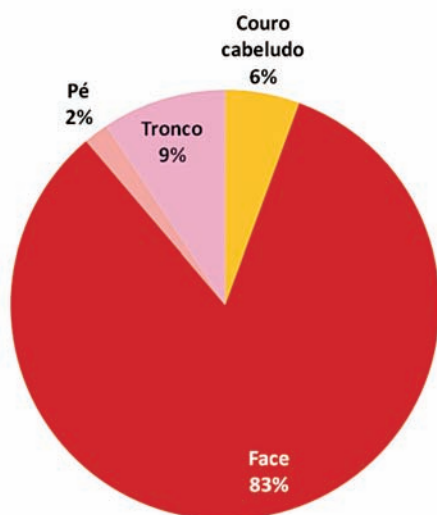
Foram submetidos a exérese cirúrgica 366 basaliomas com predomínio do sexo masculino em 63%. A idade média dos doentes à data do diagnóstico foi semelhante em ambos os géneros (género masculino: 71 anos e género feminino: 75 anos). A localização

principal em ambos os sexos foi a face (Fig. 3).

### Carcinoma espinocelular

Foram submetidos a exérese cirúrgica 141 carcinomas espinocelulares com predomínio discreto do sexo feminino (53%). A idade média dos doentes à data do diagnóstico foi semelhante em ambos os géneros (género masculino: 76 anos e género feminino: 82 anos). A localização principal em ambos os géneros foi a face (Fig. 4).

#### Localização no sexo feminino



#### Localização no sexo masculino

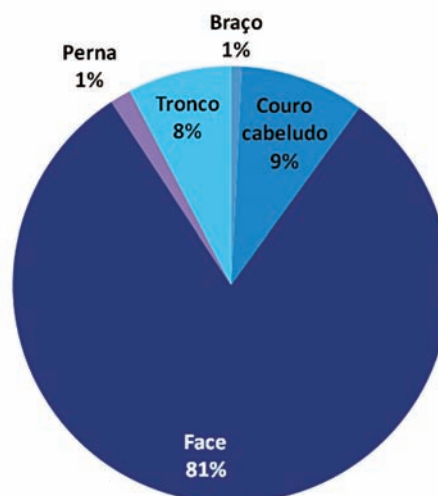


Fig 3 - Localização do carcinoma basocelular em ambos os sexos.

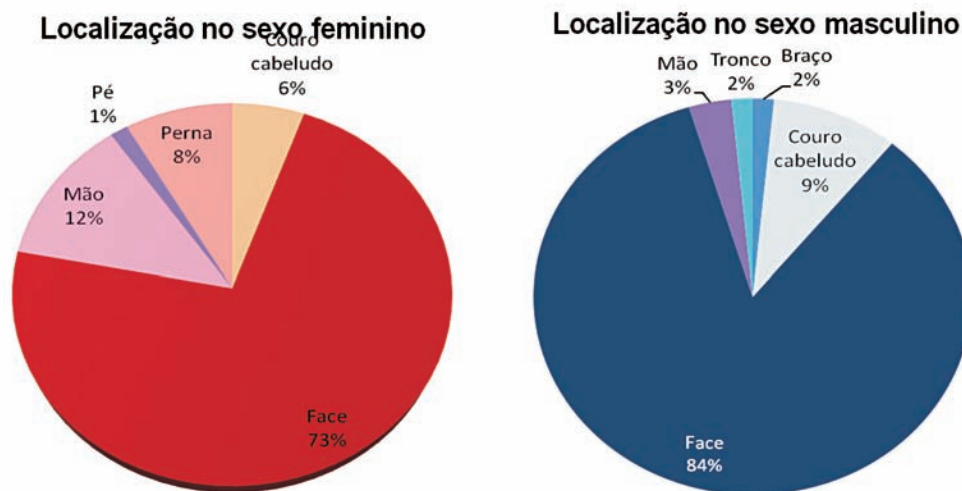


Fig 4 - Localização do carcinoma espinocelular em ambos os sexos.

## Melanoma Maligno

Foram submetidos a exérese cirúrgica 95 melanos malignos com predomínio do género feminino em 75%. A idade média dos doentes à data do diagnóstico foi semelhante em ambos os géneros (género masculino: 62 anos e género feminino: 63 anos). A localização principal em ambos os géneros foi a face. A localização principal no sexo masculino foi o tronco, enquanto que no sexo feminino foram as pernas. O subtipo histológico predominante foi o melanoma de extensão superficial seguido do melanoma lântigo maligno, melanoma nodular e melanoma acral lentiginoso (Fig. 5).

## DISCUSSÃO

O desenvolvimento das técnicas anestésicas e cirúrgicas, a incorporação de recursos para prevenção da dor, da náusea e do vômito, a melhoria da qualidade dos estabelecimentos e do sistema de saúde têm contribuído para o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório.

Nos últimos anos o crescimento tem sido de forma exponencial, incluindo em Portugal, representando no ano 2009 cerca de 50% da actividade cirúrgica programada a nível nacional. No nosso serviço o

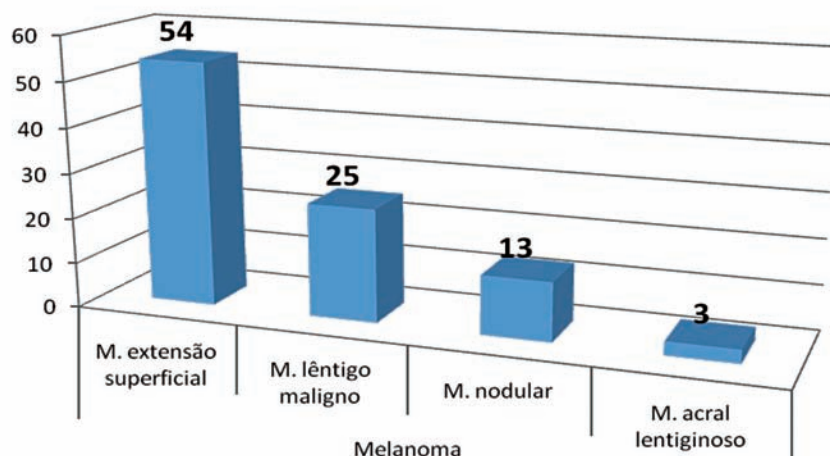


Fig 5 - Subtipos histológicos de melanoma.

## Artigo Original

aumento da atividade cirúrgica em cirurgia de ambulatório também apresentou crescimento exponencial a partir de 2009, com a criação do conceito de Bloco Operatório Periférico (BOP).

As neoplasias cutâneas malignas são um motivo frequente de referência ao serviço de Dermatologia que implicam uma abordagem medico-cirúrgica e vigilância em consulta de *follow-up*.

O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia cutânea maligna mais frequente nos indivíduos caucasianos, 4 a 5x mais frequente que o carcinoma espinocelular com uma incidência anual de 3-10%<sup>5-7</sup>. Ocorre predominantemente no sexo masculino e idosos e sobretudo em áreas com exposição solar abundante como a face. Apesar de raramente metastizar, podem causar destruição local extensa<sup>8</sup>. O carcinoma espinocelular (CEC) é a segunda neoplasia cutânea maligna mais comum, mais comum em áreas foto-expostas de homens e idosos e potencialmente agressiva<sup>9</sup>. Conjuntamente com o CBC correspondem ao cancro cutâneo não-melanoma (CCNM).

O melanoma maligno é um tumor derivado dos melanócitos que afeta predominantemente o sexo masculino (3:2). As pernas são o local mais frequente de melanoma nas mulheres enquanto o dorso é local mais frequentemente afetado nos homens.

Mais de 40% das cirurgias realizadas aplicaram-se a patologias malignas (95 melanomas; 366 carcinomas basocelulares; 141 carcinomas espinocelulares; um dermatofibrossarcoma; um fibroxantoma atípico e um linfoma cutâneo). A distribuição do número de cirurgias das principais neoplasias cutâneas malignas ao longo de 10 anos tem aumentado devendo-se ao diagnóstico precoce das lesões e aos avanços logísticos e tecnológicos com maior número de cirurgias realizadas e ao aumento geral da frequência de CCNM e melanoma maligno na população mundial. Relativamente ao melanoma, o sexo feminino foi mais afetado (74,7%) e a maioria destes ocorreu nos membros (39,4%). Nos casos de cancro cutâneo não-melanoma, 60,6% eram do género feminino e a maioria ocorreu na face (83,4%). A grande percentagem de casos de CBC e CEC ocorreram em áreas foto-expostas realçando a conhecida relação destas neoplasias com a radiação ultravioleta a longo prazo.

Estes tumores afectaram sobretudo doentes idosos mas verificou-se um predomínio do sexo feminino contrastando com o referido pela literatura onde a associação como sexo masculino é frequentemente relatada<sup>5</sup>.

### CONCLUSÃO

O sucesso da cirurgia de ambulatório depende de uma cuidadosa selecção de doentes e procedimentos adequados tanto cirúrgicos como anestésicos. A procura da qualidade e o respeito pelas regras são factores primordiais.

O conhecimento epidemiológico dos tumores cutâneos realça a importância da Cirurgia Ambulatória na gestão dos serviços de Dermatologia para assegurar uma capacidade de resposta eficiente, segura e em tempo útil.

### BIBLIOGRAFIA

1. Toftgaard C, Parmentier G. International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice. In: Lemos P, Jarret P, Phipip B, editors. Day Surgery- Development and Practice. Porto: International Association for Ambulatory Surgery; 2006. p. 35-59.
2. Davis JE, Sugioka K. Selecting the patient for major ambulatory surgery. Surgical and anesthesiology evaluations. Surg Clin North Am. 1987;67(4):721-32.
3. Jarret P, Staniszewski A. The development of ambulatory surgery and future challenges. In: Lemos P, Jarret P, Philip B, editors. Day surgery - Development and Practice. Porto: International Association for Ambulatory Surgery; 2006. p. 21-34.
4. Gudimentla V, Smith I. Pre-operative screening and selection of adult day surgery patients. In: Lemos P, Jarret P, Philip B, editors. Day Surgery - Development and Practice. 1 ed. Porto: International Association for Ambulatory Surgery; 2006. p. 125-37.
5. Roewert-Huber J, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, Kerl H. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. Br J Dermatol. 2007;157 Supp12:47-51.
6. Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, Fincham S, Coldman AJ, McLean DI, et al. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of non-melanocytic skin cancer. I. Basal cell carcinoma. Arch Dermatol. 1995; 131:157-63.
7. Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma (Part 1). J Am Acad Dermatol. 1991; 24:1-13.
8. Asilian A, Tamizifar B. Aggressive and neglected basal cell carcinoma. Dermatol Surg. 2005; 31:1468-71.
9. Preston DS, Stern RS. Non-melanoma cancers of the skin. N Engl J Med. 1992; 327:1649-62.