

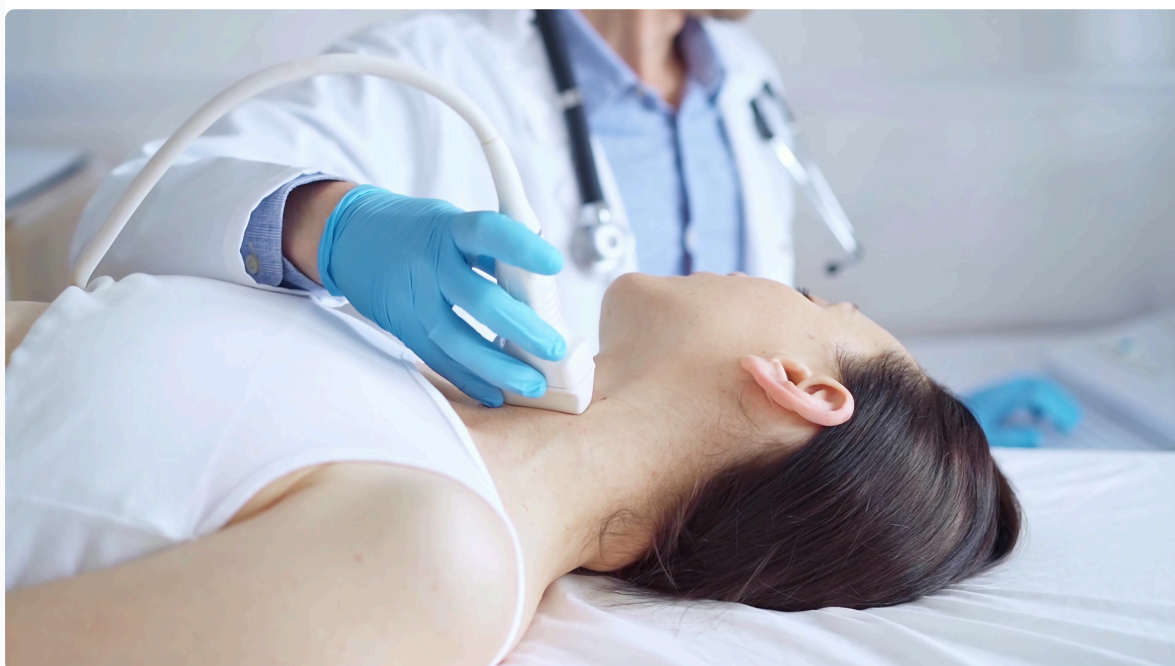


fevereiro 2026

Entrevista do mês

Na newsletter de fevereiro, entrevistámos Jaime Vilaça, MD, PhD, FEBS-MIS, cirurgião geral, professor associado do curso de Medicina da UFP e professor afiliado de cirurgia da UM, coordenador da unidade EI.MIS em Leiria, consultor e coordenador de cirurgia no Hospital da Luz, fundador e ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Minimamente Invasiva. O convidado abordou o tema da cirurgia endoscópica da tiroide, com especial enfoque na sua aplicabilidade em regime de ambulatório.

Cirurgia Endoscópica da Tiroide - Cirurgia sem cicatriz cervical Será elegível para Cirurgia Ambulatória?



1. A que corresponde a cirurgia mini invasiva da tiroide?

Jaime Vilaça (JV): A cirurgia endoscópica de tiroide corresponde à vídeo-cirurgia por acesso remoto, ocultando e minimizando as cicatrizes. As abordagens podem ser através da pele ou através da mucosa oral. São, portanto, abordagens que não deixam cicatriz no pescoço e que beneficiam a visão por magnificação da imagem.

2. Quais são os critérios utilizados para que um doente possa ser incluído neste regime de abordagem?

JV: Com 12 anos a praticar estas técnicas e mais de 400 doentes tratados, os critérios são hoje muito abrangentes. Incluímos no portfólio três abordagens distintas para lobectomia, tireoidectomia total ou istmectomia. A eleição dos doentes está dependente da experiência da equipa, da vontade do doente e de critérios clínicos. Formalmente excluídos estão os carcinomas com adenopatias regionais ou invasão extratiroideia e os casos de bócio mergulhante.

3. Que critérios de seleção e segurança estão definidos para que o doente seja escolhido para regime de ambulatório?

JV: Mais de 90% dos doentes sujeitos a lobectomia ou istmectomia têm alta menos de 24 horas após a intervenção. Considerando os critérios gerais de eleição para ambulatório, muitos destes doentes podem ser operados de manhã e ter alta 6 a 12 horas a seguir à intervenção. O risco hemorrágico é pequeno (5 na nossa série, 2 com necessidade de reintervenção até as 4 horas pós-operatórias), e na abordagem lateral (axillo-areolar approach - AAA) a glândula tiroideia fica em comunicação com o retalho subcutâneo, o que significa que não há risco de hematoma sufocante. A analgesia com paracetamol é suficiente para a maioria dos doentes após a alta.

4. Como tem sido a evolução da técnica e quais são os principais benefícios?

JV: Desde o início deste milénio que se iniciaram estas técnicas nos países asiáticos. A adoção ocidental foi mais tardia mas tem tido cada vez maior expressão. Há um desejo dos doentes de diminuir o trauma com as cirurgias e estas, em particular, mostram um resultado estético excelente e ganhos na qualidade de vida. O alargamento de técnicas disponíveis, que contemplem várias abordagens endoscópicas, permite servir mais doentes numa ótica de personalização de cuidados. Para além destes benefícios, da parte do cirurgião há um gradual incremento de confiança dado pela imagem aumentada e de grande definição, pela parte do doente verifica-se um pós-operatório habitualmente suave e confortável.

5. Como é feita a gestão de riscos e complicações?

JV: A morbilidade de voz e deglutição é sobreponível à da cirurgia por cervicotomia. No nosso grupo, o programa VASPO (voice and swallowing peri-operative optimization) é uma via clínica de acompanhamento do doente durante o período que vai do diagnóstico à recuperação. Inclui avaliação laríngea, terapia pré-cirúrgica, neuromonitorização, laringoscopia, e reabilitação fármaco-fisioterapêutica. Esta atenção ao doente traz conforto e melhoria de resultados.

As complicações específicas das técnicas endoscópicas são as decorrentes de alteração sensorial superficial do trajeto de dissecação subcutâneo. Não são habitualmente limitantes e têm uma evolução no sentido da resolução nos meses que se seguem à cirurgia. A hemorragia pós-operatória pode necessitar uma revisão cirúrgica no bloco ou drenagem na cabeceira do doente. São casos raros e não comprometem a via aérea. O enfisema subcutâneo não requer nenhuma medida específica e resolve espontaneamente em todos os casos.

6. Como é feito e controlo da dor no pós-operatório e em quanto tempo, em média, se prevê o regresso às atividades normais do dia a dia e profissionais?

JV: A dor é ligeira e controlável com combinação de paracetamol e AINE no hospital. A necessidade de analgesia de resgate é bastante rara (2.6% na nossa série). Casos esporádicos podem apresentar hiperestesia no trajeto de dissecação subcutâneo e beneficiar com neuromoduladores por um período limitado. O regresso ao trabalho está condicionado por diversos fatores que incluem o tipo de cirurgia, a exigência física da atividade, a segurança social e o perfil psicológico do doente (em média 3 semanas na nossa série). Desde a alta que o doente está autónomo e pode ter uma vida normal com reserva no esforço físico e no esforço vocal.

7. Que tecnologias utilizam para tornar essa cirurgia mais segura, nomeadamente controlo do nervo recorrente e dispositivos de selagem vascular?

JV: As técnicas para cirurgia endoscópica de acesso remoto cervical beneficiam das mesmas tecnologias desenvolvidas nos últimos anos para a cirurgia convencional da tiroide. Para a identificação e monitorização do nervo recorrente laríngeo ou mesmo do ramo externo do nervo laríngeo superior, utilizamos de forma sistemática, desde 2018, a neuro-estimulação intermitente com eletrodo na corda vocal ipsilateral. Esta metodologia fez aumentar a taxa de deteção nervosa e faz-nos manter uma morbilidade vocal permanente em níveis muito baixos (0.85% na nossa série). Com relação às glândulas paratiroideias, utilizamos de forma crescente a autofluorescência para a sua correta identificação e a fluorescência com injeção endovenosa de verde de indocianina para avaliação da vascularização e preservação da mesma. Na cirurgia por hiperparatiroidismo primário usamos a monitorização intra-operatória de PTH e os critérios de Milão para validar a eficácia da intervenção.

Na dissecação e controlo hemorrágico usam-se os habituais instrumentos de laparoscopia. Assim, instrumentos de energia avançada são suficientes para as laqueações mais determinantes do procedimento (polos e veia tiroideia média), havendo uma preferência pelos com menor dispersão térmica. Já no controlo de pequenas hemorragias ou de pequenos vasos na vizinhança do nervo recorrente laríngeo, usamos uma pinça dissetora bipolar e corte com tesoura. Sempre que se justifique, poder-se-á usar uma matriz hemostática cirúrgica na loca da tireoidectomia. O uso sistemático de drenos nestas intervenções foi abandonado pelo nosso grupo, desde 2017.

8. Como tem sido a experiência e satisfação dos doentes relativamente a aceitação desta técnica e do facto de irem para casa após uma cirurgia do

pescoço?

JV: A experiência com estas técnicas tem sido extremamente gratificante. O nível de satisfação dos doentes é enorme. Num inquérito recente, feito aos nossos doentes, 98% disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o resultado estético, e 98% disseram que a experiência cirúrgica tinha sido pouco ou nada traumatizante, 96% classificaram como pouco ou nada dolorosa.

9. Como tem sido a experiência da equipa que dirige?

JV: Para além da notável evolução tecnológica na área da cirurgia da tiroide, acompanhamos uma mudança de paradigma com a cirurgia poupadora de parênquima. Assim, maioritariamente fazemos lobectomias e usamos a técnica transaxiloareolar (AAA) para isso. Aqui selecionamos doentes até 45 mm de diâmetro anteroposterior do lobo com uma variante que lhe chamamos AAA plus. Em doença confinada ao istmo, fazemos istmectomias por via transoral (TOETVA). Quando há indicação para tiroidectomia total a técnica preferencial é o BABA, uma abordagem biareolar e biaxilar.

10. Como é que esta técnica se poderá expandir em Portugal?

JV: Cirurgiões que queiram praticar estas técnicas devem ser dedicados a cirurgia endocrina e ter experiência em cirurgia laparoscópica avançada. Desde 2015, temos feito reuniões e, desde 2023, cursos práticos com modelos animal e cadavérico. Recebemos com frequência colegas nacionais e estrangeiros para assistir a cirurgias e vamos a hospitais ajudar à implementação de programas ajudando nos primeiros casos. Isso já aconteceu com sucesso em 4 hospitais (Barcelona, Viseu, Almeria e Buenos Aires). Iniciamos também o primeiro Hospital do SNS a ter cirurgia endoscópica de acesso remoto para tiroidectomia em Portugal - o Hospital de Leiria. Aí fundamos uma unidade de inovação e educação em cirurgia minimamente invasiva, designada EI.MIS, onde fazemos sessões StS (surgeon-to-surgeon).

Para os interessados, podem contactar-nos pelo email jaimevilaca@jaimevilaca.pt

**Siga as nossas notícias nas redes sociais e no
nosso website!**



You received this email because you are registered with APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
[Unsubscribe here](#)

Copyright © 2026 APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
Todos os direitos reservados.