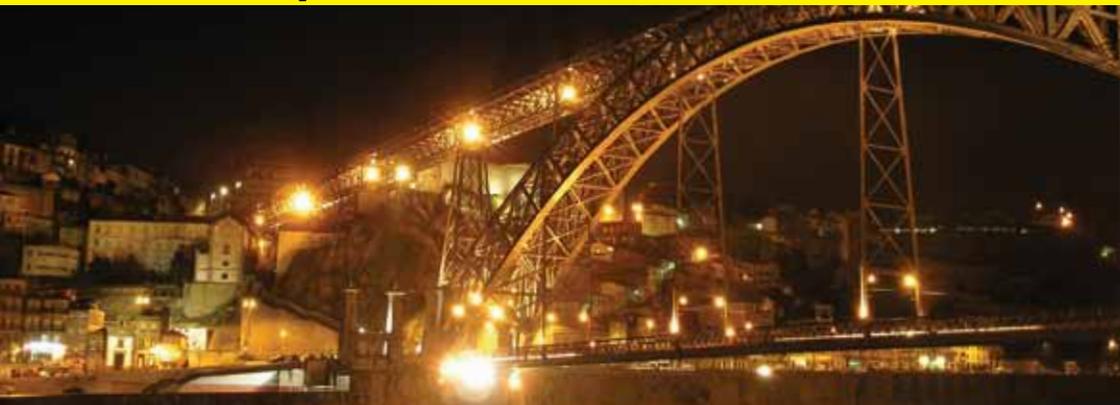


# **XXII** Congresso Nacional de **COLOPROCTOLOGIA**

**29 e 30 Novembro, 2012**

**Ipanema Park Hotel, Porto**



**Programa científico**



**PRESIDENTES DE HONRA**

César Gomes e Ruy Branco

**PRESIDENTE DO CONGRESSO**

Miguel Mascarenhas Saraiva

**SECRETÁRIO**

Pedro Correia da Silva

**COMISSÃO ORGANIZADORA E CIENTÍFICA**

Alexandre Duarte  
Américo Dias Pereira  
Anabela Rocha  
Fernando Castro Poças  
Joaquim Costa Pereira  
João Viera Amandio  
José Alexandre Sarmiento  
Miguel Mascarenhas Saraiva  
Raquel Gonçalves

**JÚRIS DE PRÉMIOS PARA AS COMUNICAÇÕES LIVRES**

**Comunicações orais**

**Presidente:**

António Carlos Saraiva

**Vogais:**

António David Marques  
Manuela Ferreira  
Rosa Sousa  
José Manuel Oliveira

**Casos clínicos**

**Presidente:**

Venâncio Mendes

**Vogais:**

Teresa Freitas  
Edgar Gencsi  
Mesquita Rodrigues  
Francisco Monteiro

**Posters**

**Presidente:**

António Bernardes

**Vogais:**

José Soares  
Marília Cravo  
António Oliveira  
Helder Matos

**Vídeos**

**Presidente:**

José Fraga

**Vogais:**

João Carvalho  
Paula Ministro  
Marisa Santos  
Luís Malheiro

**LISTA DE PRESIDENTES DE MESA, MODERADORES E ORADORES**

Alexandre Duarte • Alexandre Monteiro • Américo Dias Pereira • Amílcar Mascarenhas Saraiva • Ana Azevedo • Ana Formiga • Anabela Pinto • Anabela Rocha • Angel Lanas (Saragoça – Espanha) • Antonino Camacho • António Banhudo • António Cruz Pinho • Araújo Teixeira • Carlos Walter Sobrado Júnior (São Paulo – Brasil) • Costa Almeida • F. Castro Poças • F. Castro Sousa • Fernando de la Portilla (Sevilha – Espanha) • Fernando Magro • Francisco Pimentel • Francisco Portela • Franklin Marques • Guilherme Macedo • Helena Vasconcelos • Henrique Bicha Castelo • Henrique Morna • Irene Martins • J. Vieira Amândio • João Cardoso • João Gíria • João Leitão • João Malaquias Leitão • João Pimentel • João Ramos de Deus • João Ricardo Teixeira • Joaquim Costa Pereira • Jorge Canena • Jorge Maciel • José Alexandre Sarmiento • José Crespo Mendes Almeida • José Manuel Romãozinho • Júlio Leite • Luciana Pyramo Costa (Belo Horizonte – Brasil) • Luís Araújo Correia • Manuel Liberato • Marta Salgado • Miguel Mascarenhas Saraiva • Olga Sousa • Pedro Amaro • Pedro Correia da Silva • Pedro Moniz Pereira • Raquel Gonçalves • Sandra Martins • Távarela Veloso

Estimados Congressistas

É tradicionalmente o Congresso Português de Coloproctologia o ponto por excelência de confluência e diálogo dos Coloproctologistas Portugueses.

Se bem que a actualização científica não se assume primariamente neste tipo de encontros, o Congresso é o local de permuta, de divulgação de informação, de programação de trabalho e também, e não menos importante, de relacionamento e contacto directo entre todos os cirurgiões e gastroenterologistas que se dedicam a esta área.

Este ano, a Comissão Organizadora decidiu escolher como temas de discussão, alguns tópicos importantes em áreas da Coloproctologia.

O Congresso começa por abordar o importante tema da doença diverticular do cólon (DDC), área onde se perspectivam aspectos importantes na terapêutica médica (abordados pelo Prof Angel Sanas, de Saragoça), no conhecimento e tratamento da colite associada, assim como da cirurgia, quer na situação aguda, quer no planeamento da cirurgia electiva. Foram estes os temas escolhidos para esta mesa redonda.

Outro tema que a comissão científica considerou ser relevante, foi a abordagem da endometriose, nas suas relações e implicações com o tubo digestivo, mormente o tubo colo-ret,,al. Este assunto será abordado numa conferência a proferir pela Dr<sup>a</sup> Luciana Pyramo Costa, Presidente cessante da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, que se tem dedicado a este assunto nos últimos anos.

O tratamento do cancro do recto suscita sempre controvérsias, que se, reflectem na prática clínica. Por este motivo, a comissão científica resolveu desenvolver este tema, discutindo-se aspectos relacionados com o seguimento, o papel da terapêutica adjuvante, os limites da cirurgia com preservação dos esfíncteres, assim como as possibilidades da terapêutica local (tema abordado pelo Prof. Fernando la Portilla, de Sevilha). Esta mesa teria que ser, forçosamente, multidisciplinar, contando com a presença de gastroenterologistas, cirurgiões e oncologistas.

Escolhemos também um tema importante para os proctologistas: o diagnóstico e tratamento das doenças ano-rectais sexualmente transmissíveis, que será assunto de uma conferência.

É tradição em todos os Congressos de Coloproctologia dedicar uma das sessões à doença inflamatória intestinal. Habitualmente escolhem-se os temas que suscitam mais controvérsia e que interessam quer aos gastroenterologistas, quer aos cirurgiões. Deste modo, a comissão científica entendeu que a interrelação entre doença intestinal inflamatória e infecção suscitaria grande interesse. Será discutida a dificuldade no diagnóstico diferencial entre a DII e a patologia infecciosa intestinal. Também se discutirão as implicações colocadas pela imunossupressão na DII nas infecções e na cirurgia nestes doentes. A abordagem cirúrgica da infecção abdominal é outro tema importante a considerar nesta mesa redonda.

A sessão de encerramento do congresso será dividida em duas partes: uma conferência de encerramento e a entrega dos prémios às comunicações apresentadas neste evento científico. A conferência de encerramento aborda as novas modalidades no tratamento médico da doença hemorroidária. Será proferida pelo Prof. Carlos Sobrado Júnior, de São Paulo, actual Presidente da Sociedade Brasileira Portuguesa de Coloproctologia. A sua presença e da Dr<sup>a</sup> Luciana Pyramo Costa reflectem o esforço de aproximação entre duas Sociedades que se dedicam ao mesmo tema e que falam o mesmo idioma, em que a direcção da SPCP nos últimos anos. Seguir-se-á a cerimónia de entrega dos prémios às comunicações.

A vivacidade da Coloproctologia nacional está bem demonstrada no número de comunicações livres apresentadas a este Congresso, distribuídas por quatro sessões: vídeo, poster, casos clínicos e comunicações orais. Abordam múltiplos aspectos, apresentando-se experiências individuais, de serviços, assim como estudos retrospectivos e prospectivos.

As comunicações em vídeo constituem sempre um pólo de atracção nas reuniões científicas. A sessão de vídeos (em número de 5) é multidisciplinar, apresentando-se casos endoscópicos relevantes, assim como novas técnicas em proctologia e cirurgia laparoscópica.

Os 29 posters que serão apresentados neste Congresso abrangem múltiplos aspectos, desde casos clínicos, revisões de casuística de cirurgia e patologia, o papel de técnicas diagnósticas nas situações de disfunção ano-rectal e a preparação intestinal. A sua exposição será, com certeza, um pólo de atracção deste Congresso, a visitar nos intervalos entre as sessões.

Este ano, a comissão científica decidiu promover uma sessão de casos clínicos. A divulgação de experiências clínicas tem sempre um papel pedagógico importante. Os oito casos clínicos seleccionados suscitarão, sem dúvida, amplo interesse.

As 21 comunicações livres com apresentação oral abrangem múltiplos temas da Coloproctologia e serão distribuídas por 2 sessões. As que serão apresentadas na primeira sessão dedicam-se às lesões tumorais colo-rectais. As apresentadas na segunda sessão visam a doença inflamatória intestinal, as afecções proctológicas e as situações de disfunção.

Espera a organização que se dedicou nos últimos meses à estruturação deste evento, o valioso contributo da vossa participação e intervenção nas sessões científicas. A qualidade do congresso não depende apenas das óptimas prestações dos palestrantes e apresentadores das comunicações. É necessário que tenha a correspondência de uma dinâmica interventiva, particularmente dos formandos.

Estamos cientes de que o êxito deste Congresso apenas será obtido com a sua presença e o seu entusiasmo. Aceitem as nossas saudações mais calorosas.

E a todos: bemvidos ao Porto!...

A Comissão Organizadora

PROGRAMA CIENTÍFICO  
29 de Nov | Quinta-Feira

08h00 Abertura do Secretariado

---

09h00 Mesa-Redonda: **DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON: QUESTÕES ACTUAIS**

Presidentes: Amílcar Mascarenhas Saraiva e F. Castro Sousa

Moderadores: José Manuel Romãozinho e Pedro Correia da Silva

**O que há de novo na terapêutica médica**

Angel Lanas (Saragoça - Espanha)

**Colite associada à DDC**

João Ramos de Deus

**Diverticulite aguda: quando e como operar**

João Cardoso

**Indicações para a cirurgia electiva**

Sandra Martins

**Painel de Discussão**

Irene Martins e J. Vieira Amândio

---

10h30 Café

---

11h00 Sessão de Abertura

---

11h30 Conferência: **ENDOMETRIOSE E TUBO DIGESTIVO**

Presidente: Miguel Mascarenhas Saraiva

Conferencista: Luciana Pyramo Costa (Belo Horizonte - Brasil)

---

12h00 **SESSÃO DE VÍDEOS**

Presidentes: Antonino Camacho e Jorge Maciel

Moderadores: João Ricardo Teixeira e Américo Dias Pereira

**Comunicações Vídeo:**

CV-01 Remoção de neoplasia do colón por dissecação da submucosa

CV-02 Remoção de tumor neuroendócrino do recto por dissecação da submucosa

CV-03 *Lift* "nova técnica" para o tratamento cirúrgico da fistula anal trans-esfinteriana

CV-04 Hemocolectomia direita laparoscópica com extracção vaginal da peça operatória

CV-05 Colectomia total laparoscópica com extracção transanal da peça operatória

---

13h00 Almoço

---

14h30 Mesa-Redonda: **CANCRO DO RECTO: CONTROVÉRSIAS NA PRÁTICA CLÍNICA**

Presidentes: António Cruz Pinho e Júlio Leite

Moderadores: F. Castro Poças e João Pimentel

**Follow-up: quando e como**

Francisco Pimentel

## Terapêutica não cirúrgica do cancro do recto: existe?

Olga Sousa

## Cirurgia com preservação dos esfíncteres: quais os limites?

Alexandre Duarte

## Terapêutica local do cancro do recto

Fernando de la Portilla (Sevilha - Espanha)

## Painel de Discussão

Franklin Marques, Anabela Pinto e José Crespo Mendes Almeida

---

16h00 Café

---

## VISITA À EXPOSIÇÃO DE POSTERS

### Comunicações em Poster:

- CP-01 3 anos de cirurgia colo-rectal laparoscópica na R.A.M
- CP-02 Tumores colo-rectais síncronos
- CP-03 Adenocarcinoma mucinoso do apêndice
- CP-04 Tumores carcinóides do recto - a propósito de dois casos clínicos
- CP-05 Carcinoma do canal anal - uma neoplasia em incidência crescente
- CP-06 Oclusão intestinal por tumor secundário do recto
- CP-07 Melanoma anorectal: uma entidade rara
- CP-08 Diarreia associada a *clostridium difficile* (DACD) e uso inapropriado de inibidores da bomba de prótons (IBP)
- CP-09 Diarreia associada a *clostridium difficile* (DACD): casuística de um hospital central
- CP-10 Diarreia associada a *clostridium difficile*: a única culpada?
- CP-11 A propósito de um caso de colite ulcerosa
- CP-12 Neoplasia na doença inflamatória intestinal
- CP-13 Mortalidade em doentes com doença inflamatória intestinal
- CP-14 Colite microscópica - a verdade escondida
- CP-15 Condilomas acuminados peri-anais - cura inesperada
- CP-16 Toxina botulínica no tratamento da fissura anal
- CP-17 Terapêutica biológica nas fístulas ano-escrotais
- CP-18 *High resolution anorectal manometry in the diagnosis of pelvic floor dyssynergia*
- CP-19 Ecografia endoanal e incontinência fecal
- CP-20 Tempo de trânsito cólico no estudo da obstipação crónica
- CP-21 Apresentação clínica exuberante de obstipação crónica idiopática
- CP-22 Necrose isquémica da sigmoideia associada a lúpus eritematoso sistémico - um caso clínico
- CP-23 Uma causa invulgar de retorragias
- CP-24 Diverticulite jejunal - um caso clínico
- CP-25 Doença de Paget peri-anal - caso clínico
- CP-26 Varizes do recto: culpadas ou inocentes?
- CP-27 Por trás de uma dor abdominal aguda
- CP-28 Psoríase inversa - papel do gastroenterologista
- CP-29 Ensaio clínico aleatório: preparação para colonoscopia com baixo volume - uma comparação entre duas formulações com PEG (polietilenoglicol)

---

16h30

## SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS

Presidentes: Tavarela Veloso e João Leitão

Moderadores: Jorge Canena e Alexandre Monteiro

### **Comunicações:**

- CO-01 Poderá a diabetes mellitus Tipo 2 estar correlacionada com risco acrescido para o desenvolvimento de neoplasias colo-rectais?
- CO-02 Dissecção endoscópica da submucosa de lesões do colón e recto: experiência num centro em Portugal
- CO-03 Lesões subepiteliais do tubo digestivo inferior e ecoendoscopia
- CO-04 A ressecção abdomino-perineal no tratamento do cancro do recto
- CO-05 Factores influenciadores do número de gânglios nas peças operatórias de ressecção segmentar do cólon por neoplasia
- CO-06 Valor da presença de margem radial positiva e de gânglios metastizados no cancro do recto tratado com terapêutica neo-adjuvante seguida de cirurgia
- CO-07 Valor da presença de resposta patológica completa na terapêutica do cancro do recto.
- CO-08 Metástases hepáticas síncronas de carcinoma rectal - que abordagem?
- CO-09 Tumores desmoides intra-abdominais associados a polipose adenomatosa familiar (PAF) - análise duma série dos últimos 25 anos
- CO-10 Proteína C reactiva (PCR) como preditor de complicações sépticas pós- operatórias em cirurgia oncológica de ressecção do cólon esquerdo, com anastomose primária.
- CO-11 Deiscências anastomóticas na cirurgia de ressecção do cólon esquerdo: a via de abordagem importa?

18h00

### **SESSÃO DE CASOS CLÍNICOS**

Presidentes: António Banhudo e Henrique Bicha Castelo

Moderadores: Ana Formiga e Pedro Amaro

### **Comunicações:**

- CC-01 Tumor de células granulares do cólon - relato de um caso em localização incomum
- CC-02 Úlcera solitária do recto - uma forma rara de apresentação endoscópica
- CC-03 Colite colagenosa associada a anti-inflamatórios não esteróides
- CC-04 Enterectomia do delgado sem complicações em doença de Crohn sob infliximab
- CC-05 Intussuscepção ileo-cólica por linfoma não Hodgkin do cego
- CC-06 Neoplasia rectal - uma evolução pouco habitual
- CC-07 Necrose anal - quando a etiologia permanece desconhecida
- CC-08 Dois casos de isquemia do recto distal após hemorroidopexia circular do longo

19h00

### **Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia**

## **30 de Nov | Sexta-Feira**

07h30

Abertura do Secretariado

08h30

### **SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS**

Presidentes: Manuel Liberato e Costa Almeida

Moderadores: Henrique Morna e Ana Azevedo

### **Comunicações:**

- CO-12 Resultados do tratamento médico-cirúrgico na doença de Crohn perianal
- CO-13 Ecografia e ecoendoscopia ano-rectal na doença inflamatória intestinal

- CO-14 Ileíte terminal- nem sempre é doença de Cronh  
CO-15 Papel da enteroscopia por cápsula em doentes com erosões ileais isoladas detectadas na ileocolonoscopia  
CO-16 Caracterização clínica e epidemiológica de um grupo de doentes com colite isquémica  
CO-17 Colite microscópica: doença rara ou subdiagnosticada?  
CO-18 Avaliação de recorrências de fístulas anais após cirurgia *lift* (*ligation of the intersphincteric fistula tract*)  
CO-19 A nitroglicerina tópica como opção terapêutica na fissura anal  
CO-20 Ultrasonografia endoanal na dor ano-perineal  
CO-21 Cecostomia endoscópica percutânea e enemas cólicos anterógrados

---

10h00 Conferência: **DOENÇAS ANO-RECTAIS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**  
Presidente: Araújo Teixeira  
Conferencista: José Alexandre Sarmento

---

10h30 Café

---

11h00 Mesa-Redonda: **DOENÇA INTESTINAL INFLAMATÓRIA E INFECÇÃO**  
Presidentes: Fernando Magro e João Gíria  
Moderadores: Luís Araújo Correia e Joaquim Costa Pereira

**Diagnóstico diferencial: infecção e DII**

Raquel Gonçalves

**Imunossupressão e infecção**

Francisco Portela

**Imunossupressão e cirurgia na DII**

Anabela Rocha

**Abordagem cirúrgica da infecção abdominal**

Pedro Moniz Pereira

**Painel de Discussão**

Helena Vasconcelos, Marta Salgado e João Malaquias Leitão

---

12h30 **Assembleia Geral Extraordinária da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia**

---

12h40 Sessão de Encerramento

Conferência de Encerramento:

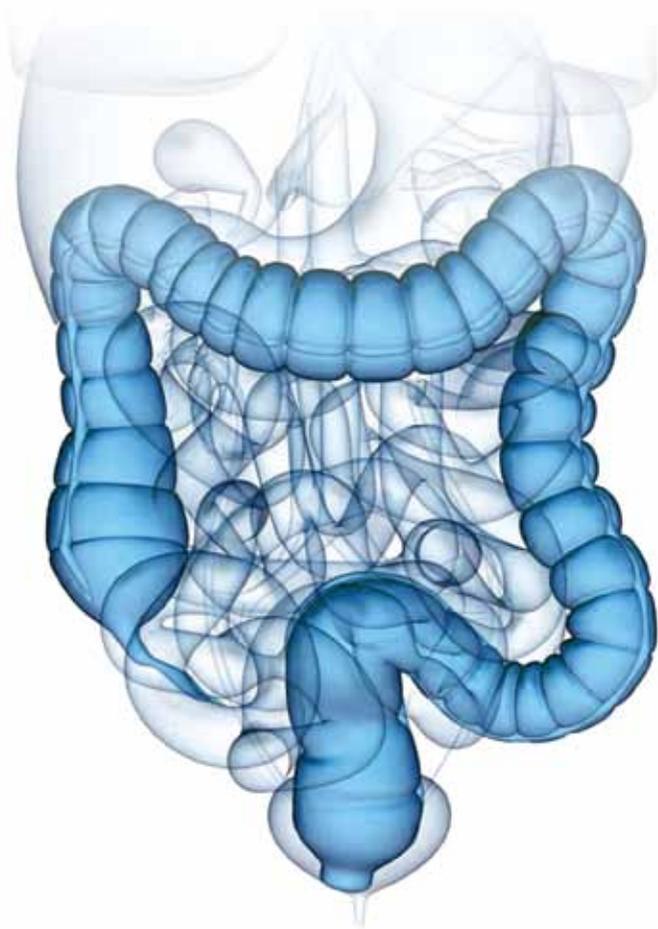
**NOVAS MODALIDADES NO TRATAMENTO MÉDICO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA**

Presidente: Guilherme Macedo

Conferencista: Carlos Walter Sobrado Júnior (São Paulo - Brasil)

**Entrega de Prémios**

**Entrega de Certificados e Encerramento do Congresso**



**RESUMOS DE COMUNICAÇÕES LIVRES**

1ª SESSÃO DIA 29 DE NOVEMBRO ÀS 16:30H

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 1

### PODERÁ A DIABETES MELLITUS TIPO 2 ESTAR CORRELACIONADA COM RISCO ACRESCIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NEOPLASIAS COLO-RETAIS?

Alexandra Fernandes, Joana Carvalho, Maria João Pereira, Sílvia Giestas, Rosa Ferreira, Margarida Ferreira, Sofia Mendes, Zita Romão, Cláudia Agostinho, Rui Mesquita, Nuno Almeida, Francisco Portela, Carlos Sofia

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC)

**INTRODUÇÃO:** Epidemiologicamente parece verificar-se que Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) aumenta o risco de desenvolvimento de diversas neoplasias, nomeadamente as colo-retais (NCR).

**OBJETIVO:** Avaliar se a DMT2 constitui um fator de risco para NCR.

**Material e Métodos:** Incluídos, retrospectivamente, 554 doentes (sexo masculino-311; média etária-62,7±14 anos) submetidos a colonoscopia eletiva num período de dois anos, excluindo-se os doentes com doença inflamatória intestinal, colonoscopia incompleta e antecedentes de NCR (carcinomas e/ou adenomas). Principais indicações: rastreio, dor abdominal, retrorragias, anemia, obstrução crónica. Registrou-se a presença/ausência de DMT2 e compararam-se os dois grupos quanto às características epidemiológicas e presença/ausência de NCR. Efetuada análise univariada e de regressão logística (SPSSV17.0).

**RESULTADOS:** Dos 554 doentes, 117 apresentavam DMT2 (sexo masculino-73; 24,8% sob insulino-terapia). Diagnosticadas NCR em 333 doentes (pólipos-305; adenocarcinomas vegetantes-7; pólipos+adenocarcinoma-21), 93 dos quais diabéticos. Registram-se diferenças entre os diabéticos e os não diabéticos quanto à média etária (69,2±9,3 vs 61±14,5 anos; p<0,0001) e quanto à presença de NCR (79,5% vs 54,9%; p<0,0001). Na análise de regressão logística a DMT2 revelou-se um fator de risco independente para as NCR, com um OR ajustado à idade de 2,9. Contudo, essa associação registou-se apenas para os pólipos e não para os adenocarcinomas vegetantes. Entre os diabéticos a insulino-terapia não constituiu fator de risco para a presença de NCR.

**CONCLUSÕES:** Estes dados sugerem uma associação significativa e independente entre a DMT2 e as NCR, particularmente os pólipos, podendo vir a justificar a inclusão dos diabéticos num grupo de maior risco nas estratégias de rastreio.

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 2

### DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÕES DO CÓLON E RECTO: EXPERIÊNCIA NUM CENTRO EM PORTUGAL

Francisco Baldaque Silva, Margarida Marques, Emilia Duarte, Joanne Lopes, Fátima Carneiro, Guilherme Macedo

Serviço de Gastrenterologia do Hospital de S. João, Porto

**Introdução:** A disseção endoscópica da submucosa (DES) do colon e recto não é actualmente um procedimento disseminado no Ocidente.

**Objectivos:** Descrever a experiência do nosso centro em DES de lesões do colon e recto.

**Material e métodos:** Doentes consecutivamente referenciados para ESD do colon e recto foram prospectivamente incluídos. Os procedimentos decorreram no centro de endoscopia, sob sedação. Estudo aprovado pela comissão de ética do nosso hospital.

**RESULTADOS:** Dezanove doentes (14 homens) foram incluídos, correspondendo a 19 lesões. Estas localizavam-se no recto (n=15), recto-sigmoide (n=1) e sigmoide (n=3). Macroscopicamente as lesões eram de acordo com a classificação de Paris tipo 0-Is (n=12), 0-Ila (n=3), 0-Ila + IIb (n=2), 0-Ila + IIc (n=1) e 0-Is + Ila (n=1). A ressecção em bloco foi possível em 16/19 lesões sendo RO em 13/19 dos casos. O tempo do procedimento variou entre 15 e 240 min (média 131 min). O tamanho das peças foi de 18-60mm (mediana 38mm), correspondendo a lesões com 14-47mm (mediana 31mm) de diâmetro das lesões. Histologicamente as lesões correspondiam a displasia de baixo grau (n=6), displasia de alto grau (n=6), adenocarcinoma (n=5), hiperplasia (n=1), tumor neuroendócrino (n=1). Um doente teve enfisema difuso que respondeu ao tratamento conservador, outro doente hipocoagulado teve hemorragia necessitando de suporte transfusional, todos tiveram alta até 7 dias após procedimento.

**CONCLUSÕES:** Nesta série prospectiva, a DES do colon e recto demonstrou aceitável padrão de segurança e eficácia. A DES neste contexto necessita de avaliação mais alargada, principalmente na Europa onde a experiência é baixa.

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 3

### LESÕES SUBEPITELIAIS DO TUBO DIGESTIVO INFERIOR E ECO-ENDOSCOPIA

Daniela Ferreira, F. Castro-Poças, Paula Lago, Teresa Moreira, Isabel Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António, Serviço de Gastrenterologia

**INTRODUÇÃO:** Os estudos sobre o papel da ecoendoscopia (EE) na abordagem de lesões subepiteliais (LSE) do tubo digestivo inferior são escassos e com séries pouco representativas.

**OBJETIVOS:** Determinar a utilidade da EE na avaliação das LSE do tubo digestivo inferior.

**MÉTODOS:** Análise das 53 EE consecutivas realizadas no período de 1/9/2009 a 30/7/2012 em que esta revelou a presença de lesão parietal do tubo digestivo inferior.

**RESULTADOS:** Realizadas 1668 EE no período em análise, caracterizadas 319 LSE, 53 das quais do tubo digestivo inferior. 41 (77%) do cólon e 12 (23%) do recto. Camada de origem: muscularis mucosae n=1(1,9%), submucosa n=32(60,4%), muscularis própria n=17 (32,1%), várias camadas n=2(3,8%), dúvida quanto camada de origem n= 1(1,9%). Aspecto EE: anecóico n=2(3,8%), hipocóico n=11(20,8%), hiperecóico n=21(39,6%), misto predominantemente hipocóico n=13 (24,5%), misto predominantemente hiperecóico n=5 (9,4%). Contornos: regulares n=37 (69,8%). Limites: bem definidos n=36 (67,9%). Tamanho: ≤5mm n=1 (1,9%), >5mm e ≤10mm n=5 (9,4%), >10mm e ≤20mm n=20 (37,7%), >20mm e ≤30mm n=19 (n=35,8%), >30mm e ≤40mm n=2 (3,8%), >40mm n=6 (11,3%). Diagnóstico sugerido pela EE: Tumor mesenquimatoso n=9(17%), lipoma n=28(53%), lipoma atípico n=1 (1,9%), tumor carcinóide n=3(5,7%), tumor mesenquimatoso/carcinóide n=2(3,8%), tumor mesenquimatoso/endometriose n=6(11%), lesão cística da submucosa n=3(5,7%). Apenas 2 lesões apresentavam características EE de agressividade, ambos localizados no recto. Um dos doentes teve perda de follow up e o outro efectuou PAAF. No que respeita aos lipomas, 85% localizava-se no cólon (27% destes no cólon ascendente) e 15% no recto. Orientação sugerida após a EE: sem indicação para follow-up n=23 (43,4%) todas sugestivas de lipomas, vigilância EE n=8 (15,1%), PAAF n=3 (5,7%), exérese cirúrgica n=1 (1,9%), follow up desconhecido n=22 (41,5%). Apenas 6 doentes efectuaram vigilância EE: em 2 ocorreram alterações EE tendo sido sugerida exérese cirúrgica. Realizada PAAF em 4 lesões que foi

conclusiva em 1 doente (citoesteatogranuloma). Realizada ressecção cirúrgica em 1 doente cujo diagnóstico EE sugeriu lipoma atípico e cujo resultado histológico confirmou o diagnóstico de lipoma.

**CONCLUSÃO:** A maioria das LSE do tubo digestivo inferior localizam-se no cólon e apresentam aspecto EE sugestivo de lipomas não apresentando indicação para follow up. Apenas 2 lesões apresentavam características EE de agressividade, ambas localizadas no recto. A maioria das LSE do TDI apresenta características EE típicas de lipomas dispensando qualquer follow up. A EE permite também estratificar risco de malignidade dos tumores mesenquimatosos (se características EE de agressividade). São, contudo, necessárias guidelines que permitam uniformizar estratégias de vigilância e de abordagem destas lesões.

#### **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 4**

##### **A RESSECÇÃO ABDOMINO-PERINEAL NO TRATAMENTO DO CANCRO DO RECTO**

Marisa Santos\*, Pedro Moreira\*, Cristina Silva\*, Anabela Rocha\*, Eduarda Matos\*\*, Carlos Nogueira\*, Carlos Lopes\*\*\*

\*Serviço de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia do CHP/HSA

\*\*Departamento de Saúde Comunitária do ICBAS

\*\*\*Serviço de Anatomia Patológica do CHP/HSA e Departamento de Patologia e Imunologia Molecular do ICBAS

**INTRODUÇÃO E OBJECTIVO:** Nas últimas décadas a ressecção abdomino-perineal (RAP) no tratamento cirúrgico do cancro do recto com localização a uma distância inferior a 12 cm da margem anal tem vindo a ser substituída sempre que possível por uma ressecção anterior do recto (RAR) com ou sem estoma de protecção. Este facto deve-se não só ao impacto social negativo do estoma definitivo, como a um número crescente de publicações em que associam a esta técnica cirúrgica uma maior incidência de disfunções genito-urinárias e uma menor sobrevivência do doente. No entanto, há ainda situações condicionadas pela localização da neoplasia ou pelas características específicas do doentes em que a opção cirúrgica continua a ser a RAP.

Pretende-se neste estudo avaliar o impacto da opção cirúrgica no tratamento do cancro do recto previamente submetido a terapêutica neo-adjuvante em termos de morbilidade a curto prazo e de sobrevivência do doente.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Entre 01 de Janeiro de 2003 e 31 de Dezembro de 2011 foram submetidos a cirurgia electiva de ressecção colo-rectal por neoplasia do recto 368 doentes. Destes, 168 apresentavam neoplasias localmente avançadas situadas a nível do recto médio/distal e que por esse motivo foram seleccionados e submetidos a terapêutica neo-adjuvante seguida de cirurgia. A cirurgia realizada foi de ressecção com excisão completa do meso-recto

**RESULTADO:** Em termos globais foi possível uma cirurgia de RAR com ou sem ileostomia de protecção em 103 dos 168 doentes (61,2%). O número total de RAP ou de proctectomias com estoma definitivo foi de 65 (38,8%).

A morbilidade e a mortalidade aos 30 dias nestes 168 doentes foi respectivamente de 29,7% e de 2,3%, sendo para as RAR de 26% e de 1,9% e para RAP de 38% e 3%.

O follow-up médio da totalidade dos doentes submetidos a terapêutica neo-adjuvante (168) foi de 40,7 meses com uma sobrevivência mediana de 86 meses (se =9,2 meses). A sobrevivência aos 5 anos foi de 62,7% (se=4,5%),

A sobrevivência foi idêntica nos dois grupos de doentes ( $p=0,54$ ).

**CONCLUSÃO:** Na nossa série a ressecção abdomino-perineal, apesar de apresentar uma morbimortalidade superior não se traduziu num decréscimo de sobrevivência quando comparada com a ressecção anterior do recto com anastomose.

#### **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 5**

##### **FACTORES INFLUENCIADORES DO NÚMERO DE GÂNGLIOS NAS PEÇAS OPERATÓRIAS DE RESSECÇÃO SEGMENTAR DO COLON POR NEOPLASIA**

Carlos Costa Pereira, Joaquim Costa Pereira, Cristina Martinez Insua, Susana Costa, Lício Soares, Jacinta Queirós, Arnaldo Ferreira  
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**INTRODUÇÃO:** A recolha de pelo menos 12 gânglios nas peças de ressecção cólica por neoplasia é fundamental para o correcto estadiamento oncológico. Verifica-se no entanto grande variabilidade do número de gânglios relatado pela anatomia patológica

**Objectivo:** Analisar os factores influenciadores do número de gânglios presentes nas peças de ressecção segmentar do colon por neoplasia.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo incluindo doentes submetidos a ressecção segmentar do colon por neoplasia. De Janeiro 2010 a Junho 2012 foram operados 127 doentes, 78 homens e 49 mulheres, com idades compreendidas entre 35 e 90 anos.

Foram analisadas as variáveis idade, género, urgência da cirurgia, laparoscopia, tipo de ressecção, categoria do cirurgião, T da classificação TNM e laboratório de anatomia patológica. A análise estatística foi efectuada com o programa SPSS utilizando os testes qui-quadrado, Fisher, teste T, ANOVA e ANOVA factorial.

**RESULTADOS:** As cirurgias efectuadas foram hemicolectomia esquerda em 45 casos, hemicolectomia direita em 42 casos, sigmoidectomia em 23 casos, ressecção anterior do recto em 14 casos e colectomia segmentar do transversos 3 casos. A maioria dos doentes foi operada utilizando uma abordagem laparoscópica, 55,9%.

O número de gânglios recolhidos variou entre 0 e 38 com média de 14,4. A abordagem utilizada apresentou relação significativa com a média de gânglios recolhidos (laparoscópica vs laparotómica (média de 12,7 vs 16,7))( $p<0,001$ ).

Um dos laboratórios de anatomia patológica reportou menor número de gânglios (11,4 vs 16 e 14,2 gânglios).

Verificou-se uma relação directa entre o aumento de estadio T e o aumento do número de gânglios reportados ( $p<0,001$ ).

A análise univariada de variância permitiu verificar uma correlação significativa ( $p<0,05$ ) do estadio T com o laboratório de anatomia patológica e com a laparoscopia esbatendo a influencia que estes apresentavam sobre o número de gânglios. Os casos operados por laparoscopia apresentavam T inferiores.

Os estadios T mais baixos apresentaram maior percentagem de casos com número de gânglios inferior a 12.

**CONCLUSÃO:** O estadio T foi o factor identificado que altera o numero de gânglios relatados nas peças operatórias.

A abordagem cirúrgica ajustada ao T não apresentou influência significativa.

A maioria dos relatos considerados inadequados ( $< 12$  gânglios) verificaram-se nos doentes com estadio T inferior.

#### **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 6**

##### **VALOR DA PRESENÇA DE MARGEM RADIAL POSITIVA E DE GÂNGLIOS METASTIZADOS NO CANCRO DO RECTO TRATADO COM TERAPÊUTICA NEO-ADJUVANTE SEGUIDA DE CIRURGIA**

Marisa Santos\*, Pedro Moreira\*, Cristina Silva\*, Anabela Rocha\*, Eduarda Matos\*\*, Carlos Nogueira\*, Carlos Lopes\*\*\*

\*Serviço de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia do CHP/HSA

\*\*Departamento de Saúde Comunitária do ICBAS

\*\*\*Serviço de Anatomia Patológica do CHP/HSA e Departamento de Patologia e Imunologia Molecular, do ICBAS

**INTRODUÇÃO E OBJECTIVO:** Nas últimas décadas a presença de gânglios metastizados e a margem radial da peça cirúrgica inferior ou

igual a 1 mm e têm sido apontados como os principais elementos com impacto negativo na sobrevivência dos doentes com cancro do recto localmente avançado tratados com terapêutica neo-adjuvante seguida de cirurgia de ressecção.

Pretende-se confirmar estes dados na nossa série.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Entre 01 de Janeiro de 2003 e 31 de Dezembro de 2011 foram submetidos a cirurgia electiva de ressecção colo-rectal por neoplasia do recto 368 doentes. Destes, 168 apresentavam neoplasias localmente avançadas situadas a nível do recto médio/distal e que por esse motivo foram seleccionados e submetidos a terapêutica neo-adjuvante seguida de cirurgia. A cirurgia realizada foi de ressecção com excisão completa do meso-recto

**RESULTADO:** Em termos globais foi possível uma cirurgia de RAR com ou sem ileostomia de protecção em 103 dos 168 doentes (61,2%). O número total de RAP ou de protecções com estoma definitivo foi de 65 (38,8%).

A morbilidade e a mortalidade aos 30 dias nestes 168 doentes foi respectivamente de 29,7% e de 2,3%.

A média de gânglios dissecados foi de 8,2. Foram detectados gânglios metastizados (yn+) em 32,7% dos doentes. A presença de uma margem radial livre igual ou inferior a 1 mm esteve presente em 10 casos (5,9%).

Houve uma resposta patológica completa em 23 dos 147 doentes (15,6%) submetidos a QRT neo-adjuvante

O follow-up médio da totalidade dos doentes submetidos a terapêutica neo-adjuvante (168) foi de 40,7 meses com uma sobrevivência mediana de 86 meses (se =9,2 meses). A sobrevivência aos 5 anos foi de 62,7% (se=4,5%)

O tempo médio de sobrevivência dos doentes com gânglios não invadidos foi de 91,89 meses (se=4,70) e nos com gânglios invadidos foi de 70,00 (se=7,91). Esta diferença tem significado estatístico ( $p=0,006$ )

Em relação à margem radial o grupo com margem superior a 2 mm apresentou um tempo de sobrevivência de 89,68 meses se =4,37 significativamente superior ao grupo com margem igual ou inferior a 1 mm com um tempo médio de 40,00 (se=9,70) meses ( $p=0,007$ ).

**CONCLUSÃO:** Na nossa série foram factores de mau prognóstico a presença de gânglios metastizados ou de uma margem radial inferior ou igual a 1 mm com impacto negativo no tempo de sobrevivência dos doentes com cancro do recto localmente avançado submetidos a terapêutica neo-adjuvante seguida de cirurgia de ressecção.

#### **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 7**

##### **VALOR DA PRESENÇA DE RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA NA TERAPÊUTICA DO CANCRO DO RECTO**

Marisa Santos\*, Pedro Moreira\*, Cristina Silva\*, Anabela Rocha\*, Eduarda Matos\*\*, Carlos Nogueira\*, Carlos Lopes\*\*\*

\*Serviço de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia do CHP/HSA

\*\*Departamento de Saúde Comunitária do ICBAS

\*\*\*Serviço de Anatomia Patológica do CHP/HSA

**Introdução e objectivo:** De acordo com a literatura a obtenção de uma resposta patológica completa (ypRC) nos doentes com cancro do recto localmente avançado submetidos a uma terapêutica neo-adjuvante seguida de cirurgia traduz-se num melhor prognóstico com aumento da sobrevivência comparativamente às situações em que a resposta foi ausente ou parcial.

Pretende-se confirmar que a presença de ypRC é factor de bom prognóstico e preditivo de melhor sobrevivência neste grupo de doentes.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Entre 01-01-2003 e 31-12-2011 foram submetidos a cirurgia electiva de ressecção colo-rectal por neoplasia do recto 368 doentes. Destes, 168 apresentavam neoplasias localmente

avanzadas, situadas a menos de 12 cm da margem distal e sem evidencia de doença à distância e que por esse motivo foram seleccionados e submetidos a terapêutica neo-adjuvante seguida de cirurgia. 147 foram submetidos a quimioradioterapia (QRT) neo-adjuvante e 21 a radioterapia (RT) neo-adjuvante isolada. A cirurgia realizada foi de ressecção com excisão completa do mesorecto. Os doentes na sua maioria fizeram quimioterapia adjuvante sempre que o estadio inicial da lesão fosse positivo para gânglios do mesorecto (N+).

**RESULTADO:** Houve ypRC em 23 dos 147 doentes (15,6%) submetidos a QRT neo-adjuvante. O follow-up médio da totalidade dos doentes submetidos a terapêutica neo-adjuvante (168) foi de 40,7 meses com uma sobrevivência mediana de 86 meses (se =9,2 meses).

A sobrevivência média dos doentes com ypRC (23) foi de 95,5 meses (se=7,3 meses), enquanto que a dos restantes 145 doentes submetidos a terapêutica neo-adjuvante mas em que não houve uma resposta completa foi de 67,4 meses (se=4,4 meses).

Comparando estes dois subgrupos de doentes há um aumento com significado estatístico da sobrevivência nos doentes que apresentaram ypRC (teste de Log-Rank  $p=0,02$ ).

**CONCLUSÃO:** A presença de ypRC é factor de bom prognóstico no tratamento do cancro do recto com aumento da sobrevivência do doente. A identificação de factores preditivos de ypRC no tratamento neo-adjuvante com QRT no cancro do recto poderá vir a constituir um elemento fundamental no planeamento e selecção de uma terapêutica mais eficaz e com melhores resultados.

#### **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 8**

##### **METÁSTASES HEPÁTICAS SINCRONAS DE CARCINOMA RECTAL – QUE ABORDAGEM?**

Vera Oliveira, Pedro Rodrigues, Marta Guimaráes, Jorge Costa, Maria Rosa Sousa, Antonio Soares, Paulo Martins, Gil Gonçalves, Mário Nora Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga; Serviço de Cirurgia Geral; **INTRODUÇÃO:** Cerca de 20% dos doentes com neoplasia do recto (CR) apresentam metástases hepáticas síncronas (MHS). No entanto, apenas 10-20% são candidatos a ressecção cirúrgica curativa, permitindo taxa de sobrevida aos 5 A de 45-50%.

Nos últimos anos, o maior conhecimento de anatomia hepática e os avanços nas técnicas anestésicas e cirúrgicas, permitiram uma diminuição de morbimortalidade de cirurgia hepática e o surgimento de novas abordagens – cirurgia num só tempo, cirurgia iterativa com base estratégia inversa - com resultados favoráveis descritos na literatura.

**OBJECTIVOS:** Revisão de incidência, epidemiologia, clínica e tratamento de MHSCR, a propósito de dois casos clínicos, com objectivo de formulação de protocolos de actuação.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo baseado na consulta do processo clínico de doentes.

**RESULTADOS:** Homem de 57 anos, diagnosticado adenocarcinoma invasor do recto. Os exames de estadiamento revelaram metástases hepáticas múltiplas (III/II e IV) e presença de adenopatias mesorecto, com invasão de fascia mesorectal – T3N1. Decidido, após avaliação no Grupo Hepatobiliopancreático e Oncológico, a realização de Qt neoadjuvante e de Cirurgia iterativa, com base estratégia inversa.

Homem de 32 anos, diagnosticado adenocarcinoma do recto. Os exames de estadiamento revelaram attingimento de gordura perirectal (T3N0) e ausência de doença metastática, tendo efectuado QT/RT neoadjuvante. Os exames de reestadiamento demonstraram regressão de doença rectal e presença de lesão nodular hepática segmento IV suspeita de doença secundária. Decidido em Reunião de Grupo HepatoBilioPancreático e Oncológico, RAR e RF de lesão hepática.

**CONCLUSÕES:** Devido a multiplicidade de abordagens cirúrgicas no

tratamento destes pacientes, é fundamental a avaliação de múltiplos factores, nomeadamente a presença de sintomas obstructivos, localização e extensão da doença, status funcional do doente e as suas comorbilidades, no sentido de seleccionar aquela que melhor se adapta a situação clínica do doente.

#### **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 9**

##### **TUMORES DESMOIDES INTRA-ABDOMINAIS ASSOCIADOS A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF) – ANÁLISE DUMA SÉRIE DOS ÚLTIMOS 25 ANOS**

Sheila Martins, Júlio Leite, Ana Oliveira, Mónica Martins, Anabela Sá, F. Castro Sousa

Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC; Serviço de Cirurgia A; CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

**INTRODUÇÃO:** Em cerca de 15% dos doentes com PAF surgem tumores desmóides que têm uma evolução imprevisível e significativa morbimortalidade. A cirurgia tem estado apenas indicada perante complicações graves. O objectivo do estudo consistiu em avaliar os resultados duma série e confrontar com os dados da literatura.

**MÉTODOS:** Análise retrospectiva de todos os doentes operados de PAF nos últimos 25 anos com tumores desmóides intra-abdominais. Estadiamento com critérios de Church, 2005: I – assintomático e < 10 cm diâmetro, sem crescimento; II – sintomas ligeiros e < 10cm, sem crescimento; III – sintomático, 10-20 cm ou crescimento ligeiro; IV – sintomas severos, >20 cm ou crescimento rápido.

**RESULTADOS:** Analisaram-se 10 doentes (8 mulheres), com idade média de 28 anos (entre 17 e 67 a). A lesão desmóide surgiu em média 3 anos após a cirurgia e os doentes tiveram um seguimento médio de 80 meses (entre 17 e 144m). Em 4 doentes existia mutação APC entre 3' e o codão 1444 e em 3 entre 5'e o codão 1444, não se encontrando mutação noutros 3. Quatro classificaram-se no estágio I, verificando-se regressão da doença após terapêutica com sulindac + tamoxifeno. Noutros 2, no estágio III, foram operados, um por oclusão com ressecção da bolsa e do tumor desmóide e o outro por fístula entérica da bolsa, sendo ressecada associadamente a desmóide pélvico e refeita nova bolsa; ambos estão assintomáticos. Quatro casos incluíram-se no estágio IV; um não regressou com tamoxifeno e sulindac e faleceu em sépsis; nos outros 3 optou-se por quimioterapia anti-sarcoma (adriamicina e decarbazina) e regressaram parcialmente, apesar de complicações relacionadas com obstrução ureteral, necessitando um de hemodiálise. **CONCLUSÃO:** Confirmou-se a validade predictiva do estadiamento utilizado, com resultados idênticos aos da literatura; a quimioterapia anti-sarcoma demonstrou boa eficácia no estágio IV.

#### **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 10**

##### **PROTEÍNA C REATIVA (PCR) COMO PREDITOR DE COMPLICAÇÕES SÉPTICAS PÓS-OPERATÓRIAS EM CIRURGIA ONCOLÓGICA DE RESSECÇÃO DO COLON ESQUERDO, COM ANASTOMOSE PRIMÁRIA**

Sara Pinto, Carlos Costa Pereira, Cristina Martinez Ínsua, Joaquim Costa Pereira

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Universidade da Beira Interior

**INTRODUÇÃO:** A ressecção e anastomose do colon esquerdo pode ser realizada por cirurgia aberta (A), laparoscópica (L) e laparoscópica com extração da peça por orifícios naturais (NOSE). O grau de agressão das três técnicas é diferente. Assim é de esperar que os valores de PCR em pós-operatório possam variar entre as três técnicas.

O objetivo deste estudo é avaliar a diferença de valores de PCR no pós-operatório imediato nos três grupos de doentes (A, L, NOSE) sujeitos a cirurgia oncológica de ressecção do colon esquerdo, com anastomose

primária e a sua variação nas complicações sépticas.

**MÉTODOS:** Foi efectuada uma avaliação retrospectiva de um grupo de cento e dez pacientes submetidos a cirurgia oncológica de ressecção do colon esquerdo, com anastomose primária, entre Janeiro de 2010 e Setembro de 2012, avaliando o valor da PCR nas primeiras 48h de pós-operatório. A análise estatística foi efectuada com recurso ao programa SPSS utilizando os testes qui-quadrado, teste exacto de Fisher, ANOVA e curvas ROC.

**RESULTADOS:** Um total de 91 pacientes foram incluídos, dos quais 35 foram intencionados por cirurgia aberta, 35 por via laparoscópica e 21 por via laparoscópica com extração da peça por orifícios naturais (NOSE). Do total de pacientes, 20 desenvolveram complicações sépticas e 71 não desenvolveram complicações. Dentro do grupo que desenvolveu complicações, 8 pertenciam ao grupo A cirurgia aberta, 11 ao L e 1 ao NOSE.

O grupo submetido a cirurgia NOSE apresentou uma taxa de complicações inferior ao grupo submetido a cirurgia laparoscópica ( $p=0,021$ ), verificou-se ainda uma tendência para esse grupo apresentar menor taxa de complicações que o grupo submetido a cirurgia aberta ( $p=0,132$ ).

No pós-operatório (48 h) a média dos valores de PCR foi inferior na cirurgia laparoscópica em relação à cirurgia aberta ( $p=0,013$ ). Não existe diferença significativa no valor de PCR até às 48 horas, quando se compararam os grupos com complicações e sem complicações.

No grupo submetido a laparoscopia, verificou-se uma diferença significativa no valor máximo de PCR nas primeiras 72 horas entre os doentes com complicação e os doentes sem complicação ( $p=0,028$ ). Nos doentes submetidos a cirurgia aberta verificou-se apenas uma tendência ( $p=0,172$ ).

Observou-se uma correlação moderada dos valores de PCR máxima nas primeiras 72 horas com a existência de complicações (área abaixo da curva de ROC 69,1%).

Foi estabelecido um valor de 149 mg/L de PCR que apresenta uma sensibilidade de 68,4%, especificidade de 57,7%, valor preditivo positivo de 30,23% e valor preditivo negativo de 87,2%.

**CONCLUSÃO:** O valor de PCR no pós-operatório imediato foi inferior na cirurgia laparoscópica em relação a laparotómica mas essa diferença não se verificou para a cirurgia NOSE. Não se verificou uma diferença significativa no valor de PCR das primeiras 48 horas quando se compararam os grupos com complicações sépticas e sem complicações.

No grupo submetido a laparoscopia, verificou-se uma diferença significativa no valor máximo de PCR nas primeiras 72 horas entre os doentes com complicação e os doentes sem complicação, tendo-se verificado apenas uma tendência no grupo submetido a cirurgia aberta.

Foi estabelecido um valor de cutoff para as complicações sépticas de 149 mg/L de PCR doseado nas primeiras 72 horas de pós-operatório, permitindo obter um valor preditivo negativo de 87,2%, significando que nesta amostra identificaria incorrectamente como não complicados apenas 12,8% dos casos com complicação.

#### **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 11**

##### **DEISCÊNCIAS ANASTOMÓTICAS NA CIRURGIA DE RESSECÇÃO DO COLON ESQUERDO: A VIA DE ABORDAGEM IMPORTA?**

Carlos Costa Pereira, Joaquim Costa Pereira, Cristina Martinez Ínsua, Susana Costa, Licínio Soares, Jacinta Queiros, Arnaldo Ferreira

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**INTRODUÇÃO:** A deiscência de anastomose na cirurgia oncológica de ressecção do colon esquerdo é uma complicação importante, levando a um aumento da mortalidade e a um atraso no início da terapêutica adjuvante.

**OBJECTIVO:** Avaliar a relação entre a deiscência de anastomose e o tipo de cirurgia efectuada, procurando identificar possíveis variáveis confundidoras.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Consulta de base de dados prospectiva com inclusão de doentes submetidos a ressecções cólicas esquerdas por oncologia com anastomose primária.

**RESULTADOS:** De Janeiro 2010 a Setembro 2012 foram intervenções 95 doentes, 56 homens e 39 mulheres. A cirurgia mais efectuada foi a hemicolectomia esquerda com 54 casos (56,8%). A abordagem utilizada foi em 35 casos a via laparotómica, em 35 casos a via laparoscópica e 21 casos submetidos a cirurgia NOSE. Houve 4 casos de conversão (4,2%).

Verificaram-se 7 deiscências de anastomose, 4 nos doentes intervenções por via laparotómica, 3 nos doentes intervenções por via laparoscópica e nenhum caso dos doentes submetidos a NOSE (sem diferença estatisticamente significativa).

A idade, o índice de massa corporal e a classificação ASA não apresentaram diferenças entre os grupos com deiscência de anastomose e sem deiscência.

**CONCLUSÃO:** Os factores analisados não se mostraram influenciadores da deiscência de anastomose. O grupo de doentes com deiscência apresentava características semelhantes ao grupo de doentes sem complicação. Nesta série de doentes a abordagem utilizada, laparoscópica, laparotómica ou NOSE não apresentou diferença significativa no número de deiscências de anastomose, embora na cirurgia NOSE não se tenha verificado qualquer caso de deiscência de anastomose.

## 2ª SESSÃO DIA 30 DE NOVEMBRO ÀS 08:30H

### COMUNICAÇÃO ORAL Nº 12

#### RESULTADOS DO TRATAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO NA DOENÇA DE CROHN PERIANAL

Júlio S. Leite, Sheila Martins, Ana Oliveira, António Manso, Alexandre Monteiro, F. Castro Sousa

Clinica Universitária de Cirurgia III da FMUC; Serviço de Cirurgia A; CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

**Introdução:** A doença de Crohn perianal fistulizante, a estenose e as úlceras causam significativa morbilidade; por outro lado, a persistência de drenos afectam a qualidade de vida. O objectivo do estudo consistiu na avaliação dos resultados numa série com tratamento médico e cirúrgico “agressivos”.

**MÉTODOS:** Entre 2002 e 2011 analisaram-se todos os doentes com doença de Crohn perianal complicada que foram tratados com drenagem e seton se associavam abscesso e posterior tratamento biológico seguido de cirurgia definitiva; continuavam depois tratamento médico de manutenção. A resposta clínica foi classificada em remissão completa (ausência de drenagem mais de 12 meses), sintomas ligeiros ou recorrência.

**RESULTADOS:** Foram incluídos 33 doentes, com a idade média de 36 anos (16 - 80 a). Não existia proctite activa em 25 casos e a opção cirúrgica foi a fistulotomia em 20, associando seton em 9, e o retalho de deslizamento em 5. Após o follow-up médio de 38 meses (12 - 96 m.) registaram-se 18 doentes em remissão completa (72%), seis (24%) com sintomas ligeiros e um com recidiva. Nenhum apresentava incontinência fecal.

Nos oito doentes que associavam proctite activa foram efectuada proctectomias em 5 (63%) casos, em todos com cicatrização do períneo; em 2 doentes foi realizada derivação fecal, tendo um falecido em sépsis; noutro, com fistulas supra-esfíntéricas, drenagem com seton.

**CONCLUSÃO:** O tratamento médico-cirúrgico agressivo da doença de

Crohn perianal permite a obtenção de aceitáveis resultados. Os casos com proctite refractária à terapêutica médica necessitam frequentemente de proctectomia que, nesta série, condicionou significativa melhoria da qualidade de vida.

### COMUNICAÇÃO ORAL Nº 13

#### TÍTULO: ECOGRAFIA E ECOENDOSCOPIA ANO-RECTAL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Daniela Ferreira, Teresa Moreira, Paula Lago, F. Castro-Poças, Cidalina Caetano, Marta Salgado, Isabel Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António, Serviço de Gastrenterologia

**INTRODUÇÃO:** A ecografia e ecoendoscopia ano-rectal (US/EUS-AR) são métodos de elevada acuidade diagnóstica na avaliação das complicações perianais na Doença Inflamatória Intestinal (DII).

**Objectivos:** Caracterizar os achados da US/EUS-AR em pacientes com DII.

**MÉTODOS:** Avaliámos 236 pacientes com DII e suspeita de envolvimento perianal, submetidos a US/EUS-AR no período de 1/9/2000 a 30/9/2012. Obtidos dados demográficos, clínicos e ultrassonográficos. Resultados: Realizadas 398 US/EUS-AR a 236 pacientes com DII. Avaliados 220 pacientes com Doença de Crohn (DC) e 16 com Colite Ulcerosa (CU). Número médio de EUS-AR/paciente: 1,69 (+/-1,2). Sexo feminino: 56% DC, 66%CU. Duração média DC 12,65 anos e na CU 14,32 anos. Duração média da doença perianal na DC 7,49 anos e na CU 6,28 anos. A US/EUS-AR foi normal em 7,7% (n=17) na DC e em 18% (n=3) na CU. Localização DC: L1= 27,4%, L2 = 32,6%, L3 =40%. Comportamento DC: B1 44,5%, B2 31%, B3 24,5%. Cirurgia perianal: n=178. Setons: n=115. Tratamento médico: Antibioterapia 87%, Azatioprina/6MP 68%, MTX 11%, Biológicos 45%. Achados na CU: Fistula Intersfínteriana: n=7, Transesfínteriana: n=4, Supraesfínteriana: n=3, Ano-vaginal: n=1, Abscesso perianal: n=4, Alterações eco-estruturais: n=2. Achados na DC: Fistulas: n=270, Superficiais: n=5, Intersfínterianas: n=125, Transesfínterianas: n=108, Supraesfínterianas: n=65, Ano-vaginais: n=12, Recto-vaginais: n=3, Ano-uretrais: n=8. Abscessos: n=84. Alterações ecoestruturais: n=82, Laceração EAI: n=50, Lacerações do EAE: n=8, Fissura anal: n=24, Estenose anal: n=3.

**CONCLUSÕES:** A maioria dos achados ultrassonográficos na DII são complicações supurativas. Observou-se uma elevada prevalência de alterações eco-estruturais e lacerações esfínterianas, a maioria devido a processos supurativos crónicos e complicações cirúrgicas.

### COMUNICAÇÃO ORAL Nº 14

#### ILEÍTE TERMINAL – NEM SEMPRE É DOENÇA DE CROHN

Teresa Pinto Pais, Carlos Fernandes, Iolanda Ribeiro, Sónia Fernandes, João Carvalho, José Fraga

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho – Serviço de Gastrenterologia

A ileíte terminal (IT) é uma entidade frequente encontrada na prática clínica. Apesar de a Doença de Crohn (DC) ser uma causa frequente de IT, várias etiologias podem causar inflamação ileal. O diagnóstico diferencial é crucial no tratamento e seguimento.

**OBJETIVOS:** Caracterização do grupo de doentes com diagnóstico de IT, internados no nosso serviço entre Janeiro/2009 e Setembro/2012. Material e Métodos: Estudo observacional, longitudinal descritivo, com revisão retrospectiva de dados demográficos, clínicos, laboratoriais, respetivo tratamento e seguimento.

**RESULTADOS:** Avaliados 52 pacientes, com 36 anos de mediana de idades (18-82anos), e discreto predomínio do sexo feminino (30/52). Em todos, o diagnóstico de IT foi realizado por ecografia abdominal, confirmado por Tomografia em 64%. A principal forma de apresentação foi dor abdominal (88.4%) e diarreia (67.3%). Na nossa amostra,

o diagnóstico de DC foi realizado em 17 doentes (32.7%); neoplasia do ileo terminal foi identificada em 3 (linfoma - 2, adenocarcinoma - 3) e etiologia infecciosa nos restantes 61.5% (32/52). A maioria foi tratada com antibioterapia empírica. Na análise comparativa entre o grupo com DC e leite infeccioso verificou-se, no primeiro grupo, clínica de apresentação mais arrastada, valores médios de parâmetros inflamatórios discretamente superiores (PCR: 9,5vs.7,2mg/dL; Leucócitos: 16.220vs.11.100/uL) e de hemoglobina inferiores (10,3vs.13,3g/dL). No grupo DC, com período de internamento superior (10vs.5dias), houve necessidade de terapêutica imunossupressora/ moduladora, mantendo seguimento em ambulatório.

**CONCLUSÃO:** O diagnóstico de DC foi realizado em 32.7% dos doentes (17/52). Outras etiologias encontradas foram: infecciosa em 61.5%(32/52) e neoplásica em 3/52, salientando-se a importância do diagnóstico diferencial desta entidade, no diagnóstico e follow-up.

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 15

### PAPEL DA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA EM DOENTES COM ERO-SÕES ILEAIS ISOLADAS DETECTADAS NA ILEOCOLONOSCOPIA

Mascarenhas-Saraiva M, Pinho R, Oliveira

ManopH - Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva, Instituto CUF, Porto.

**INTRODUÇÃO:** A detecção de erosões ileais com achado isolado de tipo inflamatório numa ileocolonosopia representa um desafio à investigação completa do intestino delgado. A cápsula endoscópica representa um método não invasivo ideal para este estudo. Este achado nem sempre tem significado clínico.

**OBJECTIVOS:** Avaliar os achados da enteroscopia por cápsula em pacientes estudados por erosões isoladas do ileo, detectadas em ileocolonosopia.

**MÉTODOS:** Avaliação retrospectiva de uma série de 1500 enteroscopias por cápsula. Destas, 52 (3.5%) foram motivadas pela detecção de erosões isoladas do ileo na ileocolonosopia. Os sistemas de enteroscopia utilizados foram: Given (n= 33), Mirocam (n= 15) e Olympus (n= 4).

**RESULTADOS:** Foram estudados 52 pacientes, com idade mediana de 41 anos [15, 66], 56.6% do sexo masculino). Foram observadas erosões no ileo em 86.5%, associadas a úlceras em 32.7% dos doentes. Não foram identificadas erosões no ileo pela enteroscopia por cápsula em 13.5% dos pacientes. No jejuno, observam-se erosões em 23.1% associadas a úlceras em 15.4% do total dos doentes. 76.9% dos doentes não apresentam assim lesões do jejuno. Em 3.8% dos doentes (n= 2) a cápsula não atingiu o cego (atingiu o ileo em todas). Os diagnósticos estabelecidos foram: Doença de Crohn em 36.9%; "leite erosiva inespecífica" em 50% e exame normal em 13.5%, correspondente a uma sensibilidade de 86.5% para a detecção de erosões ileais pela cápsula endoscópica. Em todos os exames normais a cápsula atingiu o cego.

**CONCLUSÕES:** 1 - A enteroscopia por cápsula mostrou-se um método útil para avaliar a extensão do intestino delgado pelo processo inflamatório. 2 - A maioria dos doentes com erosões ileais não apresenta lesões no jejuno. 3- Em mais de um terço dos casos encontrados achados sugestivos de envolvimento do intestino delgado por doença de Crohn. 4 - Em metade dos doentes os achados foram inespecíficos. 5 - A enteroscopia por cápsula pode não detectar erosões ileais isoladas.

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 16

### CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DE UM GRUPO DE DOENTES COM COLITE ISQUÉMICA

Pereira M.J., Carvalheiro J., Fernandes A., Giestas S., Romão Z., Sofia C. Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**INTRODUÇÃO:** A colite isquémica (CI) constitui a forma mais comum de lesão isquémica do tubo digestivo. Atinge particularmente indivíduos com mais de 60 anos de idade e o espectro clínico pode variar desde

colopatia reversível a doença fulminante.

**OBJECTIVOS:** Caracterização clínica e epidemiológica de um grupo de doentes com CI.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Realizada análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados num Serviço de Gastroenterologia entre Janeiro/2007 a Janeiro/2011, com o diagnóstico de CI.

**RESULTADOS:** Identificados 111 doentes, 70,2% do sexo feminino. Idade média: 75,5±11,2 anos. 90% dos doentes apresentavam idade superior a 61 anos. Duração média do internamento: 8 dias (2-21). Antecedentes de patologia cardiovascular em 69% dos doentes, tromboembólica 28%, episódio prévio de CI 4,5%. 35% encontravam-se acamados. Sinais e sintomas à apresentação: hematoquezias 48,6%, dor abdominal 45,9%, retrorragias 39,6%, vômitos 13,5% e febre 1,8%. Instabilidade hemodinâmica em 4,5%. Leucocitose em 63%, elevação da PCR 58% e anemia 21,6%. Necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário em 9,9%. O sigmóide foi mais frequentemente envolvido 58,5%, seguido do cólon descendente 55%, reto 13,5%, flexura esplénica 9,9%, transversa 7,2% e ascendente 1,8%. Realizado controlo endoscópico em 64% dos casos, revelando boa evolução das lesões. Efectuadas biopsias em 90%, que foram concordantes com o diagnóstico endoscópico. Nenhum doente faleceu. Dois doentes apresentaram recidiva de CI (1,8%) no período de um ano.

**CONCLUSÕES:** 1) Verificou-se predomínio da CI no idoso do sexo feminino. 2) O sigmóide e o descendente foram os segmentos do cólon mais frequentemente envolvidos. 3) Raramente houve necessidade transfusional. 4) Observou-se nesta série uma elevada percentagem de doentes acamados, com factores de risco cardiovasculares e antecedentes de patologia tromboembólica. 5) Apesar das comorbilidades, todos apresentaram evolução favorável, destacando-se a ausência de necessidade cirúrgica e mortalidade nesta série.

## COMUNICAÇÃO ORAL Nº 17

### COLITE MICROSCÓPICA: DOENÇA RARA OU SUBDIAGNOSTICADA?

Alexandra Fernandes\*, Joana Carvalheiro\*, Maria João Pereira\*, Sílvia Giestas\*, Rosa Ferreira\*, Margarida Ferreira\*, Sofia Mendes\*, Zita Romão\*, Cláudia Agostinho\*, Rui Mesquita\*, Raquel Pina\*\*, Francisco Portela\*, Lígia Prado e Castro\*\*, Carlos Sofia\*

\*Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC)

\*\*Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra - Hospital Geral (CHUC-HG)

**INTRODUÇÃO:** A Colite Microscópica (CM) é uma importante etiologia de diarreia crónica mas a sua verdadeira prevalência é mal conhecida. **OBJETIVO:** Determinar a prevalência e caracterizar um grupo de doentes com CM.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Revisão retrospectiva de todas as biopsias cólicas realizadas num período de 6 anos (09/2006-09/2012), com registo dos casos de CM e respetiva caracterização clínica, analítica e endoscópica. Considerou-se como critério diagnóstico de Colite Linfocítica a presença de mais de 20 linfócitos intra-epiteliais por cada 100 células, e de Colite Colagenosa a deposição sub-epitelial de colágeno (>10µm). **RESULTADOS:** Revisitos 1622 resultados histológicos, 1043 dos quais correspondiam a colite inespecífica. Nos restantes identificaram-se 24 casos de CM (sexo feminino-66,7%; média etária-60,9±18,7 anos; colite linfocítica-70,8%; colite colagenosa-29,2%). Motivo da colonoscopia: diarreia crónica-45,8%; diarreia crónica+emagrecimento-29,2%; diarreia crónica+dor abdominal-25%. Analiticamente: sem alterações-79,2%; anemia-12,5%; hipalbuminémica-8,3%. Achados endoscópicos: normal-83,3%; discreta hiperémia pontual-16,7%. Terapêutica instituída: messalazina-33,3%; budesonide-12,5%; mebeverina-8,3%; loperamida em SOS-29,2%; nenhuma-16,7%. Em 29,2% dos doentes não há registo de seguimento clínico, 25% melhoraram

com a terapêutica instituída, 20,8% melhoraram sem qualquer terapêutica dirigida e 20,8% mantiveram diarreia. Patologias associadas: doença celíaca-12,5%; tireoidite autoimune-8,3%; doença de Behcet-4,2%; cirrose biliar primária-4,2%.

**CONCLUSÕES:** A CM é uma entidade rara, subvalorizada, mais comum em mulheres de meia-idade, manifestando-se invariavelmente por diarreia crônica, sem tradução endoscópica e frequentemente associada a outras patologias, predominantemente do foro autoimune. O elevado número de diagnósticos inespecíficos deixa antever a hipótese de eventual subdiagnóstico.

## **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 18**

### **AVALIAÇÃO DE RECORRÊNCIAS DE FÍSTULAS ANAIS APÓS CIRURGIA LIFT (LIGATION OF THE INTERSPHINCTERIC FISTULA TRACT)**

Carlos Costa Pereira, Joaquim Costa Pereira, Cristina Martinez Ínsua, Susana Costa, Licínio Soares, Jacinta Queirós, Arnaldo Ferreira Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**INTRODUÇÃO:** A técnica de ligadura do trajecto fistuloso no espaço interesfínctericiano (LIFT) tem-se mostrado promissora em termos de resultados e sem alteração da função esfínctericiana. Fez-se a avaliação dos padrões de recorrências após cirurgia LIFT e resultados das cirurgias na recorrência.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Recolha de dados de base de dados específica para doentes submetidos a cirurgia de fístula anal por LIFT.

Entre Janeiro de 2010 e Junho de 2012 foram intervenções 31 doentes pela técnica LIFT com follow up entre 4 e 104 semanas.

**RESULTADOS:** Dos 31 doentes operados foram identificados 8 (25,8%) com recorrência de fístula anal.

O padrão de recorrência foi fístula interesfínctericiana em 3 doentes, 4 com fístula transesfínctericiana e 1 com fístula rectovaginal.

Os doentes com recidiva interesfínctericiana foram submetidos a fistulotomia encontrando-se sem recidiva.

O tratamento dos doentes com recidiva transesfínctericiana não foi padronizado.

Um doente foi submetido a colocação de plug e encontra-se em follow-up, outro foi submetido a fistulectomia e encerramento de orifício interno, apresenta recidiva. Num dos doentes foi colocado seton, encontra-se em follow-up e no último doente foi efectuado novo LIFT aguardando resultado.

Nenhum doente apresenta alteração da continência em relação a continência pré-operatória.

**CONCLUSÃO:** A taxa de recorrência da cirurgia LIFT foi de 25,8%.

Cerca de 37% das recidivas foram sob a forma de fístula interesfínctericiana e a cirurgia de fistulotomia foi curativa.

Os restantes casos foram tratados de uma forma não padronizada, não permitindo avaliar a eficácia de repetição da técnica de LIFT.

## **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 19**

### **A NITROGLICERINA TÓPICA COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA NA FISSURA ANAL**

Helena Devesa, Raquel Rodrigues, Bárbara Lima, Ana Rodrigues, Aires Martins, Álvaro Gonçalves, Paulo Passos, Teresa Almeida, Fernando Barbosa, Alberto Midões

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo

**INTRODUÇÃO:** A fissura anal é muitas vezes considerada uma patologia menor mas que pode tornar-se incapacitante para o doente.

O tratamento médico com Nitroglicerina tópica apresenta-se como uma opção terapêutica com o objectivo de evitar ou atrasar a cirurgia e o consequente risco de complicações cirúrgicas.

**OBJECTIVOS:** Determinar a eficácia do tratamento com Nitroglicerina tópica em doentes com o diagnóstico de fissura anal.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Foi efectuada uma revisão retrospectiva dos doentes observados em consulta de Proctologia, com o diagnóstico de fissura anal, submetidos a tratamento com Nitroglicerina tópica a 0,4% entre Maio 2008 e Junho 2012. O tratamento consistiu em 2 aplicações diárias de Nitroglicerina tópica na região anal, durante 8 semanas. Foi avaliada a sintomatologia e a cicatrização às 8 semanas.

**RESULTADOS:** De 203 doentes observados, 10 faltaram às consultas subsequentes. Dos 193 doentes que foram avaliados após o fim do tratamento tópico com Nitroglicerina, registou-se cicatrização em 45,08%. A taxa de recidiva foi de 8,29%, em média 8,25 meses após a cicatrização.

24,87% dos doentes apresentaram efeitos secundários, sendo o mais comum as cefaleias (70,83%).

Não completaram o tratamento 18,65% dos doentes, 72,22% devido a efeitos secundários, 22,22% por ineficácia deste e 2,78% por desaparecimento dos sintomas.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** Os resultados da nossa instituição mostram uma taxa de cicatrização sobreponível à descrita na literatura.

A Nitroglicerina tópica demonstra ser uma opção terapêutica válida no tratamento inicial da fissura anal, nomeadamente nos doentes que recusam cirurgia ou que apresentam maior risco cirúrgico pelas suas co-morbilidades.

## **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 20**

### **ULTRASSONOGRAFIA ENDOANAL NA DOR ANO-PERINEAL**

Ricardo Küttner Magalhães, Castro-Poças, Paula Lago, Teresa Moreira, Maria João Magalhães, Isabel Pedroto

Serviço de Gastroenterologia, do Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto

**INTRODUÇÃO:** A ultrassonografia endoanal pode constituir um exame relevante na investigação clínica da dor ano-perineal.

**OBJECTIVO:** Avaliar o impacto da ultrassonografia endoanal no estudo da dor ano-perineal quando o exame proctológico não revela alterações.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Recolha retrospectiva dos dados relativos a doentes referenciados para realização de ultrassonografia endoanal por dor ano-perineal, no período de Agosto de 2008 a Outubro de 2012. Foram analisados dados demográficos e clínicos e incluídos apenas os doentes cujo exame proctológico não apresentava alterações que justificassem os sintomas.

**RESULTADOS:** Realizada ultrassonografia endoanal a 77 doentes, 51 (66%) do sexo feminino, com idade média de 56 anos (20-86 anos). Vinte e seis doentes (34%) apresentavam antecedentes de patologia anorectal e 20 (26%) já tinham sido submetidos a cirurgia por esse motivo. Treze doentes (17%) tinham Doença Inflamatória Intestinal (9 Doença de Crohn e 4 Colite Ulcerosa). A sintomatologia acompanhante mais frequentemente reportada foi a disquézia (9,1%) e as rectorragias (7,8%). A ultrassonografia endoanal revelou alterações em 47 casos (61%): alterações esfínctericianas em 20, patologia hemorroidária em 16, fissura anal em 8 e fístula/abcesso perianal em 6.

**CONCLUSÕES:** A ultrassonografia endoanal diagnosticou alterações numa percentagem elevada de doentes, assumindo assim um papel decisivo na detecção de lesões orgânicas não objectivadas no exame proctológico.

## **COMUNICAÇÃO ORAL Nº 21**

### **CECOSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA E ENEMAS CÓLICOS ANTERÓGRADOS**

Ricardo Küttner Magalhães\*, Castro-Poças\*, Fernando Pereira\*\*, Joana Tavares\*\*\*, Maria João Magalhães\*, Isabel Pedroto\*

\*Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

\*\*Serviço de Gastroenterologia Pediátrica, Centro Hospitalar do Porto.

\*\*\*Serviço de Ambulatório, Centro Hospitalar do Porto

**INTRODUÇÃO:** A incontinência fecal, o soiling e a obstipação refractárias podem ser incapacitantes para o doente e para a família. Em doen-

tes com patologia congénita do tubo neural e malformações anorectais, as medidas comportamentais e médicas podem não ser satisfatórias para a resolução do problema.

**OBJECTIVO:** Avaliar a utilização de cecostomias endoscópicas percutâneas para realização de enemas cólicos anterógrados em doentes com incontinência fecal, soiling e obstipação intratáveis.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Recolha retrospectiva dos dados demográficos e clínicos relativos a doentes submetidos a cecostomia endoscópica percutânea para realização de enemas cólicos anterógrados.

**Resultados:** Incluídos 2 doentes, ambos do sexo masculino, com idades actuais de 20 e 33 anos. À data da realização da cecostomia os doentes apresentavam 17 e 25 anos. A indicação para o procedimento foi incontinência fecal/soiling e obstipação secundárias a mielomenin-gocelo. Os procedimentos decorreram sem intercorrências. Ambos os doentes se adaptaram à realização de enemas cólicos anterógrados e melhoraram significativamente a sua qualidade de vida. Num doente ocorreu migração do botão de cecostomia, tendo este sido recolocado com apoio endoscópico.

**CONCLUSÕES:** Os enemas cólicos anterógrados constituem uma opção válida para as disfunções defecatórias, quando a optimização da terapêutica convencional não é satisfatória. A realização de cecostomia endoscópica percutânea parece ser um processo eficaz e seguro na abordagem destes doentes.

**DIA 29 DE NOVEMBRO ÀS 18:00H**

## **CASO CLÍNICO Nº 1**

### **TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DO CÓLON – RELATO DE UM CASO EM LOCALIZAÇÃO INCOMUM**

Teresa Pinto Pais, Sofia Campelos, Carlos Fernandes, Iolanda Ribeiro, Sónia Fernandes, Sónia Leite, Luis Alberto, Agostinho Sanches, José Fraga Centro Hospitalar de Gaia/Espinho – Serviço de Gastrenterologia

O tumor de células granulares (TCG) é uma neoplasia benigna relativamente rara, que se pode localizar em qualquer parte do organismo, sendo a cavidade oral o local mais frequentemente atingido. No trato gastrointestinal, o local mais comum é o esófago, seguido de duodeno, ânus e estômago. O atingimento do cólon e reto é incomum, normalmente encontrado incidentalmente em exames de rastreio.

**OBJETIVO:** Os autores pretendem relatar um caso de TCG no cólon, tratado endoscopicamente - escrever o seu aspeto clínico, histopatológico, imunohistoquímico e formas de tratamento.

**MÉTODO:** Análise do processo clínico e revisão da literatura.

Caso clínico: Homem, 54 anos de idade, sem antecedentes pessoais médicos ou cirúrgicos relevantes. Desconhece antecedentes familiares de cancro colo-rectal. Assintomático, é submetido a colonoscopia de rastreio no nosso serviço, na qual foi detetada uma formação nodular com cerca de 6 mm, recoberta por mucosa intacta. Procedeu-se à sua remoção endoscópica, sem intercorrências imediatas ou tardias. A análise histológica revelou proliferação de células poligonais de aspeto granular, contendo grânulos Periodic acid Schiff (PAS)-positivos, com forte marcação imunohistoquímica para a proteína S-100. A lesão ressecada foi diagnosticada como TCG do cólon. Dada a ausência de sintomas, tamanho da lesão e aspetos histológicos benignos, optou-se por vigilância endoscópica. Os autores expõem iconografia correspondente. **CONCLUSÃO:** No presente caso, relatamos um TCG do cólon, localização incomum, com características histopatológicas e imunohistoquímicas típicas, e tratado endoscopicamente. Saliencia-se esta entidade no diagnóstico diferencial de lesões do cólon.

## **CASO CLÍNICO Nº 2**

### **ÚLCERA SOLITÁRIA DO RECTO – UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO ENDOSCÓPICA**

Mariana Costa, Diana Carvalho, Joana Saiote, Pedro Russo, J. Costa Simões, A. David Marques

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital dos Capuchos

Doente do sexo masculino, 22 anos, com síndrome de Asperger, referenciado à consulta de Proctologia por hematoquezias e proctalgia com 6 meses de evolução. Referia dejeções diárias de fezes moldadas, com significativo esforço defecatório.

A avaliação proctológica evidenciou lesão procidente aos 8 cm, com mucosa ulcerada e friável, de consistência dura, na parede anterior do recto, ocupando um terço da circunferência. O aspecto macroscópico era compatível com lesão neoplásica. A histologia das biópsias realizadas com pinça evidenciou apenas inflamação e necrose, tendo-se consequentemente realizado biópsia cirúrgica, mais profunda e de maiores dimensões. O exame histológico desta última revelou-se compatível com síndrome da úlcera solitária do recto.

A forma de apresentação endoscópica da síndrome da úlcera solitária do recto é muito variável. No entanto esta aparência é rara.

## **CASO CLÍNICO Nº 3**

### **COLITE COLAGENOSA ASSOCIADA A ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES**

Mariana Costa, Joana Saiote, Diana Carvalho, Pedro Russo, J. Costa Simões, A. David Marques

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital dos Capuchos

Doente do sexo feminino, 66 anos, referenciada à consulta de Gastrenterologia por diarreia aquosa crónica, associada a dor tipo moinha nos quadrantes inferiores do abdómen e perda ponderal, sem febre, após terapêutica com meloxicam durante 2 meses por poliartropatia degenerativa.

A colonoscopia mostrou muco no lúmen e mucosa de aspecto normal. Foram realizadas biópsias em todos os segmentos do cólon e no recto. A histologia revelou-se compatível com colite colagenosa. A diarreia resolveu com a suspensão do anti-inflamatório, não havendo recorrência. A colite colagenosa é um subtipo de colite microscópica e uma causa rara de diarreia crónica. A associação com anti-inflamatórios não esteróides encontra-se descrita, mas é incomum, desconhecendo-se a sua patogénese. Coloca-se a hipótese de este tipo de fármacos desencadear uma doença crónica que se autonomiza.

## **CASO CLÍNICO Nº 4**

### **ENTERECTOMIA DO DELGADO SEM COMPLICAÇÕES EM DOENÇA DE CROHN SOB INFLIXIMAB**

Ângela Rodrigues\*, Cidalina Caetano\*, Marisa Santos\*\*, Miguel Mascarenhas Saraiva\*\*\*

\*Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António

\*\*Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António

\*\*\*ManoPH - Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva, Porto

**INTRODUÇÃO:** O Infliximab é eficaz na indução e manutenção da remissão da Doença de Crohn. As intercorrências infecciosas constituem uma das principais complicações da terapêutica, daí o receio quanto ao potencial aumento de complicações pós-operatórias em doentes tratados com Infliximab.

**CASO CLÍNICO:** Homem de 27 anos com Crohn jejuno-ileal estenosante, diagnosticado em Janeiro de 2006. Iniciou Corticoterapia e Azatioprina com controlo da doença. Aos 9 meses de Azatioprina necessária redução da dose (1,75 mg/Kg/dia) por mielosupressão, mantendo remissão clínica e analítica. Aos 2 anos algumas queixas suboclusivas e a avaliação imagiológica revelou úlceras e 5 estenoses no jejuno e íleon proximal com dilatação a montante (ansa + dilatada com 5cm), pelo que iniciou terapêutica com Infliximab. Reavaliação imagiológica aos 4 meses de Infliximab demonstrou manutenção das estenoses, mas sem ulceração. A Azatioprina foi suspensa aos 6 meses. Aos 8 meses de Infliximab (Setembro de 2010), 7 semanas após a última infusão, foi submetido a enterectomia segmentar de 45 cm (este segmento com 7 estenoses fibróticas) sem intercorrências. O pós-operatório decorreu sem complicações, com alta ao 6º dia. Após a cirurgia manteve terapêutica com Infliximab sem evidência de recidiva até ao momento.

**CONCLUSÃO:** Diversos estudos têm sido conduzidos no sentido de avaliar o risco de complicações pós-operatórias associadas à utilização do Infliximab, no entanto a maioria apresenta limitações significativas e não são conclusivos. O mais importante para o sucesso da cirurgia parece ser o controlo inflamatório da doença e a ausência de corticoterapia.

## CASO CLÍNICO Nº 5

### INTUSSUSCEPÇÃO ILEO-CÓLICA POR LINFOMA NÃO HODGKIN DO CEGO

Liliana Pereira de Carvalho, Rita Herculano, Sofia Santos, Leopoldo Matos  
Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Doente do sexo feminino, 55 anos de idade com antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial, tabagismo, apendicectomia e histerectomia total por mioma uterino há 5 anos. Iniciou um quadro, com 10 dias de evolução de dor abdominal tipo cólica acompanhada de vômitos, dejeções diarreicas (primeiros 6 dias) que reverteram para obstipação e distensão abdominal, tendo sido internada no Serviço de Gastroenterologia para esclarecimento do quadro. Efectuou Tomografia computadorizada que revelou alterações da morfologia da válvula do ileo-cecal, com espessamento da parede, suspeita de lesão atípica, com algum grau de invaginação ileo-cecal. Foi submetida a colonoscopia (com colonoscópio ultrafino por fixação cólica e dor), que revelou lesão ulcerada e estenosante da válvula ileo-cecal e invaginação do delgado com prolapso cólico. As biópsias colhidas revelaram Linfoma não Hodgkin de células B. Foi transferida para o Serviço de Cirurgia e, durante o internamento, por quadro de oclusão intestinal foi submetida a colectomia direita. Teve alta clinicamente melhorada.

## CASO CLÍNICO Nº 6

### NEOPLASIA RECTAL – UMA EVOLUÇÃO POUCO HABITUAL

Luís Elvas\*, Daniel Brito\*, Rita Carvalho\*, Miguel Areia\*, Sandra Saraiva\*, Susana Alves\*, Carlos Abrantes\*\*, Paulo Figueiredo\*\*, Ana Teresa Cadime\*

\*Serviço de Gastroenterologia do IPOCFG, EPE

\*\*Serviço de Anatomia Patológica do IPOCFG, EPE

O cancro colo-rectal é uma das neoplasias de maior prevalência em todo o mundo, sendo o quarto com maior mortalidade. Apresentamos um caso de um homem de 61 anos, submetido em 2006 a ressecção trans-anal de pólo retal, cuja histologia revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com invasão da submucosa, permeação venosa e linfática, distando 2 mm da margem cirúrgica. A tomografia computadorizada e a ecoendoscopia não revelaram disseminação local ou à distância. Enviado ao IPOC para tratamento adjuvante, que não efetuou por ter ultrapassado o tempo útil, tendo ficado em vigilância. Durante 5 anos foi seguido periodicamente em consulta, não se objetivando alterações clínicas ou imagiológicas sugestivas de recidiva local ou metastização. Em 2011 é identificado, em colonoscopia de vigilância, abaulamento da parede retal com mucosa íntegra. A ecoendoscopia mostrou nódulo hipocogénico, de contorno externo irregular, com área calcificada, com cerca de 25 mm de maior diâmetro, aparentemente na dependência da muscular própria. Não se observaram adenopatias peri-retais. Sem evidência de metastização à distância nos exames imagiológicos. A citologia da punção trans-retal do nódulo, guiada por ecoendoscopia, revelou a presença de um adenocarcinoma. O doente foi submetido a ressecção anterior do reto, tendo o exame anatómico-patológico revelado um carcinoma colo-rectal invasivo, bem diferenciado, localizado na muscular própria e gordura, sob mucosa conservada, sem permeação vascular ou metástases nos 17 gânglios excisados, com a margem cirúrgica circunferencial atingida pelo tumor, pelo que iniciou tratamento adjuvante.

## CASO CLÍNICO Nº 7

### NECROSE ANAL – QUANDO A ETIOLOGIA PERMANECE DESCONHECIDA

Sandra Barbeiro, Manuela Canhoto, Inês Gil, Cláudia Gonçalves, Bruno Arroja, Paulo Alves, Cristina Amado, Filipe Silva, Isabel Cotrim e Helena Vasconcelos

Serviço de Gastroenterologia – Hospital de Santo André, Leiria

A necrose anal é uma entidade aparentemente desconhecida. Não foram encontrados artigos sobre esta temática em publicações científicas.

Homem, 83 anos, institucionalizado e acamado, antecedentes de patologia demencial, HTA e DM tipo 2. Trazido ao Serviço de Urgência por quadro de diarreia aguda. Apresentava-se emagrecido, nada colaborante, apirético e hemodinamicamente estável. O abdómen era escavado, mole e depressível, indolor e sem massas à palpação. À inspeção anal identificou-se lesão escurecida de toda a região perianal. O toque retal foi doloroso, aparente hipotonia do esfíncter anal, sem massas palpáveis e o dedo da luva continha fezes castanhas. Analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados. Realizada retosigmoidoscopia que, verificou alterações compatíveis com isquemia do canal anal e visualizou fezes sólidas no lúmen. Iniciou terapêutica médica com antibioterapia, fluidoterapia e analgesia sem melhoria. Não se registaram dejeções diarreicas após a admissão.

Foi discutido o caso com a cirurgia e optou-se por realizar desbridamento cirúrgico local. A evolução do doente foi favorável com melhoria substancial dos achados perianais. Histologicamente com infiltrado inflamatório polimórfico e sinais de necrose e ulceração extensas; ausência de malignidade bem como sinais de trombose/lesões de vasculite. A diarreia foi interpretada como “falsa”, secundária a incontinência anal transitória provavelmente decorrente da isquemia, hipótese reforçada pela ausência de outras dejeções diarreicas posteriores e pela presença de fezes sólidas no lúmen.

Não foi reconhecida a etiologia das lesões e, apesar de não existir referência, não se excluiu definitivamente a possibilidade de traumatismo ou lesão química.

Pretendemos com este caso discutir esta entidade desconhecida e pouco compreendida.

## CASO CLÍNICO Nº 8

### DOIS CASOS DE ISQUEMIA DO RECTO DISTAL APÓS HEMORROIDOPEXIA CIRCULAR DO LONGO

Eduardo Rodrigues-Pinto\*, José Alexandre Sarmento\*\*

\* Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar São João, Porto,

\*\*Serviço de Gastroenterologia Hospital CufPorto

INTRODUÇÃO: A hemorroidopexia circular (HC) é uma técnica cirúrgica, descrita por Longo em 1998 que preserva a anatomia do canal anal e da linha pectínea. Consiste na introdução trans-anal de um agrafador e na ressecção em doughnut da mucosa rectal, com interrupção da circulação hemorroidária e elevação da mucosa rectal para reduzir o risco de hemorragia e ao mesmo tempo corrigir o prolapso rectal (2)

A hemorroidopexia circular parece ter eficácia semelhante às hemorroidectomias cirúrgicas convencionais (Milligan-Morgan e Ferguson) (1) em casos bem selecionados, estando estas, contudo, associadas a maior morbilidade pós-operatória imediata, com queixas perianais mais frequentes, maiores períodos de internamento e de recuperação, assim como tempo cirúrgico mais longo (3).

As complicações de ambas as técnicas parecem ser semelhantes (2), sendo a hemorragia pós-operatória a mais frequente (1-25% dos casos), seguida por abscessos, retenção urinária, tenesmo, fecalomas e raramente, lesão esfíncteriana, deiscência da anastomose ou estenose. Existem poucos estudos a longo prazo em relação à hemorroidopexia, bem como estudos comparativos entre as duas técnicas, mas o grau de satisfação dos doentes, nos poucos estudos existentes é semelhante. Estão descritas complicações após a HC que variam entre 20,2 a 36,4%, incluindo algumas com mortalidade, como sépsis perianal e pélvica, perfuração rectal, hematomas e gangrena de Fournier, além de dor mais ou menos longa e hemorragia peri (10%) e pós-operatória (1-4%)(2,3,4). OBJETIVO: Descrevem-se dois casos de doentes com intensa dor anal iniciada três dias após realização de HC, acompanhada de tenesmo e num dos casos dificuldade urinária, sem retenção. Na observação rec-

toscópica havia aspecto de isquemia desde imediatamente abaixo da linha de sutura, até ao canal anal, sem envolvimento deste. Em ambos, a linha de sutura e o recto a montante tinham aspecto endoscópico normal, havendo espasmo esfíncteriano ao toque rectal, num dos doentes. Foi feito tratamento conservador com AINE, pomada de diltiazem e supositórios de 5-ASA, com resolução da sintomatologia ao fim de 5 dias num dos doentes. A outra doente manteve dor, tenesmo e dificuldade em iniciar a micção durante três semanas com melhoria ligeira da sintomatologia após injeção de toxina botulínica que fez diminuir o espasmo esfíncteriano que apresentava; fez entretanto RM sem alterações, tendo tido recuperação mais lenta que no primeiro caso do aspecto endoscópico do recto inferior.

**CONCLUSÃO:** Embora não se tenha encontrado na literatura descrição de aspectos endoscópicos semelhantes, é natural que muitos doentes com dor no pós-operatório precoce tenham tido lesões semelhantes não diagnosticadas por não se ter feito observação rectoscópica que recomendamos vivamente em casos semelhantes.

## POSTER Nº 1

### 3 ANOS DE CIRURGIA COLO-RECTAL LAPAROSCÓPICA NA R.A.M.

Ricardo Viveiros, Diana Fernandes, Maria Olim, Sara Silva, Mafalda Neves, Ivan Subotin, Jorge Fernandes, Rubina Gouveia, Pinto da Cruz, Aires Teixeira

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Central do Funchal

**INTRODUÇÃO:** A Cirurgia Laparoscópica no cancro colo-rectal é sem dúvida mais complexa e necessita de uma curva de aprendizagem mais longa, mas, traz-nos também todas as vantagens já comprovadas desta técnica cirúrgica, nomeadamente: menor morbilidade, menor tempo de internamento e um regresso mais rápido à vida activa.

**OBJECTIVO:** Documentar a experiência do recém-formado Sector de Cirurgia Colo-rectal do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Central do Funchal, durante o período compreendido entre Janeiro de 2009 e Março de 2012.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Analisamos retrospectivamente entre Janeiro de 2009 e Março de 2012, 89 doentes submetidos a ressecções laparoscópicas de cólon e/ou recto no Sector CCR através da consulta de base de dados do bloco operatório e processos clínicos.

**RESULTADOS:** A patologia mais encontrada nesta série é o adenocarcinoma. As localizações anatómicas mais afectadas são o cólon direito e o recto. A hemicolectomia direita foi a cirurgia mais efectuada. As taxas de conversão, assim como, de complicações imediatas e tardias encontram-se concordantes com a literatura.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** Os resultados obtidos enquadram-se na literatura descrita. A sectorização do Serviço de Cirurgia permitiu um crescimento sustentado da cirurgia coloproctológica laparoscópica na Região Autónoma da Madeira que permitirá intervir a curto e médio prazo na melhoria dos seus resultados.

## POSTER Nº 2

### TUMORES COLO-RECTAIS SÍNCRONOS

Dália Fernandes, Sofia Jardim, João Casteleiro Alves, Patrícia Duarte, Célia Vicente, Rui Ramos, Carlos Casteleiro Alves

Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

Em 3 a 5% dos cancros colo-rectais (CCR) existem lesões síncronas.

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 73 anos que recorreu ao serviço de urgência por hematoqueias e dor abdominal, com 1 semana de evolução. Referia antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia e negava antecedentes familiares de CCR. Ao toque rectal apresentava uma massa ulcerada na face anterior do recto e dedo de luva com vestígios de sangue. Análiticamente destacava-se uma anemia microcítica e hipocrómica (Hb 10,6g/dL, VCM 76,5fL e HCM 25pg). Realizou fibroscopia de urgência que revelou lesão exofítica entre os 5 e os 8cm da margem anal (adenocarcinoma bem diferenciado) e pólipos. No internamento realizou colonoscopia total que mostrou, para além da lesão anteriormente referida, uma outra lesão ulcerada no cólon ascendente (adenocarcinoma invasivo) e vários pólipos, 6 no sigmóide, excisados e recuperados (5 adenomas tubulares e 1 viloso com displasia de baixo grau), 2 no ascendente e 1 no cego, estes últimos não excisados. A tomografia computadorizada toraco-abdominopélvica excluiu lesões secundárias à distância. A eco-endoscopia ano-rectal, para estadiamento da neoplasia do recto, mostrou acometimento de todas as camadas, sem invasão do mesorecto e 3 adenopatias com 0,5cm. A doente foi submetida a ressecção anterior do recto com eversão total do recto, com anastomose termino-terminal e hemicolectomia direita alargada com anastomose latero-lateral.

O interesse do presente caso prende-se com a raridade dos tumores colo-rectais síncronos e a inerente importância da colonoscopia total no estudo de qualquer neoplasia do cólon, para adequada orientação terapêutica.

## POSTER Nº 3

### ADENOCARCINOMA MUCINOSO DO APÊNDICE

Dr. Aires Martins, Dr. Álvaro Gonçalves, Dra. Ana Rodrigues, Dra. Bárbara Lima, Dra. Helena Devesa, Dra. Raquel Rodrigues, Dra. Teresa Almeida, Dr. Rui Torres, Dr. Francisco Fazeres, Dr. Alberto Midões

Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM)

Os autores apresentam um caso clínico referente a um doente de 66 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, quistos renais e hernioplastia inguinal direita há cerca de um ano, que é referenciado pelo médico de família por evidenciar uma lesão retrocecal em continuidade com o apêndice, em exames complementares de diagnóstico que efectuou no âmbito do estudo da patologia renal. Clinicamente assintomático e o exame físico não revelava qualquer alteração.

O doente foi submetido a hemicolectomia direita laparoscópica. A análise histológica da peça cirúrgica revelou tratar-se de um carcinoma mucinoso do apêndice com presença de um schannoma do ileo.

Os tumores primários do apêndice são entidades raras, representam apenas 0.5 % dos tumores que acometem o aparelho gastro-intestinal. São maioritariamente representados por adenocarcinomas, mucinosos ou do tipo intestinal e, por tumores carcinoides.

O adenocarcinoma mucinoso pode ser assintomático ou apresentar-se sob a forma de apendicite aguda ou massa palpável, podendo estar na origem do aumento do volume do apêndice, resultante da acumulação de mucina no seu lúmen que está na origem de uma entidade cuja designação é puramente descritiva denominada por mucocelo.

Esta neoplasia pode estar na origem da disseminação de material mucinoso para a cavidade peritoneal - "pseudomyxoma peritonei" apresentando um curso insidioso e progressivo.

O tratamento standard do adenocarcinoma mucinoso apendicular é a hemicolectomia direita. Quando existe disseminação, nomeadamente peritoneal, uma abordagem cirúrgica agressiva que envolva a remoção do peritoneu envolvido associada a quimioterapia intraperitoneal pode melhorar a sobrevida dos doentes.

## POSTER Nº 4

### TUMORES CARCINÓIDES DO RECTO – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Diana Carvalho, Rosa Matias, Joana Figueiredo, Mariana Costa, Maria João Bettencourt, Isabel Paixão

Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa

**INTRODUÇÃO:** Os tumores carcinóides do recto são uma entidade rara, perfazendo cerca de 1.3% do total de neoplasias malignas rectais. A sua incidência tem aumentado fruto do avanço nas técnicas endoscópicas diagnósticas. Na maioria dos casos são assintomáticos, no entanto podem manifestar-se por dor abdominal, rectorragias e obstipação. Raramente acompanham-se de síndrome carcinóide.

**OBJECTIVOS:** Apresentação de dois casos clínicos de tumores carcinóides rectais, com discussão de abordagem diagnóstica e terapêutica, revisão da literatura e incluindo iconografia.

**CASO 1:** Doente do sexo feminino, 52 anos, com dor abdominal com 5 meses de evolução, sem outra sintomatologia. Colonoscopia total revelou pólipos séssil com 15mm no recto, cuja biópsia foi compatível com tumor neuroendócrino G2 (cromogranina+). Avaliação laboratorial para exclusão de síndrome carcinóide, sem alterações. Efectuou-se TC

toraco-abdomino-pélvica e RMN pélvica, não se evidenciando invasão muscular tumoral nem metastização. Foi submetida a excisão transanal do tumor.

**CASO 2:** Doente do sexo masculino, 76 anos, que na sequência de pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva, foi submetido a colonoscopia, tendo-se identificado dois pólipos rectais, com 20-15mm, o último com histologia compatível com tumor neuroendócrino G2 (sinaptofisina- e cromogranina-). Laboratorialmente com aumento dos níveis de catecolaminas, sem outras alterações. TC toraco-abdomino-pélvica e RMN pélvica sem metastização, não excluindo atingimento da camada muscular. Ecografia endo-rectal com invasão da submucosa, sem envolvimento ganglionar. Face a estes resultados efectuou-se excisão transanal da lesão.

**CONCLUSÃO:** Estes casos são ilustrativos da apresentação clínica inespecífica. A sua abordagem terapêutica depende substancialmente do tamanho, localização anatómica, invasão muscular e metastização.

## POSTER Nº 5

### **CARCINOMA DO CANAL ANAL - UMA NEOPLASIA EM INCIDÊNCIA CRESCENTE**

Ana Maria Oliveira, Catarina Rodrigues, Filipe Cardoso, Leonel Ricardo, Sara Alberto, Alexandra Martins, David Horta, Eduardo Pires, João Ramos de Deus

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

**INTRODUÇÃO:** O carcinoma do canal anal (CCA) é uma neoplasia rara, mas a sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas décadas.

A apresentação clínica é variável, podendo mimetizar patologia anal benigna, atrasando o diagnóstico e o tratamento atempado.

**OBJETIVO:** Avaliação retrospectiva dos casos de CCA seguidos no nosso centro.

**MÉTODOS:** Foram incluídos todos os doentes com diagnóstico de CCA entre Janeiro de 2003 e Julho de 2012.

Foram revistos processos clínicos e colhidos dados epidemiológicos, diagnóstico anatómo-patológico, estadiamento, terapêutica e follow-up.

**RESULTADOS:** Avaliaram-se 44 casos de neoplasia maligna do canal anal, 28 (63,6%) do sexo feminino, idade média de 68,5 anos na altura do diagnóstico (37-96). 4 doentes tinham antecedentes de neoplasia (1 do cólon direito, 1 da sigmoideia e 2 do útero), 3 infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, 2 doença de Crohn. 22 (50%) doentes apresentavam carcinoma pavimento celular (CPC); 19 (43,2%) adenocarcinoma; 3 (6,82%) pouco diferenciado. 4 (9,1%) doentes tinham carcinoma in situ; 6 (13,6%) doentes tinham metastização à distância (M1) na altura do diagnóstico. 5 doentes foram tratados inicialmente com ressecção abdomino-perineal (todos com o diagnóstico histológico de adenocarcinoma). Foi necessária colostomia num doente com CPC por oclusão.

**TAXA DE MORTALIDADE:** 13,6% (1 ano), 27,6% (3 anos), 52,9% (5 anos).

**CONCLUSÕES:** Os nossos dados são semelhantes ao da literatura: mais frequente no sexo feminino, e o tipo histológico mais frequente foi o CPC. Raros casos de carcinoma in situ.

Urge tomar medidas para diagnosticar esta neoplasia mais precoce-mente.

## POSTER Nº 6

### **OCCLUSÃO INTESTINAL POR TUMOR SECUNDÁRIO DO RECTO**

Miguel Galvão Brito; João Malaquias; H. Bicha-Castelo

Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE

**CASO CLÍNICO:** A metastização no tubo digestivo tem sido considerada bastante rara, mas os estudos pós-morte mostram que a realidade é diferente.

Apresentamos o caso clínico de uma doente de 83 anos, sexo feminino, internada por oclusão intestinal por neoplasia do recto, tratada na urgência, com uma colostomia em esporão.

De relevante nos antecedentes pessoais, referia uma gastrectomia subtotal há 6 anos por adenocarcinoma (ADC) (pG3T3N1).

O estudo diagnóstico e de estadiamento, revelou um tumor do recto extra-peritoneal, que infiltrava a parede, de forma concêntrica, com mucosa irregular globalmente lisa e dura. O estudo imunohistoquímico do material de biópsia, confirmou a lesão como metastase de ADC gástrico.

A endoscopia digestiva alta não apresentou alterações patológicas.

**DIAGNÓSTICO:** Metástase de ADC gástrico na parede do recto extra-peritoneal.

**DISCUSSÃO:** É muito rara a metastização do ADC gástrico no recto.

A TC, neste caso não permitiu colocar a suspeita de tumor secundário, ao contrário da sigmoidoscopia que admitiu a hipótese de se tratar de invasão do recto por lesão extrínseca.

A imunohistoquímica, técnica discriminativa dos tumores do tubo digestivo, confirmou a lesão gástrica secundária.

A disseminação por via vascular é a hipótese mais provável, não sendo contudo de excluir a disseminação linfática.

## POSTER Nº 7

### **MELANOMA ANORECTAL: UMA ENTIDADE RARA**

Maria João Magalhães\*, Marta Salgado\*, Ana Reinas\*\*, Ricardo Küttner Magalhães\*, Rita Pimentel\*, F. Castro Poças\*, Isabel Pedroto\*

\*Serviço de Gastroenterologia

\*\*Serviço de Medicina Interna; ambos os Serviços do Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António

O melanoma anorectal é uma patologia muito rara. Representa menos de 1% de todos os melanomas e cerca de 4% dos casos de cancro anal. Surge, sobretudo, na quinta e sexta décadas de vida, com predomínio feminino. Normalmente, cursa com sintomatologia local, como rectorragias e alteração dos hábitos intestinais. Em cerca de sessenta por cento dos casos existe metastização aquando da apresentação inicial.

Tem muito mau prognóstico, com uma sobrevida média de 24 meses e uma sobrevida aos 5 anos entre os 10% e 20%. Actualmente a cirurgia é a base do tratamento. A abordagem terapêutica não é consensual. O procedimento cirúrgico de escolha varia entre uma ressecção abdomino-perineal e a excisão local, com ou sem radioterapia adjuvante.

Reporta-se o caso clínico de uma mulher de 74 anos, diabética, hipertensa e com antecedentes de tuberculose pulmonar, internada por pneumonia adquirida na comunidade, com insuficiência respiratória. Do estudo, a TAC (tomografia axial computadorizada) torácica evidenciou metastização pulmonar bilateral difusa. Por queixas concomitantes de rectorragias, iniciou-se a investigação de neoplasia primária com colonoscopia. Ao nível da mucosa do recto distal, a envolver a transição anorectal, detectou-se uma lesão vegetante, de superfície acastanhada, hemircunferencial, muito friável, com cerca de 40 mm. O exame histológico mostrou tratar-se dum melanoma do recto. Atendendo ao estado geral e nível de progressão da doença foi proposto tratamento sintomático.

Pretende-se relatar um caso duma entidade clínica rara, apresentando-se iconografia e uma revisão dos dados publicados até à data.

## POSTER Nº 8

### DIARREIA ASSOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE (DACD) E USO INAPROPRIADO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES (IBP)

Silvia Giestas\*, Leonor Aleluia\*\*, Rita Magano\*\*\*, Mercedes Agundez\*\*, Ana Figueiredo\*\*

\*Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra,

\*\*Serviço de Medicina Interna

\*\*\*Serviço de Infecções do Centro Hospitalar de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

**INTRODUÇÃO:** na última década o uso IBP aumentou consideravelmente na prática clínica. A maioria das prescrições de IBP intravenosos (IV) é inapropriada levando a custos desnecessários e potenciando efeitos adversos. Nos doentes hospitalizados a DACD também tem aumentado significativamente. Alguns estudos sugerem que IBP são factores de risco independente para DACD.

**OBJECTIVOS:** avaliar adequação da prescrição de IBP IV em doentes com DACD.

**MATERIAL:** análise retrospectiva dos processos clínicos de todos os doentes hospitalizados entre Jan/2005-Dez/20011 que desenvolveram DACD durante internamento. Diagnóstico DACD: clínica sugestiva com pesquisa toxina positiva. Avaliada indicação do uso de IBP segundo recomendações redigidas pelas principais sociedades internacionais.

**RESULTADOS:** incluídos 99 doentes. Idade média 78,2±11,1 anos; sexo feminino 70,7%. No ambulatório 39,4% estavam medicados com IBP e apenas 23% tinham registo de indicação apropriada. Durante internamento 74,7% receberam IBP IV e em apenas 36,5% foi identificado indicação apropriada. Tempo médio de internamento e de uso de IBP IV: 22,9±9,1 e 19,7±7,8 dias, respectivamente (81% mantiveram prescrição durante todo internamento). Aquando da alta, todos os doentes medicados com IBP antes do internamento mantiveram esta medicação e 18,9% dos que não estavam medicados passaram a fazer sem indicação.

**CONCLUSÕES:** nesta amostra os IBP IV foram sobreutilizados. Apesar da elevada eficácia e segurança os efeitos secundários dos IBP não devem ser ignorados. O aumento da incidência DACD deve levar-nos a refletir sobre os actos médicos que o favorecem (muitos deles sem benefício/indicação comprovado). Os hospitais devem criar protocolos de prescrição para limitar desperdícios de recursos e garantir uso apropriado dos IBP.

## POSTER Nº 9

### DIARREIA ASSOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE (DACD): CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Silvia Giestas\*, Leonor Aleluia\*\*, Rita Magano\*\*\*, Mercedes Agundez\*\*, Ana Figueiredo\*\*

\*Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra,

\*\*Serviço de Medicina Interna

\*Serviço de Infecções do Centro Hospitalar de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

**INTRODUÇÃO:** a incidência de DACD tem aumentado nos últimos anos condicionando morbilidade/mortalidade significativa. Uso recente de antibióticos é principal factor de risco. Outros factores de risco: hospitalização/institucionalização recente, idade avançada, comorbilidades graves. Fármacos supressores da acidez gástrica têm papel menos claro.

**OBJECTIVOS:** caracterização demográfica, clínica e laboratorial dos casos de DACD nosocomiais num hospital central

**MATERIAL:** análise retrospectiva (Jan/2005-Dez/20011) dos processos clínicos dos doentes que desenvolveram DACD durante internamento.

**RESULTADOS:** incluídos 105 doentes. Idade média 79,3±11,6 anos; sexo feminino 68,5%. Nos 3 meses prévios ao internamento 77% foram medicados com pelo menos 1 antibiótico (2,1±1,3). Maioria estava

polimedicada (78%). Institucionalizados: 61,6%. Hospitalização no último mês: 57%. Na admissão 86,7% tinham diagnóstico de doença crónica de dois ou mais órgãos/sistemas, 14,3% patologia oncológica e 10,5% imunossupressão. Sinais/sintomas mais frequentes: diarreia (6,1±4,3 dejeções/dia) em todos os doentes, febre (41,9%), dor abdominal (45,7%). Avaliação analítica: leucocitose em 55,2% e elevação da PCR na maioria dos doentes (87,6%). Pesquisa de toxina positiva: 94,3%. Colonoscopia realizada em 20% com características sugestivas (pseudomembranas) em 87%. Durante internamento 81,9% receberam inibidores da bomba de protões intravenosos (IBP IV). Tratamento: metronidazol (86,6%), vancomicina (8,6%), terapia dupla (4,8%). Tempo médio tratamento 14±5,3 dias. Tempo médio de internamento: 24,3±9,1 dias. Taxa de mortalidade: 20% (causas não imputáveis à infecção por Clostridium difficile).

**CONCLUSÕES:** características observadas nesta amostra são semelhantes aos achados da literatura. O aumento da incidência da DACD deve alertar-nos para a necessidade de reflexão sobre os factores etiológicos, sobretudo o uso excessivo (muitas vezes sem indicação/benefício) de antibióticos e IBP IV.

## POSTER Nº 10

### DIARREIA ASSOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE: A ÚNICA CULPADA?

Silvia Giestas, Cláudia Agostinho, Margarida Ferreira, Carlos Sofia

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**INTRODUÇÃO:** a colite microscópica (colite colagenosa e linfocítica) é uma doença rara, de etiologia desconhecida, que atinge sobretudo idosos, caracterizando-se por um quadro de diarreia crónica, mucosa do cólon normal ou quase e achados histológicos característicos.

**CASO CLÍNICO:** sexo feminino, 82 anos. Recorre ao serviço de urgência (SU) por diarreia crónica com 4 meses de evolução. Da consulta dos antecedentes destaca-se início do quadro clínico uma semana após internamento prolongado na cirurgia por esfacelo infectado da perna esquerda, tendo recorrido ao SU um mês após alta. Fez hidratação endovenosa por insuficiência renal aguda pré renal e teve alta orientada para consulta externa. Pesquisa toxina clostrídium e coproculturas negativas. Fez colonoscopia sem lesões da mucosa e biópsias sugerindo processo inflamatório crónico. Por agravamento progressivo da diarreia (6-7 dejeções/dia aquosas sem sangue ou muco), associado a astenia e emagrecimento marcado voltou ao SU. Análiticamente salienta-se: anemia (Hb 10,3 g/dl com VGM 94 fL), agudização da função renal, hipocaliémia (2,62mg/dl) e PCR 2,3mg/dl sem leucocitose. Foi internada e iniciou empiricamente ciprofloxacina e metronidazol. Coproculturas, parasitológico e pesquisa fungos nas fezes: negativa. Colonoscopia sem alterações, tendo realizado múltiplas biópsias. Toxina clostrídium: positiva. Manteve metronidazol com melhoria clínica. Manteve seguimento consulta externa. Biópsias revelaram colite colagenosa tendo iniciado budesonido 9mg/dia com boa resposta clínica

**CONCLUSÃO:** a colite colagenosa deve ser considerada no diagnóstico diferencial de diarreia crónica não sanguinolenta, e justifica a realização de biópsias ao longo do tubo digestivo, mesmo com mucosa macroscopicamente normal, devendo-se alertar o anátomo-patologista para essa hipótese diagnóstica.

## POSTER Nº 11

### A PROPÓSITO DE UM CASO DE COLITE ULCEROSA

Pedro Magalhães Costa, Cristina Chagas, Leopoldo Matos

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Homem, 49 anos, com diagnóstico de Colite Ulcerosa desde Abril 2008. Em 2009 por nódulos pancreáticos suspeito de neoplasia foi submetido a gastroduodenopancreatectomia céfalica. A histologia da peça operatória revelou "3 nódulos pancreáticos, correspondendo a área de pan-

createite crónica agudizada com fibrose intensa e permeação por linfócitos, plasmócitos, alguns macrófagos e alguns polimorfonucleares que formam raros microabscessos. Infiltração dos ácinos por células inflamatórias mistas, com predomínio de mononucleares, sem neoplasia". Em 2010, por alterações laboratoriais compatíveis com colostase é lhe diagnosticada Colangite Esclerosante Primária. Ainda nessa investigação são detectados níveis séricos elevados de IgG4, impondo, embora retrospectivamente, pela forma de apresentação, critérios histológicos, serológicos e envolvimento imune de outro órgão, o diagnóstico de Pancreatite Autoimune, à entidade apresentada previamente em 2009. Com este caso, os autores pretendem chamar a atenção para a presença desta patologia (reconhecida há relativamente pouco tempo), a sua importância e dificuldade no diagnóstico diferencial com a neoplasia pancreática. Não apenas por ser mais rara do que esta última mas também pela ausência de critérios de diagnóstico inequívocos e prescindir de cirurgia.

#### **POSTER Nº 12**

##### **NEOPLASIA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

Mariana Costa\*, Diana Carvalho\*, Joana Saiote\*, Maria José Pinheiro\*\*, Teresa Bentes\*, Jaime Ramos\*

\*Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital dos Capuchos

\*\*Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital dos Capuchos

**INTRODUÇÃO:** A doença inflamatória intestinal (DII) está associada a maior risco de adenocarcinoma do intestino delgado, cólon, recto e neoplasias hepatobiliares. A duração, idade de apresentação e extensão da doença parecem ser fatores de risco independentes. O risco de linfoma está aumentado na DII. O tratamento com tiopurinas acentua este risco. **OBJECTIVO:** Caracterização das neoplasias ocorridas numa população com DII seguida num centro hospitalar.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Análise retrospectiva dos registos clínicos dos doentes com DII.

**RESULTADOS:** Num registo de 703 doentes, verificaram-se neoplasias em 12 (8 mulheres), idade média de 33 anos (11-65) no momento do diagnóstico, 7 com doença de Crohn (DC) e 5 com colite ulcerosa (CU), média de 14 anos (0-40) de evolução da doença.

Na DC, envolvimento L2 (+ peri-anal – 1) em 3, L1 em 2 e L3 em 2, registaram-se linfomas em 3 (cólon - 2, delgado - 1) e adenocarcinomas em 4 (intestino delgado, cego, recto e síncronos do cólon e recto). Destes, 2 ocorreram sob tratamento com anti-TNF, 1 em doença ileal sob adalimumab e 1 em doença peri-anal fistulizante complexa sob infliximab.

Na CU, envolvimento E2 em 3 e E3 em 2, verificaram-se 4 adenocarcinomas, 2 do recto, 1 do cólon e 1 hepático, e 1 linfoma do cólon.

Apenas 1 dos 4 doentes que desenvolveram linfoma fez medicação com azatioprina.

**CONCLUSÃO:** A ocorrência de neoplasia foi semelhante à de outros centros de referência.

O linfoma ocorreu em maior número de doentes não medicados com tiopurinas.

#### **POSTER Nº 13**

##### **MORTALIDADE EM DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

Ana Oliveira, Francisco Portela, Carlos Sofia

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**INTRODUÇÃO:** A esperança média de vida na doença inflamatória intestinal (DII) é um assunto controverso, com estudos afirmando que há um aumento na taxa de mortalidade em relação à população em geral,

enquanto outros não demonstram diferenças.

**OBJETIVOS:** Verificar os fatores de risco e causas de morte em doentes com DII (Colite Ulcerosa ou Doença de Crohn) assim como a necessidade de intervenção cirúrgica.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo dos doentes falecidos com DII no período compreendido entre 1 de janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2011.

**RESULTADOS:** Neste período faleceram 24 doentes com DII, idade média de 59 anos e sendo 62,5% homens. 54,2% tinha Doença de Crohn e 45,8% Colite Ulcerosa. A idade média de diagnóstico foi 48 anos e o tempo de evolução da doença de cerca de 13 anos (sendo 54,4% inferior a 10 anos). A atividade da doença era ligeira em 38,1%, moderada em 38,1% e severa em 23,8%, estando 29,2% medicados com corticoides e 5-ASA e 8,3% com biológicos. Em 41,7% a causa de óbito esteve diretamente relacionada com complicações da doença e 50% dos doentes foram submetidos a cirurgia no internamento em que faleceram. Não houve diferença entre o tipo de doença e sua localização com a necessidade de cirurgia.

**CONCLUSÕES:** A esperança média de vida é inferior à da população geral. O diagnóstico da doença é tardio, o tempo de evolução é curto, a causa de morte está diretamente relacionada com a doença e bastantes doentes tiveram necessidade de cirurgia.

#### **POSTER Nº 14**

##### **COLITE MICROSCÓPICA – A VERDADE ESCONDIDA**

Pereira M.J., Carvalheiro J., Fernandes A., Giestas S., Romão Z., Sofia C. Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**INTRODUÇÃO:** A colite microscópica é uma doença intestinal que se manifesta por diarreia crónica não sangüinolenta e pela escassez ou ausência de alterações endoscópicas da mucosa do cólon. Os estudos epidemiológicos têm revelado um aumento da incidência desta entidade na última década. Os AA apresentam dois casos clínicos referentes a esta patologia.

**CASO CLÍNICO 1:** Doente do sexo feminino, de 78 anos de idade, referenciada a consulta por diarreia crónica. Sem alterações ao exame objectivo. Antecedentes de pólipos do cólon, HTA e dislipidemia. Medicada com Brometo de Otilónio, Loperamida em SOS, Sinvastatina e Lisinopril. Analiticamente, sem anemia e sem alterações dos parâmetros inflamatórios. O estudo das fezes, nomeadamente, coproculturas, exame parasitológico e toxina do Clostridium Difficile, foram negativos. A colonoscopia total não mostrou alterações da mucosa. As biópsias do cólon revelaram colite linfocítica. Medicada com Budesonido, constatando-se significativa melhoria clínica.

**CASO CLÍNICO 2:** Doente do sexo feminino, de 80 anos de idade, internada por diarreia crónica não sangüinolenta. Ao exame objectivo destacava-se, desidratação, palidez mucocutânea e edemas dos membros inferiores. Antecedentes de HTA, insuficiência cardíaca e insuficiência renal. Polimedicada. Analiticamente, anemia (hemoglobina:10,2g/dL), insuficiência renal, hipocalcémia e PCR elevada. A toxina do Clostridium Difficile nas fezes foi positiva. As coproculturas e o exame parasitológico das fezes, negativos. A colonoscopia total revelou diverticulose do sigmóide. Efectuou terapêutica médica de suporte e antibioterapia com Metronidazol, com evolução clínica favorável. O estudo histológico do cólon revelou colite colagenosa.

**CONCLUSÃO:** A colite microscópica deverá ser considerada no diagnóstico diferencial de diarreia crónica, sendo o diagnóstico estabelecido pelo exame histológico da mucosa do cólon, demonstrando a presença de colite linfocítica ou colite colagenosa. É particularmente importante a diferenciação desta entidade do Síndrome do Intestino Irritável, permitindo um tratamento adequado, com consequente melhoria da qualidade de vida dos doentes.

## POSTER Nº 15

### CONDILOMAS ACUMINADOS PERI-ANAIS - CURA INESPERADA

César Gomes\*, Luis Alexandre Lopes\*\*

\*Ex-assistente graduado de gastroenterologia do Hospital de S. João e ex-assistente da Faculdade de Medicina do Porto

\*\*Enfermeiro com formação em endoscopia digestiva, da Clínica Dr. César Gomes

**INTRODUÇÃO:** O agente etiológico dos condilomas acuminados peri anais é o papillomavirus humano (HPV) e o contágio é sexual ou por actos de sodomia. Manifesta-se por prurido e prociências perianais não dolorosas. O diagnóstico é feito pelo exame proctológico e anatomo-patológico. No tratamento têm sido utilizados a podofilina, ácido nítrico, crómico, tricloacético, nitrato de prata, crioterapia, electrocoagulação por laser ou argon-plasma e a ablação cirúrgica...

**OBJECTIVOS:** A propósito de um caso clínico, apresenta-se o resultado da aplicação de um fármaco sem intenção de cura.

**CASO CLÍNICO:** A.J.O.L. 22 anos, solteiro, natural de Sta. Maria da Feira, metalúrgico que em Julho de 2012 se queixa de prurido anal e de hemorroidas (sic), sem dor. Negou homossexualidade.

À observação havia um conglomerado de condilomas de cor rosada, indolores, sem sinais de escorrência e o canal anal era normal. Não foi colhido fragmento para exame anatomo-patológico por se esperar que o exame histológico viesse a ser efectuado no todo da peça, em regime hospitalar.

Fez-se aplicação tópica, demorada, de Lifo-Scrub(R) BRAUN (Gluconato de Clorhexidina), sem remoção, no intuito de se evitarem infecções secundárias e é referenciado a Dermatologia para eventual tratamento com argon-plasma, acompanhado de análises HIV1-2 e serológicas da sífilis.

**RESULTADOS:** Três meses depois, estando já o doente no bloco operatória deitado na marquesa, com a equipa pronta para a remoção cirúrgica, é constatado que não apresenta quaisquer lesões, negando outra atitude terapêutica sistémica ou tópica, a não ser o que lhe tinha sido efectuado na consulta em Julho passado.

A observação proctológica que efectuamos neste mesmo dia não mostrou lesões ativas nem sequelas cicatriciais do períneo ou do ânus.

**DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:** A Clorhexidina tem sido usada com sucesso nas lesões dérmicas fúngicas e víricas e, dado que não foi aplicado nenhum outro fármaco para além do utilizado demoradamente e sem remoção após o primeiro exame, somos a concluir que a cura dos condilomas acuminados se ficou a dever à aplicação tópica da Clorhexidina.

## POSTER Nº 16

### TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL

Rodríguez, Ana; Martins, Aires; Gonçalves, Álvaro; Lima, Bárbara; Devesa, Helena; Rodrigues, R; Passos, P; Midões, A.

Cirurgia geral da ULSAM Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Os fundamentos do tratamento da fissura anal passam pela diminuição do traumatismo defecatório, o alívio dos sintomas dolorosos e a reversão da hipertonía esfíncteriana. Durante muito tempo o tratamento desta patologia foi exclusivamente cirúrgico mas recentemente têm surgido novas alternativas terapêuticas como a nitroglicerina, os bloqueadores dos canais de cálcio e a toxina botulínica.

A toxina botulínica é uma neurotoxina que impede a libertação de acetilcolina na junção neuromuscular, o que reverte temporariamente a hipertonía esfíncteriana. Os estudos quanto à eficácia desta terapêutica são poucos e muito díspares, o que não permite afirmar a eficácia do método.

Com este trabalho pretende-se estudar não só a eficácia da toxina

como também a taxa de recidiva ao final de 6 e 12 meses.

A amostra do estudo é constituída por 35 doentes, 74% do sexo feminino e com idade média de 52,6 anos. Estes foram submetidos a injeção interesfíncteriana de 25 UI de toxina botulínica e fez-se uma avaliação dos sintomas e do resultado objectivo após 1, 6 e 12 meses.

Quanto à sintomatologia, ao final do primeiro mês 54% dos pacientes apresentavam-se assintomáticos e 12% mostravam melhoria dos sintomas. Apenas 29% da amostra tem dados aos 6 meses e destes 80% mantêm-se assintomáticos. Após 12 meses, tem-se um follow-up de 14% da amostra inicial dos quais 80% se mantêm sem sintomas.

Nesta amostra o tratamento foi eficaz em metade dos doentes sendo que se pode observar uma manutenção da eficácia da toxina a longo prazo, aos 6 e 12 meses.

## POSTER Nº 17

### TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NAS FÍSTULAS ANO-ESCROTAIS

Diana Carvalho, Joana Saiote, Nuno Borges, Mariana Costa, Alfredo Kong, Jaime Ramos

Hospital de Santo António dos Capuchos

**INTRODUÇÃO:** A doença fistulizante perianal associada à doença de Crohn constitui um verdadeiro desafio. A introdução dos anti-TNF revolucionou o seu tratamento, demonstrando resultados favoráveis na indução e manutenção do encerramento dos trajectos. As fístulas ano-escrotais constituem uma minoria dentro deste grupo, contando com poucos estudos sobre a sua abordagem diagnóstica e terapêutica.

**CASO CLÍNICO:** Doente de 39 anos, sexo masculino, com doença de Crohn cólica e perianal desde há 20 anos, cortico-dependente, refractário à azatioprina e com perda de resposta ao infliximab, submetido a ressecção segmentar do cólon descendente e ângulo esplénico em 2002. Em 2009 inicia desconforto na rafe mediana em direcção ao escroto, com exacerbação na posição sentado, acompanhada de supuração perianal. Ao exame objectivo observava-se pus na margem do ânus, palpando-se cordão doloroso com início justa-anal e estendendo-se vários centímetros em direcção à base do escroto. Ecografia testicular sem alterações. Optou-se pelo internamento, sendo medicado com antibioterapia. Realizou ecografia e RMN pélvica que confirmaram fístula perianal com trajecto anterior, prolongando-se até ao escroto, na região média do períneo. Foi submetido a fistulotomia e aplicação de seton. Constatou-se recidiva dos sintomas um mês após cirurgia com abcesso perianal. Após drenagem e novo ciclo de antibioterapia iniciou terapêutica com adalimumab, verificando-se melhoria sintomática e encerramento do trajecto fistuloso.

**COMENTÁRIOS:** A fistulização ano-escrotal é rara associando-se a elevada morbidade. Este caso, documentado com pomenorizada iconografia evolutiva, pretende exemplificar como os anti-TNF em conjugação com abordagem cirúrgica constituem uma opção eficaz, permitindo remissão da doença perianal.

## POSTER Nº 18

### HIGH RESOLUTION ANORECTAL MANOMETRY IN THE DIAGNOSIS OF PELVIC FLOOR DYSSYNERGIA

Luis Novais

Laboratório de Neurogastroenterologia e Motilidade CEDE-FCML UNL

**INTRODUCTION:** Pelvic floor dyssynergia is a disorder of defecation and is characterized by dysfunction of coordination of anorectal muscles and pelvic floor muscles during defecation.

**OBJECTIVE:** To evaluate patients with constipation and defecatory disorder caused by pelvic floor dysfunction with high resolution anorectal manometry (HRARM).

**METHODS:** Twenty patients, 18 females and 2 males, average age

58,8 years (range 24-87) with chronic constipation and symptoms of pelvic floor dyssynergia were recruited after exclusion of obstructive or metabolic cause. HRARM quantifies IAS and EAS function, rectal sensation, rectoanal reflexes, rectal compliance, and attempted defecation. HRARM involves a solid-state manometric assembly with 10 circumferential sensors spaced at 6 mm intervals and 2 balloon/rectal sensors. Rao's types classification of dyssynergia: type I (the subject can generate an adequate propulsive force with a paradoxical increase in anal sphincter pressure); type II (the subject is unable to generate adequate propulsive force together with paradoxical anal contraction); type III (adequate propulsive force along with an absent relaxation or incomplete relaxation of resting anal sphincter pressure); in type IV (unable to generate an adequate propulsive force together with absent or incomplete relaxation of anal sphincter pressure).

RESULTS: In the classification of attempted defecation, classified by

Rao's types of dyssynergia	Type I	Type II	Type III	Type IV
Number of patients	8	1	9	2

CONCLUSION: HRARM was well tolerated, a reliable method to evaluate defecatory disorder of pelvic floor dysfunction and identified the dyssynergic defecation's mechanisms.

## POSTER Nº 19

### ECOGRAFIA ENDOANAL E INCONTINÊNCIA FECAL

Maria João Magalhães, F. Castro Poças, Ricardo Küttner Magalhães, Ricardo Marcos Pinto, Rita Pimentel, Teresa Moreira, Paula Lago, Isabel Pedroto

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António

INTRODUÇÃO: A incontinência anal é uma patologia que afecta mais de 2% da população. A etiologia é multifactorial. A Ecografia EndoAnal (EEA) tem um papel importante na detecção de defeitos anatómicos do esfíncter anal externo (EAE) e/ou do esfíncter anal interno (EAI).

OBJECTIVO: Analisar os resultados obtidos pela EEA a nível do EAE e EAI em doentes com incontinência anal.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi realizada uma análise retrospectiva de dados demográficos e clínicos de 120 doentes referenciados para estudo por EEA no contexto de incontinência anal, no período de Setembro de 2009 a Outubro de 2012.

RESULTADOS: Do total de exames, 93 (77,5%) correspondem a doentes do sexo feminino. Destas, 56 (60,2%) têm história obstétrica de partos traumáticos e 34 (36,6%) têm incontinência urinária associada. Do total, 73 doentes (60,8%) tinham antecedentes de cirurgia/instrumentação ano-rectal ou pélvica. Através da EEA identificou-se laceração esfíncteriana em 43 (35,8%) doentes e 17 (14,2%) apresentaram alterações ultrassonográficas compatíveis com miopatia esfíncteriana. Não foi encontrada correlação significativa entre os resultados da manometria ano-rectal e a presença de lesões esfíncterianas na EEA.

CONCLUSÃO: A EEA é um meio sensível para a detecção de defeitos esfíncterianos em pacientes com incontinência anal. Através deste método foram detectadas alterações num elevado número de doentes que tiveram implicações decisivas na sua orientação e reforçam a EEA como o teste gold standard na abordagem desta patologia.

## POSTER 20

### TEMPO DE TRÁNSITO CÓLICO NO ESTUDO DA OBSTIPAÇÃO CRÓNICA

Daniela Ferreira, F. Castro-Poças, Sílvia Barrias, Gisela Pereira, Rita Pimentel, Ângela Rodrigues, Isabel Pedroto

CHP - Hosp Santo António, Serviço Gastreenterologia

INTRODUÇÃO: O tempo de trânsito cólico (TTC) fornece informações sobre a motilidade cólica e suas alterações da forma mais fisiológica

possível, uma vez que, diferentemente dos exames radiológicos habituais usa marcadores inertes em relação à função intestinal. O TTC permite acesso a essa informação, não apenas de forma total, como de forma segmentar (cólon direito, esquerdo e recto-sigmoide), de forma prática e efectiva, sendo um método de fácil execução, interpretação, não invasivo, acurado e bem tolerado pelo paciente.

OBJECTIVOS: Caracterizar os achados do TTC em doentes com obstipação crónica.

MATERIAL E MÉTODOS: População: pacientes com obstipação crónica submetidos a TTC no período de 1/1/2007 a 31/12/2011. Variáveis: tempo global de TTC, tempo de trânsito no cólon direito, esquerdo e na região reto-sigmoide. Protocolo utilizado: Bouchard modificado.

RESULTADOS: Realizados 171 estudos de TTC. 88,3% (n=151) a pacientes do sexo feminino. TTC normal 27,5% (n=47), atraso no cólon direito 9,4% (n=16), atraso no cólon esquerdo 9,9% (n=17), obstipação terminal 11,7% (n=20), inércia cólica 40,9% (n=70), atraso no cólon direito associado a obstipação terminal 0,6% (n=1). TTC global médio 73,2 (+-43,6), TTC cólon direito médio 25 (+-23,1), TTC cólon esquerdo médio 31 (+-26,39), TTC médio região recto-sigmoide 15,44 (+-17,4).

CONCLUSÃO: A maioria dos pacientes apresenta alterações do tempo de trânsito cólico, a grande maioria inércia cólica. O TTC é um método diagnóstico simples e útil no estudo do paciente com obstipação crónica permitindo distinguir os dois principais tipos de alterações da motilidade: a inércia cólica em que o tratamento de primeira linha é médico e a obstipação terminal em que se torna necessária a avaliação complementar com manometria anorectal e a defecografia e em que se podem perspectivar outras abordagens nomeadamente cirúrgicas.

## POSTER Nº 21

### APRESENTAÇÃO CLÍNICA EXUBERANTE DE OBSTIPAÇÃO CRÓNICA IDIOPÁTICA

Ana Ferreira, Mercedes Sanchez, Diego Medina, João Ildefonso, Ricardo Nogueira, Filipe Guerra

Cirurgia Geral, Hospital de Faro, EPE

Mulher de 45 anos, com antecedentes de obstipação crónica com 13 anos de evolução, recorre ao SU por dor e distensão abdominal com 1 semana de evolução em agravamento progressivo nos últimos 2 dias. Sem trânsito intestinal nos 30 dias prévios à admissão. Em anúria nas últimas 24h.

Ao exame objectivo apresentava-se emagrecida, desnutrida, descorada e desidratada. Abdómen globalmente distendido, pouco depressível, doloroso à palpação superficial e profunda difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. Peristaltismo ausente. Toque retal com presença de fecaloma gigante ocupando toda a ampola.

Análiticamente com SIRS e IRA.

Radiografia simples do abdómen evidencia padrão mosqueado global. Ecografia abdominal demonstra volumoso fecaloma abrangendo todos os quadrantes abdominais e pelve, com marcada distensão bilateral do sistema pielocalical, mais marcada à direita.

Submetida a laparotomia exploradora constatando-se a presença de dilatação gigante do cólon descendente e reto superior por fecaloma; opta-se pela realização de colectomia esquerda com colostomia derivativa na FIE. Pós-operatório sem intercorrências.

Anatomia patológica revela congestão vascular da mucosa, fibrose da submucosa e serosa e Melanosis Coli.

No final do 1º mês pós-operatório, a doente apresentava-se assintomática, com colostomia funcionante e função renal recuperada. Reencaminhada para a consulta externa de gastreenterologia.

## POSTER Nº 22

### NECROSE ISQUÉMICA DA SIGMOIDEIA ASSOCIADA A LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO – UM CASO CLÍNICO

Artur Rocha; Miguel Brito; João Malaquias; Afonso Ramires; Hélder Matos; Prof. H. Bicha Castelo

Cirurgia Geral, Hospital de Santa Maria, CHLN EPE

A colite isquémica associada ao Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma complicação rara (0,2%), existindo poucos casos descritos na literatura. Ocorre devido a lesões de vasculite que afectam vasos de pequeno e médio calibre do intestino delgado e cólon de doentes com doença em fase activa. Das várias complicações atribuídas ao LES, as gastrointestinais são as menos frequentes mas potencialmente as mais graves.

Apresentamos o caso de uma doente com 37 anos de idade, com antecedente de LES diagnosticado aos 27 anos, complicada por necrose de falanges distais dos dedos de ambas as mãos e necrose asséptica dos cêndilos de ambos os joelhos no contexto de corticoterapia prolongada. Actualmente medicada com Azatioprina e Prednisolona. Deu entrada no Serviço de Urgências com quadro de dor abdominal intensa, generalizada, mais acentuada nos quadrantes esquerdos do abdómen, com cerca de 12 horas de evolução, sem alterações do trânsito intestinal. Analiticamente apresentava uma leucocitose de 18 000. TC abdominal revelou extensa distensão do cólon com estenose significativa da sigmoideia. Foi submetida a Laparotomia exploradora com constatação de necrose isquémica do cólon sigmoide. Procedeu-se a realização de Sigmoidectomia tipo Hartmann. O exame anatómico da peça operatória revelou evidência de vasculite de pequenos vasos.

Este caso enfatiza o facto do envolvimento colorrectal por vasculite no LES, para além de raro, poder-se apresentar por quadro de manifestações graves e potencialmente fatais, realçando também as dificuldades clínicas e histológicas do diagnóstico diferencial de dor abdominal associada ao LES.

## POSTER Nº 23

### UMA CAUSA INVULGAR DE RETORRAGIAS

Pereira M.J., Carvalheiro J., Fernandes A., Giestas S., Romão Z., Sofia C. Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
CASO CLÍNICO: Os AA apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 72 anos de idade, com um quadro de retorragias com um mês de evolução. Sem dores abdominais, astenia, anorexia ou emagrecimento. Sem alterações ao exame objectivo. Antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial. Sem antecedentes familiares de cancro colorrectal. Medicado cronicamente com Metformina e Losartan. Analiticamente, hemoglobina 12,7 g/dL, sem alterações do hemograma, das provas de coagulação ou da bioquímica sérica. Realizou colonoscopia total em ambulatório que revelou a presença de um pólipó friável com cerca de 3,5 cm, de pedículo longo, localizado aos 60 cm da margem anal. Por este motivo foi referenciado a Consulta de Gastrenterologia. Repetiu colonoscopia que confirmou os achados descritos previamente e submetido a polipectomia com ansa, que decorreu sem intercorrências. O estudo histológico revelou um pólipó com glândulas marcadamente quistizadas e preenchidas por muco, sem atipia citológica, estando separadas por um estroma com infiltrado inflamatório polimorfofocelar e com marcada congestão vascular, do tipo pólipó juvenil. Constatou-se cessação das retorragias, tendo o doente tido alta para o seu Médico de Família.

CONCLUSÃO: Os pólipos juvenis do cólon são entidades não neoplásicas pouco frequentes na prática clínica diária. Saliencia-se a relevância deste caso pela sua raridade no idoso e pela iconografia endoscópica e histológica recolhida.

## POSTER Nº 24

### DIVERTICULITE JEJUNAL – UM CASO CLÍNICO

Rui Almeida e Reis, Júlia Granda, Diego Pita Perez, Hermínia Martins  
Serviço de Cirurgia Geral, ULS Nordeste

A diverticulose do intestino delgado (DID) continua a ser relativamente incomum. A prevalência relatada em estudos efectuados varia entre 0,3% a 5%. A DID foi observada em cerca de 1% dos estudos imagiológicos contrastados do intestino delgado realizados. Contudo, a literatura radiológica refere diverticulose em mais de 6% dos estudos imagiológicos contrastados realizados por aparecimento de sintomas.

A maioria dos doentes com DID são assintomáticos, estimando-se que menos de 4% causem sintomas.

A diverticulite jejunoileal sintomática é frequentemente diagnosticada por TC contrastado. O tratamento desta forma de diverticulite pode ser conservador, contudo, em certos casos, pode implicar tratamento mais agressivo, nomeadamente cirúrgico.

Neste trabalho pretendemos apresentar um caso clínico de um indivíduo do sexo masculino, de 76 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal epigástrica, com defesa abdominal associada. Analiticamente apresentava marcadores inflamatórios elevados e imagiológicamente apresentava pneumoperitoneu. No intra-operatório confirmou-se diverticulite jejunal perfurada. Verificou-se ainda a existência de diverticulose do cólon sigmoide.

Pretende-se ainda com este caso clínico, fazer uma breve revisão da bibliográfica sobre este mesmo tema.

## POSTER Nº 25

### DOENÇA DE PAGET PERI-ANAL – CASO CLINICO

Canhoto M., Barbeiro S., Rama N., Arroja B., Silva F., Gonçalves C., Co-trim L., Vasconcelos H.

Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Santo André, Leiria

Os autores apresentam caso de uma doente de 90 anos, referenciada para consulta de Proctologia por diarreia sanguinolenta, incontinência fecal e prurido anal.

À observação verificou-se a presença de lesão eritematosa exsudativa perianal extensa. Ao toque rectal verificou-se irregularidade e estenose do canal anal, com cerca de 3 cms, com presença de sangue no dedo da luva. Foi realizada rectosigmoidoscopia onde se observou a lesão estenosante do canal anal e realizadas biópsias. Não foram observadas outras lesões até à transição rectosigmoide. As biópsias foram compatíveis com Doença de Paget extra-mamária. Realizou ainda ressonância magnética que revelou adenopatia com cerca de 3 cms na região inguinal direita, sem sinais de metastização à distância.

Dado o quadro de incontinência com grave repercussão na qualidade de vida, foi proposta para colostomia de derivação que a doente e a família aceitaram.

O caso foi apresentado em reunião de decisão terapêutica e foi proposta para radioterapia a título paliativo.

A Doença de Paget extra-mamária é uma entidade rara, descrita pela primeira vez há mais de 100 anos. Afecta com maior frequência mulheres e raça caucasiana, sobretudo em faixas etárias acima dos 50 anos, atingindo localizações relacionadas com a presença de glândulas apócrinas, sobretudo na região peri-anal e genital. Encontra-se com frequência associada a presença de outras neoplasias.

Apesar de rara, a Doença de Paget extra-mamária, nomeadamente peri-anal, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dermatite perianal crónica. Os autores destacam iconografia invulgar da lesão.

## POSTER Nº 26

### VARIZES DO RECTO: CULPADAS OU INOCENTES?

Sílvia Giestas, Alexandra Fernandes, Rosa Ferreira, Sofia Mendes, Carlos Sofia

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra  
**INTRODUÇÃO:** as varizes ectópicas anorrectais são relativamente comuns em doentes com hipertensão portal, contudo, são responsáveis por menos de 5% das hemorragias por varizes. Não foi, ainda, bem definida a estratégia terapêutica ideal para a hemorragia por varizes do recto.

**CASO CLÍNICO:** sexo masculino, 78 anos. Antecedentes de doença hepática crónica de etiologia etílica. Internamento há cerca de 20 anos por ruptura de variz esofágica sem seguimento posterior em consulta. Sem intercorrências relevantes desde então. Recorre ao serviço de urgência por episódios de rectorragias com um mês de evolução, sem outras queixas associadas. Hemodinamicamente estável. Toque rectal: sangue vermelho vivo no dedo da luva. Analiticamente: anemia normocítica normocromica (Hg 10g/dl). Colonoscopia total: sem sangue ou seus vestígios, identificadas várias angiectasias dispersas (maiores fulguradas com argon) e exuberantes varizes do recto. EDA: varizes esofágicas grau II/III sem vestígios hemáticos nem estigmas de hemorragia. Durante o internamento teve episódios de rectorragias com repercussão hemodinâmica e necessidade de transfusão de 2 unidades de glóbulos. Repetiu colonoscopia com progressão até 40 cm da margem anal sem observação da lesão sangrante por presença de abundante quantidade de sangue vivo/coágulos até 30cm impedindo correcta observação da mucosa. Realizou rectorscopia após enema de limpeza com visualização de varizes exuberantes do recto apresentando a das 3h ponto de ruptura. Optou-se pela laqueação elástica com 1anel sem recidiva hemorrágica dois meses após a alta.

**CONCLUSÃO:** a hemorragia digestiva baixa recorrente num doente com hipertensão portal deve levar o médico a considerar a presença de varizes anorrectais. Apresenta-se iconografia.

## POSTER Nº 27

### POR TRÁS DE UMA DOR ABDOMINAL AGUDA

Sílvia Giestas, Rosa Ferreira, Cláudia Agostinho, Carlos Sofia

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**CASO CLÍNICO:** sexo masculino, 30 anos. Sem antecedentes pessoais relevantes. Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal na fossa ilíaca direita (FID) com uma semana de evolução, de agravamento progressivo, sem outros sintomas associados. Trânsito intestinal mantido (habitualmente 2-3 dejectões/dia pastosas, sem sangue, muco ou pús). Apriético. Hemodinamicamente estável. Abdomen: doloroso à palpação profunda da FID, sinal de Blumberg duvidoso, ruídos hidroaéreos diminuídos. Analiticamente de salientar parâmetros inflamatórios aumentados (leucocitose 11,300×103/uL; PCR 14,5mg/dl). Estudo ecográfico e tomográfico sugestivo de ileíte terminal. Efectuada ileocolonoscopia com mucosa do cólon e recto sem alterações e mucosa ileal muito congestiva, com úlceras ovais e algumas longitudinais e múltiplos pólipos condicionando obstrução parcial do lúmen. Dado o doente se encontrar assintomático teve alta orientado para consulta externa. As biópsias do ileon foram inconclusivas mas sem sinais de malignidade (nomeadamente sem evidência de infiltração por linfoma). ASCA: positivo (172,5) e ANCA: negativo. Quantiferon: negativo. Doente manteve dor abdominal ligeira e 2-3 dejectões/dia pastosas. Repetiu posteriormente ileocolonoscopia com lesões do ileon sobreponíveis ao exame anterior. Realizadas biópsias para pesquisa micobactérias que foram negativas e histologia demonstrou alterações inflamatórias crónicas agudizadas da mucosa ileal. Enquanto aguardava o resultado das biópsias o doente

teve quadro de sub-oclusão que reverteu com dieta zero. Da conjugação dos dados clínicos, endoscópicos e patológicos, concluiu-se pelo diagnóstico de provável doença de crohn e o doente iniciou budenosido 9mg/dia com melhoria sintomática.

**CONCLUSÃO:** os autores descrevem o caso pela forma incomum de apresentação clínica. Apresenta-se iconografia.

## POSTER Nº 28

### PSORÍASE INVERSA – PAPEL DO GASTROENTEROLOGISTA

Sandra Barbeiro, Manuela Canhoto, Cláudia Gonçalves, Bruno Arroja, Martinha Henrique, Filipe Silva, Isabel Cotrim e Helena Vasconcelos  
Serviço de Gastroenterologia – Hospital de Santo André, Leiria

A psoríase inversa, rara na prática clínica, consiste numa entidade distinta da psoríase vulgar e, contrariamente a esta, envolve apenas ou apresenta localização preferencial nas pregas cutâneas como as axilas, fossas antecubital e poplítea, sulco glúteo, prega retroauricular e região inguinal. Caracteriza-se por placas eritmatosas bem demarcadas com escassa, ou mesmo ausente, descamação. O envolvimento da região anal e sulco glúteo é incomum e difícil de diferenciar de outras entidades patológicas.

Apresentamos o caso de um jovem, 29 anos, referenciado à Consulta de Proctologia por queixas de prurido e proctalgia constantes com vários meses de evolução. Negou rectorragia, prolapso retal e agravamento das queixas com a defecação. Não apresentava antecedentes relevantes nem terapêutica farmacológica crónica.

Ao exame objetivo verificou-se placa eritmatosa que atingia toda a região interglútea com extensão à região perianal, não descamativa mas com aspecto fissurado ao longo da base do sulco glúteo. Não foram objectivadas alterações ao toque rectal e anoscopia.

Pretendemos com este caso relembra esta entidade patológica, rara mas distinta, cujo diagnóstico é essencialmente clínico e a sua correcta abordagem depende do seu reconhecimento.

## POSTER Nº 29

### ENSAIO CLÍNICO ALEATÓRIO: PREPARAÇÃO PARA COLONOSCOPIA COM BAIXO VOLUME- UMA COMPARAÇÃO ENTRE DUAS FORMULAÇÕES COM PEG (POLIETILENOGLICOL)

Oliveira M, Oliveira E, Mascarenhas-Saraiva

Manoph, Laboratório de Endoscopia e Motilidade digestiva, Porto

Instituto CUF de Diagnóstico e Tratamento, Unidade de Gastroenterologia, Porto

**INTRODUÇÃO:** As preparações intestinais de baixo volume com Polietileno glicol (PEG) associado a outros agentes têm demonstrado ter uma eficácia de limpeza semelhante às preparações de 4 litros de PEG isolado. Existem várias alternativas para se efetuar a associação de outros agentes ao PEG na formulação da preparação intestinal, que permitem melhorar a sua eficácia e tolerância, reduzindo a quantidade ingerida deste produto.

**OBJETIVO:** Comparar a qualidade da preparação intestinal, em doentes adultos submetidos a colonoscopia, para duas formulações compostas, de baixo volume: (1) PEG-Ascorbato (PEG-ASC) + Bisacodilo versus (2) PEG associado ao Óxido de Magnésio+Ácido Cítrico+Picossulfato de Sódio(O-C-P).

**MÉTODOS:** Estudo randomizado, com ocultação para o observador, de dois grupos paralelos de doentes em regime ambulatorio submetidos a colonoscopia em dois centros de endoscopia privados. Ambas as preparações foram ingeridas em regime de doses fracionadas ("Split-doses"). Regime 1(B-A-P): Os doentes tomaram 15mg de Bisacodilo uma hora antes da ingestão de PEG-ASC a que se seguiu a ingestão de um litro de líquidos; passadas 6 horas re-ingestão de PEG-ASC.

Regime 2( O-C-P-P): os doentes ingeriram 30cl de O-C-P uma hora antes da ingestão de 1litro de solução de PEG; esta ingestão foi repetida 6 horas depois. A avaliação da qualidade da preparação foi efectuada de acordo com a escala de preparação intestinal de Boston (um score  $\geq 6$  considerado como "sucesso clínico"). Considerou-se "visibilidade aceitável" no cólon direito um score segmentar de 2 ou 3. Foi avaliada a tolerabilidade da preparação.

Resultados: 518 doentes foram aleatoriamente alocados ao regime 1 (B-A-P)( n=226, Masc =46,9%, Idade média= 54,7) ou ao regime 2 (O-C-P-P) (n= 291, Masc = 54,6%, Idade média = 55,5). Na análise dos resultados a taxa de preparação com sucesso foi de 92,5% para o regime 1 e 94,9% para o regime 2( ns). A taxa de visibilidade aceitável para o cólon direito foi 94,2% para o regime 1 e 96,6% para o regime 2(ns). A tolerabilidade foi de 98,2% dos doentes do regime 1 e 98,3% dos doentes do regime 2 toleraram bem a preparação. Dos doentes do regime 1 não ocorreram diferenças na percentagem de preparações com sucesso entre os exames realizados de manhã(91,6%) e os de tarde(93,7%); dos doentes do regime 2, existiram diferenças (M=91,6%, T=98, 0 P<0,05).

Conclusão: Ambos os regimes mostraram ótimas taxas de preparação com sucesso. Não ocorreram diferenças nos dois regimes no que diz respeito a qualidade de preparação, eficácia e tolerabilidade.

**DIA 29 DE NOVEMBRO ÀS 12:00H**

## **VÍDEO Nº 1**

### **REMOÇÃO DE NEOPLASIA DO CÓLON POR DISSECÇÃO DA SUBMUCOSA**

Francisco Baldaque Silva, Margarida Marques, Joanne Lopes, Fátima Carneiro, Emília Duarte, Guilherme Macedo  
Serviço de Gastroenterologia, Hospital de São João, Porto.

A remoção endoscópica de lesões planas do cólon de grandes dimensões é usualmente feita em piecemeal. Esta abordagem está associada a riscos de perfuração e hemorragia, a difícil avaliação histopatológica e a recidiva tumoral que pode chegar aos 30%. A dissecção endoscópica da submucosa (DES) permite remoção em bloco e consequente boa avaliação histológica e está associada a menor risco de recidiva, mas pode complicar-se com hemorragia e perfuração. Recentemente foi desenvolvida uma faca específica para DES do cólon e recto, IT knife nano, que pretende ser mais segura e eficaz do que as predecessoras. Pretendemos demonstrar o seu uso na remoção de lesão plana do sigmóide através de vídeo detalhado.

Os autores descrevem a avaliação pré intervenção, o procedimento de DES e avaliação pós procedimento em doente de 56 anos com lesão plana do cólon sigmoide com 45mm. A DES decorreu na unidade de endoscopia, com insuflação com CO2 e sob anestesia geral. Após injeção subepitelial de hidroxipropil metilcelulose, foi constatado bom lifting pelo que se procedeu a DES usando Dualknife para incisão e IT knife nano para dissecção. O procedimento demorou 153 minutos, tendo sido a lesão removida em bloco. Foi realizada revisão endoscópica, 8 horas após o procedimento, tendo a doente alta no próprio dia. Não se verificou ocorrência de complicações precoces ou tardias. A análise histopatológica, revelou presença de lesão com displasia de baixo e alto grau, com margens laterais e profundas livres (R0). Actualmente a doente encontra-se em vigilância, sem evidência de recidiva tumoral.

## **VÍDEO Nº 2**

### **REMOÇÃO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO DO RECTO POR DISSECÇÃO DA SUBMUCOSA**

Francisco Baldaque Silva, Margarida Marques, Joanne Lopes, Fátima Carneiro, Guilherme Macedo  
Serviço de Gastroenterologia, Hospital de S. João, Porto.

**CASO CLÍNICO:** Os tumores neuroendócrinos (TNE) gastrointestinais limitados à submucosa e de reduzidas dimensões, têm baixo risco de envolvimento ganglionar e de metastização à distância, pelo que a ressecção endoscópica destas lesões tem ganho cada vez mais aceitação. Recentemente a remoção por dissecção endoscópica da submucosa (DES) tem sido disseminada e aplicada neste contexto devido ao facto de permitir uma ressecção em bloco com consequente melhoria da avaliação histopatológica, estando também associada a menor risco de recidiva tumoral.

Os autores descrevem de forma detalhada, a avaliação pré-ressecção, a ressecção por DES e vigilância pós ressecção de TNE em doente do sexo feminino com 52 anos. A lesão localizava-se no recto médio, apresentava aspecto polipóide e cerca de 15mm de maior diâmetro. Após estudo ecoendoscópico realizou-se remoção por DES. O procedimento decorreu na unidade de endoscopia do nosso Serviço, com endoscópio de alta definição, insuflação com CO2 e sedação intravenosa. Após marcação em redor da lesão e injeção submucosa com bom lifting, foi realizada incisão com Dualknife e dissecção da submucosa com IT

knife 2. O procedimento decorreu sem intercorrências, tendo-se obtido ressecção em bloco ao fim de 29 minutos (fragmento de 18mm). A doente teve alta no próprio dia. O estudo anatomopatológico confirmou presença de margens livres e de TNE (pT1aNx), com índice proliferativo inferior a 1%. Actualmente a doente encontra-se em vigilância, sem evidência de recidiva tumoral.

## **VÍDEO Nº 3**

### **LIFT “NOVA TÉCNICA” PARA O TRATAMENTO CIRURGICO DA FÍSTULA ANAL TRANS-ESFINCTERIANA**

Amara Ibrahim, José Guerreiro, Sílvio Alves

Serviço de Cirurgia I, Hospital de São Francisco Xavier, CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

**INTRODUÇÃO:** Os autores apresentam um vídeo para a demonstração da técnica LIFT (ligation of inter sphincteric fistula tract) que tem como objetivo a Laqueação Inter esfíncterica do trajeto fistuloso das fistulas complexas trans esfíncterianas.

Os objetivos das técnicas utilizadas para o tratamento destas fistulas sempre foram:

- Obliterar o trajeto fistuloso

- Minimizar a Incontinência fecal e a Recorrência da fístula.

As técnicas utilizadas mais recentemente ou seja a colocação do “Plug” e instilação de Cola de Fibrina, no trajeto fistuloso demonstraram taxas elevadas de recorrência.

**DOENTE:** Sexo masculino, 73 anos de idade, raça caucasiana, com Fistula Anal Complexa, persistente e sintomática nos últimos 2 anos, apresentando 2 orifícios externos posteriores comunicando entre si e com abertura posterior na ampola rectal a cerca de 5 cm da comunicação cutânea e imediatamente inferior ao plano do músculo pubo-rectal conforme Ressonância Magnética e Fistulografias realizadas no pré operatório.

**TÉCNICA:**

**PREPARAÇÃO:** Clyss-Go® na véspera da cirurgia.

**POSIÇÃO:** Jack knife (decúbito ventral)

**DEFINIÇÃO DO ORIFÍCIO INTERNO:** Injeção de peróxido de hidrogénio

**INCISÃO POSTERIOR (2CM):** transição muco-cutânea.

Dissecção do espaço inter-esfíncteriano.

Isolamento, laqueação e secção do trajeto fistuloso

Curetagem do trajeto fistuloso externo

Encerramento dos bordos da ferida operatória.

Pós operatório – Metronidazol 500mg 2xs/dia e antiálgicos SOS

**RESULTADO:** Observação à 3ª semana pós operatório: Doente assintomático e encerramento completo do orifício externo sem alteração da continência.

**CONCLUSÃO:** Esta técnica minimiza as complicações no tratamento das fistulas anais complexas (infecção, recorrência e incontinência) e deverá ser considerada no tratamento inicial desta patologia.

## **VÍDEO Nº 4**

### **HEMICOLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA COM EXTRACÇÃO VAGINAL DA PEÇA OPERATÓRIA**

Joaquim Costa Pereira, Paula Ramoa, Amélia Almeida, Cristina Martinez Insua, Carlos Costa Pereira

HPP - Boavista, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**INTRODUÇÃO:** A ressecção laparoscópica do colon direito com extracção da peça operatória por orifício natural (NOSE) é exequível por via transvaginal.

**OBJECTIVO:** Vídeo demonstrativo de hemicolectomia direita laparoscópica com extracção vaginal da peça operatória.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Utilização de 4 portas, umbilical para a câma-

ra, na transição dos quadrantes esquerdos, suprapúbica e no quadrante superior direito.

Abordagem da artéria ileo-cólica direita com sua laqueação, dissecação do meso do colon direito do retroperitoneu com visualização do duodeno. Laqueação do ligamento hepatocólico e abaixamento do angulo hepático do colon.

Secção do colon e do ileon distal com endoGIA. Anastomose mecânica latero-lateral isoperistáltica com GIA. Encerramento do orifício de anastomose em dois planos com suturas contínuas.

Procede-se a abordagem laparoscópica transvaginal com trocar de 12 mm na parede posterior da vagina e extracção da peça operatória em saco.

RESULTADOS: Suspensão de endovenosos e início de alimentação oral às 24 horas, alta clínica as 96 horas de pós-operatório.

CONCLUSÃO: Nas cirurgias de ressecção do colon direito é possível diminuir a agressão cirúrgica utilizando a vagina como acesso para a extracção da peça operatória.

## VÍDEO Nº 5

### COLECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA COM EXTRACÇÃO TRANSANAL DA PEÇA OPERATÓRIA

Joaquim Costa Pereira, Carlos Costa Pereira, Cristina Martinez Ínsua, Licínio Soares, Jacinta Queirós, Susana Costa, Arnaldo Ferreira  
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO: A extracção transanal das peças cirúrgicas de ressecção do colon esquerdo (NOSE natural orifice specimen extraction) tem sido utilizada com sucesso por vários grupos.

A colectomia total é uma técnica que pode ser aplicada aos síndromes de polipose do colon. Nestes doentes a utilização de uma cirurgia profiláctica deve ser o menos agressiva possível. A utilização de uma técnica laparoscópica com NOSE (natural orifice specimen extraction) por via transanal permite diminuir a agressão cirúrgica.

OBJECTIVOS: Descrição de um caso de colectomia total laparoscópica com extracção transanal da peça cirúrgica por polipose associada a mutação MYH.

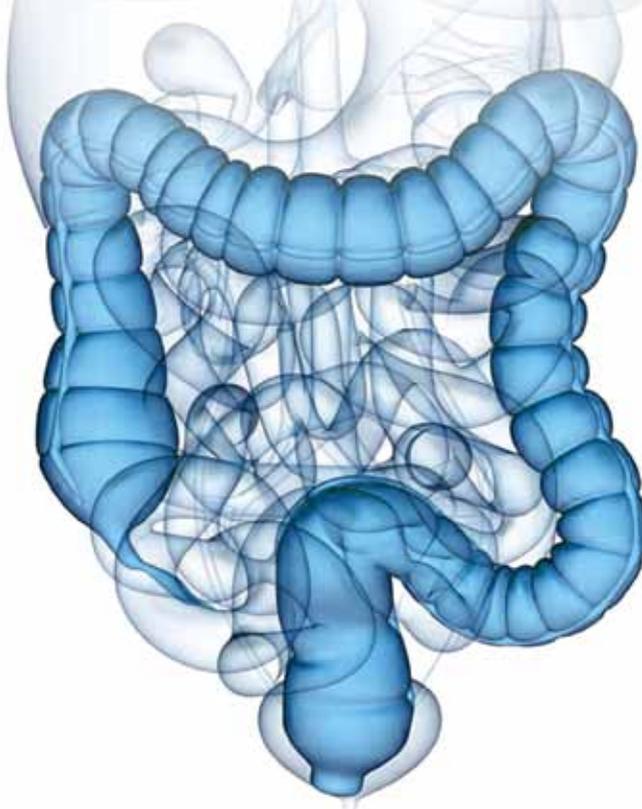
Técnica cirúrgica: Posição de Loyd-Davies modificada. Utilização de 4 portas de 12 mm, umbilical para a câmara, suprapúbica, quadrante inferior direito e transição dos quadrantes esquerdos.

Efectua-se uma abordagem inicial do colon esquerdo, de medial para lateral. Como se trata de uma colectomia profiláctica as laqueações vasculares não foram proximais. Procede-se a abertura do mesocolon-sigmoide distal em sentido cefálio, com mobilização do colon no sentido contrário aos ponteiros do relógio com abaixamento dos ângulos esplénico e hepático e realização de epiploonectomia.

Após mobilização completa de todo o colon, procede-se a preparação do ileon distal para anastomose, colotomia a nível da transição rectosigmoide e introdução da ogiva por via transanal com espigão acoplado. Ileotomia distal com introdução da ogiva perfurando a sua parede anterior. Secção do ileon com endogia e secção da transição rectosigmoideia para extracção transanal da peça de colectomia total. Encerramento do topo rectal com GIA e anastomose ileorectal mecânica lateroterminal com máquina de sutura circular.

RESULTADOS: A doente apresentou um pós-operatório sem intercorrências, retomou alimentação oral e suspendeu endovenosos às 24 horas, teve alta às 72 horas. Tempo operatório 128 min.

CONCLUSÃO: A utilização de técnica NOSE transanal é exequível também para a colectomia total laparoscópica e permite minimizar a agressão cirúrgica.



## PATROCÍNIOS



A. MENARINI PORTUGAL



**Abbott**  
A Promise for Life

**BIOSAÚDE**  
GRUPO ALFA WASSERMANN

**CASEN Fleet**  
Laboratories



**COVIDIEN**



**Andotécnica**



**LABORATÓRIOS VITÓRIA**

**ManopH**  
comercial



**NORGINE**

**Pharmis**  
Thinking health, for health



**tecnimede**  
Sociedade Técnico-Médical, S.A.

## SECRETARIADO

**ad<sup>+</sup>medic**  
Organização e Secretariado de Eventos

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

## AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO

**ad<sup>+</sup>medic  
Tours**

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa  
T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59  
E: paula.cordeiro@admedictours.pt  
W: www.admedictours.pt | Registo Nº 2526