

XXXIII

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

02-03 NOVEMBRO 2018

AZOR HOTEL | PONTA DELGADA, AÇORES

Imagem: Ad. Médico



Programa
Científico



Consulte o Programa
e aceda aos resumos

XXXIII

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Presidente do NGHD

João Baranda

Comissão Organizadora e Científica da Reunião

Presidente: Maria Antónia Duarte

Ana Catarina Rego | José Renato Pereira | Nuno Nunes | Nuno Paz | Vera Santos

Júri dos Casos Clínicos

Presidente: Isabel Medeiros

António Castanheira | Cristina Fonseca | José Ramada | Vera Santos

Júri das Comunicações Orais

Presidente: Luísa Glória

Eduardo Pereira | Jorge Fonseca | Paulo Caldeira | Rute Cerqueira

Júri dos Instantâneos Endoscópios

Presidente: Casteleiro Alves

Fernanda Maçoas | Isabel Cotrim | Luis Contente | Rui Silva

Intervenientes

Américo Silva

Ana Caldeira

Ana Paula Oliveira

António Banhudo

António Curado

Boal de Carvalho

Bruno Gonçalves

Bruno Rosa

Catarina Fidalgo

Catarina Rodrigues

Cláudia Cardoso

Denis Grasset

Élia Coimbra

Elídio Barjas

Fátima Serejo

Helena Cortez Pinto

Helena Vasconcelos

Horácio Guerreiro

Isabelle Cremers

Jorge Reis

Jorge Silva

José Soares

Liliana Eliseu

Luís Jasmins

Luís Lopes

Manuela Canhoto

Margarida Sampaio

Marília Cravo

Mário Toste

Raquel Gonçalves

Rui Palma

Sofia Ribeiro

Teresa Silva

Victor Fernandes

Programa

Sexta-feira | 02 de novembro

- 07:30h Abertura do Secretariado
- 08:30-10:30h **Casos Clínicos**
Presidente: Mário Toste
Moderadores: Ana Paula Oliveira e Horácio Guerreiro
- 10:30-11:00h Coffee-break e visita aos *posters*
- 11:00-11:30h **Sessão de Abertura**
- 11:30-13:00h MESA-REDONDA | **URGÊNCIAS EM GASTRENTEROLOGIA**
Presidente: José Soares
Moderadores: Américo Silva e António Curado
Hemorragia digestiva alta na hipertensão portal: Terapêutica médica e terapêutica endoscópica
Manuela Canhoto
A Radiologia de intervenção nas urgências de Gastrenterologia
Élia Coimbra
Hemorragia digestiva alta não varicosa – O que há de novo?
Bruno Gonçalves
Perfurações endoscópicas: Reconhecer e tratar
Boal de Carvalho
- 13:00-13:30h CONFERÊNCIA | **NAFLD/NASH – DO DIAGNÓSTICO À TERAPÉUTICA**
Presidente: António Banhudo
Conferencista: Helena Cortez Pinto
- 13:30-14:30h Almoço
- 14:30-16:30h **Comunicações Orais**
Presidente: Luís Jasmins
Moderadores: Helena Vasconcelos e Jorge Reis
- 16:30-17:00h Coffee-break e visita aos *posters*
- 17:00-17:30h **Comunicação da Association Nationale des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France (ANGH)**
Presidente: Isabelle Cremers
Sanghria: Etude prospective observationnelle multicentrique des hémorragies digestives hautes en centres hospitaliers généraux 2017-2018, premiers résultats descriptifs à 6 mois
Denis Grasset

- 17:30-19:00h **MESA-REDONDA | DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO – COMO ATUAR?**
Presidente: Marília Cravo
Moderadores: Raquel Gonçalves e Luís Lopes
- Na colite ulcerosa grave**
Catarina Fidalgo
- Nos abscessos intra-abdominais na doença de Crohn**
Ana Caldeira
- Nas estenoses na doença de Crohn**
Catarina Rodrigues
- O papel da cápsula endoscópica na doença de Crohn**
Bruno Rosa
- 19:30-20:30h **Assembleia Geral do NGHD**
- 21:00h **Jantar da Reunião**

Sábado | 03 de novembro

- 07:30h Abertura do Secretariado
- 08:30-10:30h **Instantâneos Endoscópicos**
Presidente: Rui Palma
Moderadores: Elidio Barjas e Victor Fernandes
- 10:30-11:00h Coffee-break e visita aos *posters*
- 11:00-12:30h **MESA-REDONDA | ATUALIZAÇÃO EM HEPATOLOGIA**
Presidente: Jorge Silva
Moderadoras: Teresa Silva e Sofia Ribeiro
- Hepatite C em 2018**
Fátima Serejo
- Insuficiência renal no doente cirrótico**
Liliana Eliseu
- Trombose da veia porta – No doente cirrótico**
Margarida Sampaio
- Falência hepática aguda**
Cláudia Cardoso
- 12:30h **Encerramento e entrega de Prémios**
Melhor Comunicação Oral (Patrocínio Abbvie)
Melhor Caso Clínico (Patrocínio Dr. Falk Pharma Portugal)
Melhor Instantâneo Endoscópico (Patrocínio Gilead)



Consulte o Programa
e aceda aos resumos

Resumos dos Trabalhos

Casos Clínicos

CC 01

O PAPEL DA ECOGRAFIA DIGESTIVA NA DETEÇÃO DE PATOLOGIA CÓLICA

Flávio Pereira, Richard Azevedo, Marisa Linhares,
João Pinto, Ana Caldeira, José Tristan,
Eduardo Pereira, Rui Sousa, António Banhudo
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Caso Clínico: Homem, de 54 anos, com diagnóstico recente de cirrose hepática alcoólica em contexto de hemorragia digestiva por ruptura de varizes esofágicas, encaminhado para realização de ecografia digestiva para rastreio de carcinoma hepatocelular (CHC). Durante a realização da ecografia, identificou-se na fossa iliaca direita uma lesão com cerca de 49x50 mm, de aspeto viloso, muito vascularizada e em aparente relação com o cólon direito. Clinicamente, o doente negava quaisquer queixas gastrointestinais. Analiticamente, apresentava anemia microcítica (Hb 11,1 g/dL) com ferrope-
nia; em melhoria face à avaliação prévia.

O doente foi submetido a colonoscopia, que comprovou a presença de uma lesão vegetante, vilosa, que ocupava metade da circunferência do lúmen, localizada no cólon sigmóide e sugestiva de lesão maligna.

Realizou posteriormente tomografia computadorizada de estadiamento, observando-se sinais de lipomatose pélvica condicionando desvio do cólon sigmóide para a fossa iliaca direita,

e demonstrando volumosa lesão expansiva endoluminal, de aspeto vegetante, medindo 44x58 mm. Identificaram-se também algumas adenopatias ao longo do meso cólico.

A anatomo-patologia das biópsias revelou fragmentos de adenoma viloso com displasia de alto grau. Em reunião multidisciplinar, foi decidido avançar com resseção cirúrgica, tendo sido submetido a sigmoidectomia. A anatomo-patologia da peça operatória revelou adenocarcinoma invasor mucinoso desenvolvido em adenoma serrado; doença metastática em 2 gânglios regionais e margens de resseção sem infiltração neoplásica. O doente iniciou de seguida quimioterapia adjuvante, com evolução favorável.

Discussão: O papel da ecografia abdominal é subvalorizado no contexto de avaliação de patologia cólica. A ecografia fornece informações valiosas acerca da parede e do conteúdo intestinal de uma forma rápida, dinâmica e não invasiva, sendo útil para decidir sobre a necessidade de investigação adicional.

Os autores apresentam um caso de uma lesão neoplásica cólica identificada em ecografia de rastreio de CHC, a qual decidiu a marcha de investigação posterior.

Pretende-se chamar a atenção para a importância da realização de uma exploração ecográfica alargada aos quadrantes inferiores do abdómen, mesmo quando o objetivo é a avaliação hepática no contexto de rastreio de CHC num doente cirrótico.

CC 02

UMA CAUSA RARA DE DISFAGIA

Carina Leal, Pedro Marcos, Sandra Barbeiro,
Antonieta Santos, Martinha Henrique, Maria
Fernanda Cunha, Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: As doenças bolhosas autoimunes são raras e resultam da formação de autoanticorpos contra componentes de moléculas de adesão intercelular. A forma mais comum, pênfigo vulgar, tem uma incidência anual estimada de um a cinco casos por milhão, manifestando-se mais comumente na idade adulta. O envolvimento mucocutâneo é a regra, com 70 a 90% dos casos apresentando-se inicialmente com lesões da cavidade oral. A existência de lesões esofágicas parece ser rara, especialmente se a cavidade oral não estiver afectada. A instituição precoce de tratamento imunossupressor é essencial para reduzir a mortalidade.

Caso clínico: Homem de 66 anos, com antecedentes pessoais de dislipidémia, hipertensão arterial e doença coronária, medicado habitualmente com rosuvastatina, clopidogrel, ácido acetilsalicílico e bisoprolol.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por disfagia e odinofagia com cerca de 1 mês de evolução, associadas a lesões vesiculares e crostas milimétricas, dolorosas e não pruriginosas, dispersas no tronco, sem melhoria com anti-histamínico oral. Ao exame objectivo eram evidentes múltiplas lesões bolhosas, algumas em fase de cicatrização, no tronco e membros superiores e inferiores; a mucosa oral e genital não apresentava lesões. Analiticamente, destacava-se leucocitose discreta. Foi realizada biópsia cutânea e iniciou corticoterapia oral e inibidor da bomba de prótons. A biópsia cutânea mostrou infiltrado inflamatório inespecífico. Recorreu novamente ao SU após 2 semanas, por agravamento da disfagia. Ao exame objectivo não apresentava no-

vas lesões mucocutâneas. Realizou endoscopia digestiva alta, que evidenciou mucosa dos dois terços distais do esófago ulcerada e extremamente friável, destacando-se facilmente à passagem do endoscópio. As biópsias esofágicas mostraram sinais de acantólise, permitindo o diagnóstico de pênfigo vulgar. O anticorpo anti-desmogleína 3 foi positivo pelo método de imunofluorescência indirecta. Foi escalada terapêutica para azatioprina, com remissão completa da sintomatologia.

Conclusão: O pênfigo vulgar é uma causa rara de disfagia e o aparecimento de lesões esofágicas sem envolvimento da mucosa oral é extremamente raro. Os achados endoscópicos são típicos e a biópsia esofágica permite o diagnóstico. Realça-se a importância de considerar as doenças bolhosas no diagnóstico diferencial de sintomas esofágicos, especialmente pela mortalidade que conferem na ausência de terapêutica imunossupressora.

CC 03

UMA COMPLICAÇÃO RARA DA PEG

Tânia Gago, Rita Ornelas, Joana Roseira,
Ana Catarina Cunha, Pedro Campelo,
Horácio Guerreiro
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Caso clínico: Adolescente do sexo masculino, 13 anos, com história de linfoma difuso de células B da amígdala e nasofaringe, ressecado há 1.5 anos, que por quadro de disfagia orofaríngea colocou gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) para alimentação entérica. Recorre ao serviço de urgência por aparecimento 24h antes de quadro de dor abdominal na região epigástrica, contínua, com irradiação para o dorso, sem febre, náuseas, vômitos ou outra sintomatologia acompanhante. Objectivamente com dor à palpação superficial e profunda do hipocôndrio direito e epigastro, apresentando tubo de alimentação demasiado introduzido pela gastrostomia. Do estudo

realizado destaca-se: elevação da amilase (1703U/L) e lipase (4195U/L), transaminases normais, bilirrubina total 1.5 mg/dL (directa 0,5 mg/dL), PCR 5 (N < 5 mg/L). A ecografia abdominal revelava inflamação peripancreática ligeira, sem derrame associado e sem dilatação dos ductos biliares ou pancreático, mas visualizava-se o balão do dispositivo da gastrostomia em posição distal, admitindo-se localização intraduodenal. Foi estabelecido o diagnóstico de pancreatite aguda secundária a obstrução pancreatobiliar pelo tubo de gastrostomia (TG). Iniciada hidratação e analgesia, substituição do TG, com boa evolução clínica e analítica posterior.

Motivação: A gastrostomia percutânea é um método bem estabelecido para providenciar alimentação entérica, geralmente é um procedimento seguro e o seu manuseio é simples. No entanto, podem surgir as mais variadas complicações. A migração do TG com posterior obstrução pilórica e pancreaticobiliar tem vindo a ser cada vez mais descrita como complicação, mas a pancreatite aguda secundária é rara. Este caso salienta a importância de termos um alto nível de suspeição nas situações de pancreatite aguda em doentes com TG, visto que o diagnóstico tardio pode ter repercussões nefastas. Salienta-se também a importância da educação dos cuidadores de doentes com TG, para uma vigilância cuidadosa do local de inserção do TG e monitorização da sua migração.

CC 04

ESTENOSE DUODENAL: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Carina Leal, Pedro Marcos, Catarina Martins,
Antonieta Santos, Isabel Cotrim, Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: Os linfomas do trato gastrointestinal (GI) representam mais frequentemente envolvimento metastático, sendo os linfomas

GI primários, raros. A terapêutica varia de acordo com a classificação histológica e o estadiamento.

Caso clínico: Homem de 74 anos referenciado a consulta de Gastrenterologia por quadro de vômitos alimentares pós-prandiais precoces, dor epigástrica, pirose e perda ponderal > 10% do peso corporal com 3 meses de evolução. Destacam-se como antecedentes pessoais relevantes o ser portador de prótese aorto bife-moral. Não apresentava alterações ao exame objectivo. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que identificou esofagite péptica (grau D), abundante conteúdo de estase e resíduos alimentares no estômago e duodeno e distensão duodenal, não se identificando causa obstrutiva. Foi medicado com inibidor da bomba de prótons e procinético com melhoria clínica apenas discreta. Prosseguiu-se a investigação com realização de TC abdominal que não mostrou alterações e trânsito gastroduodenal que identificou alargamento importante do arco duodenal com esvaziamento tardio e fraca distensibilidade da região pilórica. Decidiu-se realização de enteroscopia por pulsão com colonoscópio com progressão até D3/D4, onde se identificou zona de ulceração com aspectos regenerativos e estenose concêntrica com mucosa regular, não franqueável, não tendo sido possível a realização de biópsias por acesso difícil e instabilidade posicional. Após discussão multidisciplinar, optou-se pela realização de laparotomia exploradora, identificando-se massa duodenal, condicionando estenose na localização descrita, tendo sido submetido a enterectomia segmentar e anastomose com montagem em Y de Roux. O exame histológico revelou linfoma de grandes células B difuso, intestinal, sem envolvimento dos gânglios linfáticos avaliados. Realizou tomografia por emissão de positrões (PET) sem evidência de doença metabolicamente activa noutras localizações. Iniciou quimioterapia

com esquema R-CHOP. À reavaliação clínica, apresentava-se a tolerar dieta oral, sem dor abdominal e com recuperação do peso inicial. **Conclusão:** Os autores destacam, com este caso clínico, a multiplicidade de apresentações clínicas que os linfomas podem ter, sendo uma hipótese a ter em consideração no diagnóstico diferencial de patologia GI.

CC 05

HEMORRAGIA DUODENAL POR ADENOPATIA NECROTIZANTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pires F., Carvalho A., Pinho J., Araújo R., Castanheira A., Ministro P., Silva A.
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Os autores descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino de 65 anos, com antecedentes pessoais de carcinoma de células claras do rim esquerdo, submetido a nefro-ureterectomia esquerda em março de 2009. Em dezembro de 2016, foi documentada recidiva ganglionar abdominal, tendo iniciado terapêutica com *sunitinib*. Os exames imagiológicos de *follow-up* demonstraram estabilização do número e dimensões das metástases ganglionares. O doente recorreu ao serviço de urgência em 2018 por quadro clínico de as-tenia e melenas com 7 dias de evolução. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) com progressão até à segunda porção duodenal, sem evidência de lesões. O doente foi admitido em internamento para estudo complementar. A ileocolonoscopia revelou diverticulose cólica. Realizou posteriormente videocápsula endoscópica que demonstrou lesão hemorrágica na terceira porção duodenal. O doente foi submetido novamente a EDA com progressão até à transição duodeno-jejunal, onde se observou um abaulamento parietal de tonalidade violácea e leve babamento hemático na terceira porção do duodeno, em provável relação com isquémia/necrose de adenopatia coales-

cente. Realizada tomografia computadorizada abdominal com evidência de adenopatias para-aórticas, hilares e adjacentes ao tronco celiaco com dimensões entre 15 e 40 mm. O doente teve alta hospitalar com vigilância periódica em regime de Hospital de Dia, tendo sido suspensa a terapêutica com *sunitinib* dado o risco hemorrágico. Após discussão do caso em reunião de decisão clínica e multidisciplinar, optou-se pela realização de angio-embolização da lesão descrita, que ocorreu sem intercorrências 3 semanas após a data de alta. Um mês após a realização do procedimento, o doente encontrava-se assintomático, com hemoglobina estável e sem perdas hemáticas, tendo reiniciado terapêutica com *sunitinib*. Seis meses após o episódio hemorrágico, o doente permanece assintomático sob terapêutica com *sunitinib*.

CC 06

TUMOR DE VANEK – UMA CAUSA RARA DE INVAGINAÇÃO INTESTINAL

Pires F., Carvalho A., Pinho J., Sousa P., Cancela E., Ministro P., Silva A.
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino de 70 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorreu ao serviço de urgência por quadro clínico de dor abdominal tipo cólica nos quadrantes superiores do abdómen, distensão abdominal, paragem de emissão de gases e fezes, e náuseas e vômitos com 4 dias de evolução. Ao exame objectivo, abdómen com hipertimpanismo, mais acentuado nos quadrantes superiores, doloroso à palpação superficial e profunda em todos os quadrantes. A radiografia do abdómen demonstrou níveis hidroaéreos de ansas de intestino delgado. Realizou tomografia computadorizada abdominal e pélvica com evidência de acentuado espessamento parietal de ansas intestinais no flanco direito,

com captação muito aumentada de contraste, associado a pequena quantidade de líquido livre inter-ansas. O doente foi admitido em internamento para estudo etiológico. No primeiro dia de internamento foi realizada colonoscopia total que revelou massa procidente na válvula ileo-cecal, congestiva, centralmente recoberta por fibrina, com algumas áreas violáceas sugestivas de isquemia intestinal. O doente foi submetido a laparoscopia exploradora com evidência de invaginação ileo-cólica a 10 cm da válvula ileo-cecal; realizada hemicolectomia direita alargada ao íleon terminal com anastomose termino-lateral. Após exteriorização da peça e redução da invaginação, constatada lesão com componente extra-seroso a cerca de 20 cm da válvula ileo-cecal. O exame anatomopatológico da peça operatória revelou um pólipio fibroide inflamatório (tumor de Vanek) com cerca de 3 centímetros de maior dimensão do íleon terminal. O doente teve alta 6 dias após a admissão hospitalar sem qualquer sintomatologia. Foi realizada colonoscopia cinco meses após a intervenção cirúrgica sem evidência de lesões da mucosa. O tumor de Vanek (pólipio fibroide inflamatório) é um tumor benigno raro com origem na camada submucosa do trato gastrointestinal, acometendo com mais frequência o estômago e o íleon. Os autores destacam o desafio diagnóstico e a forma de apresentação muito rara, com invaginação ileo-cólica.

CC 07

SÍNDROME DA ÚLCERA RETAL SOLITÁRIA NUM DOENTE COM FIBROSE QUÍSTICA

Carolina Simões, Joana Carvalho, Rita Luís,
Cilénia Baldaia, Cristina Ferreira,
Luís Carrilho-Ribeiro, Rui Tato-Marinho
Hospital de Santa Maria, CHLN

O síndrome da úlcera retal solitária (SURS) é uma doença rara que está relacionada com o esforço durante a defecação e associa-se

a uma sensação de evacuação incompleta e, por vezes, a rectorragias. No que diz respeito à etiologia, pensa-se que esteja associado ao prolapso retal e à contracção paradoxal do músculo puborretal com consequente lesão isquémica. Os autores apresentam um caso de SURS num doente com fibrose quística (FQ).

Mulher de 51 anos, com diagnóstico de fibrose quística aos 34 anos, submetida a transplante pulmonar aos 44 anos e com insuficiência pancreática exócrina, foi referenciada à consulta de gastroenterologia por pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva. A doente negava qualquer sintomatologia associada. A colonoscopia mostrou, a 10 cm da margem anal, prega espessada e hiperemiada. Para esclarecimento etiológico foi realizada uma ultrassonografia endoscópica que mostrou espessamento superficial na transição ano-rectal desde a linha pectínea ao terço inferior do reto, com cerca de 25 mm de diâmetro transversal máximo, com algumas expressão hiperreflexiva. Foram realizadas biopsias que mostraram perda de criptas, aspectos hiperplásicos ligeiros reparativos sugestivos de reepitelização e hiperplasia fribromuscular moderada da lâmina própria. O diagnóstico de úlcera retal solitária e prolapso retal foi estabelecido.

O prolapso retal (PR) é uma manifestação clássica da FQ em crianças, com uma prevalência estimada de 15 a 20%, sendo raro nos adultos. Os autores enfatizam a importância da suspeita clínica de FQ em doentes adultos com SURS, na ausência de outros fatores predisponentes.

CC 08

GIARDÍASE REFRACTÁRIA À TERAPÊUTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Carvão¹, Nélia Abreu¹, Vitor Magno Pereira¹, António Oliveira¹, Carla Sousa Andrade¹, Rosa Neto¹, Claudia Conceição², Luís Jasmins¹

¹*Serviço de Gastrenterologia Hospital Central do Funchal Instituto de Medicina Tropical*, ²*Universidade Nova de Lisboa*

A giardíase é uma infecção gastrointestinal secundária ao parasita *Giardia lamblia*, de elevada prevalência nos países subdesenvolvidos. Na maioria dos casos é auto-limitada mas pode cursar com diarreia crónica. A terapêutica de primeira linha ainda consiste em nitroimidazóis, mais comumente metronidazol.

Homem, 24 anos, caucasiano, com história progressiva de DRGE medicado habitualmente com pantoprazol 40 mg/dia. Referenciado à consulta de Gastrenterologia por giardíase crónica refratária à terapêutica. Referia quadro de dor abdominal tipo cólica associada a diarreia (líquida/pastosa, 5 dejeições diárias com muco mas sem sangue) com 6 meses de evolução e início após viagem a Timor-Leste. Restante estudo de diarreia crónica negativo. Ileocolonoscopia total com pólipos do cólon (adenomas). Préviamente à consulta tinha realizado 4 ciclos de antibioterapia com metronidazol, tinidazol, albendazol e secnidazol sem sucesso. Foram excluídas infecção por HIV, deficiência de imunoglobulinas e doença celíaca. Foi efectuada nova tentativa de erradicação com albendazol e secnidazol sem sucesso, com persistência de quistos nas fezes. Voltou a repetir tratamento combinado com metronidazol e ciprofloxacina mantendo a infecção. Após discussão e discussão com o Instituto de Medicina Tropical, decidiu-se terapêutica com metronidazol 250 mg 8/8h e paromomicina 500 mg 8/8h. Entre o 10-13º dia de tratamento realizou novamente pesquisa de ovos, quistos e parasitas nas fezes que foram negativas, tendo terminado o tratamento ao 15º dia.

Actualmente o doente encontra-se assintomático.

A resistência aos nitroimidazóis é um problema crescente na prática clínica, agravado pelo facto da maioria dos laboratórios não ter disponíveis testes de susceptibilidade antimicrobiana da *Giardia*. Não existem também normas de orientação para o tratamento da giardíase refratária, sendo que existem alguns trabalhos publicados e a decisão final é tomada também com base na experiência de cada centro.

Descreve-se um caso de sucesso no tratamento de giardíase refratária após vários esquemas terapêuticos e faz-se uma revisão da literatura neste assunto.

CC 09

CAUSA INCOMUM DE EXACERBAÇÃO DE COLITE ULCEROSA

Carolina Simões, Filipe Damião, Ana Rita Gonçalves, Paula Ferreira, Luís Correia, Rui Tato Marinho
Hospital de Santa Maria, CHLN

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 24 anos com diagnóstico recente de colite ulcerosa (CU), corticodépendente, sob infliximab, admitido por quadro de diarreia (> 15 dejeições/dia) com sangue, perda ponderal (10kg/15dias) e anorexia.

À admissão apresentava-se taquicárdico, apirético, pálido, desidratado e emagrecido; à observação da pele do abdómen e membros inferiores eram evidentes lesões purpúricas não palpáveis e o abdómen era escavado, mole, depressível, doloroso à palpação profunda em todos os quadrantes sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios, hiponatremia, hipogamaglobulinemia e DNA-citomegalovírus (CMV) > 500 cópias. A ecografia abdominal mostrou espessamento de ansas do íleon com adenopatias regionais e espessamento do cólon descendente. A re-

tossigmoidoscopia mostrou CU ativa (mayo 2) e as biópsias revelaram inúmeras inclusões para CMV. A endoscopia digestiva alta demonstrou atrofia das vilosidades com soluções de continuidade (biópsias sem alterações) e a videocápsula endoscópica mostrou doença extensa do íleon com desnudamento da mucosa, atrofia, erosões e úlceras. Foi estabelecido o diagnóstico de CU grave refractária a anti-TNF complicada de infecção sistémica a CMV (enterocolite e vasculite leucocitoclástica). O doente foi medicado com ganciclovir, gama-globulina e nutrição parentérica total durante 4 semanas, com boa resposta terapêutica (biópsias do cólon negativas para CMV e DNA-CMV indetectável). Posteriormente, optou-se por iniciar terapêutica com vedolizumab. No entanto, 2 meses depois, houve novo agravamento clínico no contexto de enterocolite a CMV recorrente (confirmado endoscopicamente e por biópsias) e refratariedade ao vedolizumab. O doente foi submetido a proctocolectomia, com melhora clínica.

A infecção por CMV é uma causa conhecida de exacerbação da CU, com importantes implicações clínicas. A enterite a CMV sintomática é rara na CU, com poucos casos descritos na literatura. Os autores apresentam este caso, não só pela raridade, mas também pela sua complexidade diagnóstica e terapêutica.

CC 10

FÍSTULA COLECISTODUODENAL, UMA COMPLICAÇÃO RARA DE ÚLCERA DUODENAL

Pedro Campelo, Tânia Gago, Joana Roseira, Ana Catarina Cunha, Paulo Caldeira, Marta Eusébio, Horácio Guerreiro
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: As fistulas colecistoduodenais ocorrem primariamente no contexto de colelitíase e os casos associados a doença ulcero-sa péptica são extremamente raros.

Descrição do caso: Homem de 49 anos, ad-

mitido no Serviço de Urgência por episódio de hemorragia digestiva alta associada a lipotímia. Antecedentes de úlcera duodenal crónica diagnosticada há mais de 20 anos e tabagismo. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Parâmetros analíticos sem achados relevantes à exceção de hemoglobina 9.1g/dL e BUN 24mg/dL. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou bulbo duodenal com lúmen deformado e estenosado, observando-se no vértice uma úlcera escavada de base limpa, tendo sido internado no Serviço de Gastrenterologia. Por recidiva hemorrágica às 48 horas repetiu EDA onde se visualizou coágulo escuro volumoso na face anterior no bulbo sobre úlcera subjacente, que não se conseguiu destacar. Foi realizada terapêutica endoscópica com injeção de adrenalina e etoxisclerol. Não se verificaram novos episódios de recidiva hemorrágica. Efetuou nova EDA de controlo que evidenciava úlcera calosa no bulbo duodenal com bílis aderente e pequeno orifício. Realizou Tomografia Computadorizada abdominal que mostrou significativa quantidade de ar na vesícula biliar, com nível hidroaéreo, coexistindo discreta aerobilia, sem evidência de litíase. Adjacente à parede vesicular, observou-se aparente espessamento da parede duodenal, na transição da primeira para a segunda porção. Face aos achados descritos, colocou-se a hipótese de úlcera duodenal com fistulização para a vesícula biliar. Foi submetido a colecistectomia e ressecção de úlcera duodenal e duodenorrafia laparoscópica, o procedimento decorreu sem intercorrências. Nove meses após a intervenção cirúrgica, o doente mantém-se clinicamente bem.

Conclusão: Apresenta-se um caso de hemorragia digestiva alta no contexto de úlcera duodenal crónica complicada com fístula colecistoduodenal (FCD). Os autores destacam este caso pela sua peculiaridade: as FCD

no contexto de doença ulcerosa péptica são extremamente raras encontrando-se apenas cinco casos descritos na literatura, um dos quais complicado com hemorragia maciça. Contrariamente ao tratamento das FCD no contexto de colelitíase, o tratamento das FCD secundárias a úlcera duodenal permanece controverso. Apesar do controlo endoscópico da hemorragia, optou-se pela recessão cirúrgica para evitar a recidiva hemorrágica e pelo risco de complicação infecciosa.

CC 11

CAUSA RARA DE ASCITE

Eduardo Dantas, Mariana Coelho, Cristiana Sequeira, Cláudia Cardoso, Ana Paula Oliveira

Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital São Bernardo

Os autores relatam um caso de um homem de 73 anos que recorreu ao serviço de urgência por quadro com 6 meses de evolução caracterizado por astenia, anorexia, perda ponderal, associado a aumento do volume abdominal e dos membros inferiores. À observação apresentava abdómen com semiologia de ascite volumosa, indolor à palpação e com discreto edema dos membros inferiores. Realizou avaliação analítica da qual se destacava hipalbuminémia (2.7g/dL). Submetido a paracentese diagnóstica, que revelou gradiente sero-ascítico <1.1g/dL, com predomínio de linfócitos.

A ecografia abdominal mostrou com volumosa ascite, sem outras alterações. A EDA e colonoscopia total foram normais. A pesquisa de células neoplásicas no líquido ascítico foi negativa, assim como a auto-imunidade e marcadores tumorais. Função tiroideia e doseamento de imunoglobulinas normais. A eletroforese de proteínas revelou gamopatia monoclonal, também presente na eletroforese do líquido ascítico, com imunofixação sérica com banda monoclonal na região lambda. Fez TC toraco-abdomino-pelvica, na qual se des-

tacou derrame pleural bilateral e lesão lítica no 3º arco costal esquerdo, fígado sem alterações, ausência de massas ou adenopatias abdominais. Pedida colaboração de Hematologia, tendo sido realizada biópsia da lesão do arco costal, compatível com infiltração por mieloma múltiplo. O mielograma revelou 24% plasmócitos. Assistiu-se a agravamento clínico progressivo, que impossibilitou o início de quimioterapia, culminando no óbito do doente. O mieloma múltiplo é uma neoplasia hematólógica caracterizada por proliferação de células plasmáticas malignas, com produção subsequente de imunoglobulinas monoclonais. A apresentação clínica pode variar desde assintomática a extremamente sintomática, com necessidade de intervenção emergente. A presença de ascite como manifestação inicial é rara.

CC 12

QUISTO DE DUPLICAÇÃO DUODENAL: UM DIAGNÓSTICO RARO NA IDADE ADULTA

Carina Leal¹, Pedro Marcos¹, Antonieta Santos¹, Alexandra Fernandes¹, Isabel Cotrim¹, Eduardo Pereira², Helena Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar de Leiria, ²ULS Castelo Branco

Introdução: Os quistos de duplicação duodenais são anomalias congénitas raras, representando somente 2 a 12 % das duplicações gastrointestinais. Habitualmente, o diagnóstico é realizado na infância, no seguimento de sintomas obstrutivos; estima-se que apenas 30% de todos os quistos de duplicação sejam diagnosticados na idade adulta. O espectro sintomático é variado, incluindo vómitos, anorexia, dor e distensão abdominal. Em casos mais raros, os quistos de duplicação podem apresentar-se com complicações como pancreatite, infeção e hemorragia. A transformação maligna, apesar de rara, está descrita. O tratamento tem sido tradicionalmente cirúrgico, encontrando-se na literatura relatos de

resseção endoscópica e de vigilância em casos particulares.

Caso clínico: Mulher de 65 anos, com antecedentes de dislipidemia, asma e doença cerebrovascular, medicada habitualmente com formoterol, montelucaste, ácido acetilsalicílico, omeprazol, sinvastatina, alprazolam e ibuprofeno.

Referenciada à consulta de Gastreenterologia por epigastralgias e sensação de enfartamento pos-prandial com vários anos de evolução, sem alterações analítica de relevo. Realizou endoscopia digestiva alta, que evidenciou formação polipoide pediculada com cerca de 20 mm, revestida por mucosa endoscopicamente normal, com base de implantação duodenal e prolapsando através do piloro para a cavidade gástrica. Colocada a hipótese diagnóstica de lesão subepitelial e realizadas biópsias, sem representatividade e com metaplasia intestinal. Para melhor esclarecimento, realizou inicialmente tomografia computadorizada abdominal contrastada, relatando-se defeito de preenchimento na transição da primeira para a segunda porção do duodeno. Posteriormente, realizou ecoendoscopia radial, observando-se formação polipóide ovóide com cerca de 22 mm de maior diâmetro, com base de inserção no ápex bulbar e com pequena área líquida no interior; a superfície da formação era composta de uma parede estratificada com 3 mm (parede digestiva). Esta formação era compatível com quisto de duplicação. As hipóteses terapêuticas foram discutidas com a doente, tendo sido proposta intervenção cirúrgica.

Conclusão: Os autores destacam uma causa rara de dor abdominal na idade adulta e a importância da ecoendoscopia no esclarecimento de lesões duodenais. Serve este caso como ponto de partida para discussão sobre este diagnóstico infrequente.

CC 13

CAUSA RARA DE INVAGINAÇÃO INTESTINAL

Mariana Coelho, Eduardo Dantas, Cristiana Sequeira, João Mangualde, Ricardo Freire, Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar Setúbal

Homem de 79 anos, referenciado a consulta de Gastreenterologia por quadro, com cerca de 3 meses de evolução, de dor abdominal intensa e generalizada, do tipo cólica, que aliviava após emissão de fezes líquidas, sem sangue, muco ou pús. Concomitantemente, de referir vômitos alimentares e emagrecimento marcado.

À observação na consulta o doente apresentava bom estado geral e abdómen com ruídos hidroaéreos presentes e de timbre normal, liso, mole e depressível e indolor à palpação, sem defesa ou reação peritoneal.

Para esclarecimento do quadro realizou avaliação complementar incluindo análises, endoscopia digestiva alta, colonoscopia e ecografia abdominal que se encontravam sem alterações.

Posteriormente verificou-se agravamento do quadro, nomeadamente da perda ponderal e da dor, que passou a ser acompanhada de gorgolejo e movimentos de reptação, que aliviavam após vômitos de conteúdo alimentar de estase. Face à evolução optou-se pela realização RMN abdominal que revelou aspetos sugestivos de invaginação de ansa do delgado, provavelmente íleon, com distensão de ansas intestinais a montante com suspeita de lesão orgânica no interior da invaginação.

Foi submetido a cirurgia, na qual se identificou neoformação do delgado a 130 cm do ângulo de Treitz, associada a adenomegalias do meso, tendo sido feita resseção segmentar do íleon e das adenomegalias locais, cuja análise revelou infiltração por linfoma B de baixo grau, compatível com linfoma marginal (MALT).

O doente está em seguimento em consulta de Hematologia Oncológica, tendo iniciado quimioterapia com rituximab, ciclofosfamida, vincristina e prednisolona.

Se, por um lado, as neoplasias malignas do intestino delgado são pouco frequentes, em particular os linfomas MALT primários desta localização, por outro, as invaginações intestinais em adultos são-no ainda menos, na maioria das vezes com uma etiologia benigna subjacente. Assim, a combinação descrita neste caso é rara, encontrando-se apenas dois casos adicionais descritos na literatura, em população adulta.

CC 14

UMA COLITE COMPLEXA

Pedro Antunes, Sofia Mendes, Tiago Leal, Dalila Costa, Bruno Gonçalves, Raquel Gonçalves
Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Braga

Introdução: Os autores apresentam o caso de uma doente de 88 anos internada por quadro de colite grave com atingimento perianal de etiologia não esclarecida, associado a estado de imunodepressão de causa igualmente indeterminada.

Observação: Revisão teórica de possíveis etiologias de colite associada a doença perianal.

Materiais e métodos: Os autores descrevem o caso clínico de uma mulher de 88 anos, autónoma, transferida doutra instituição para o nosso hospital com quadro com mais de um mês de evolução de anorexia, perda ponderal significativa e diarreia, associado a fistula perianal exsudativa. O estudo imagiológico por TC revelou espessamento parietal do cólon sigmóide e a colonoscopia revelou área no sigmóide com ulceração profunda cujas biópsias demonstraram actividade inflamatória severa inespecífica. A RMN pélvica mostrou presença de abscesso inter-esfincteriano. Paralelamente ao início deste quadro, apresentou herpes zoster da região nadegueira e posteriormente candidíase esofágica, que indicavam estado de imunodepressão. Na nossa instituição realizou nova rectossigmoidoscopia em que se observou colite grave desde

o sigmóide até ao recto médio. Sem resposta favorável a antibioterapia iniciada no exterior, começou corticoterapia com melhoria franca do estado geral e diarreia. Teve alta clinicamente melhorada com a hipótese diagnóstica de possível Doença de Crohn e com esquema de desmame de corticoterapia. Após duas semanas teve recorrência dos sintomas iniciais. A esta data a pesquisa de micobactérias no material de biópsia do cólon já estava disponível e foi positiva para *Mycobacterium avium complex* (MAC). Iniciou antibioterapia dirigida a MAC com boa resposta clínica. O estudo da imunodepressão foi inconclusivo até ao momento.

Conclusão: O presente caso trata de uma doente com colite grave por MAC com atingimento perianal, associado a um provável estado de imunodepressão. Este vem demonstrar a grande variedade de etiologias de colite e como algumas destas mais raras podem mimetizar doença inflamatória intestinal, sobretudo em doentes com estados de imunodepressão, revelando-se um desafio diagnóstico.

CC 15

ASCITE ET MALADIE DE CROHN..... EST CE VRAIMENT UN CROHN?

Olivier Caliez

CO 01

ESPESSURA TRANSPARIETAL: PARÂMETRO ANTROPOMÉTRICO INOVADOR PARA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE DOENTES SUBMETIDOS A PEG

Gonçalo Nunes¹, Tânia Meira¹, Marta Patita¹, Ana Teresa Barata¹, Carla Adriana Santos¹, Jorge Fonseca^{1,2}

¹Serviço de Gastrenterologia, GENE – Grupo de Nutrição Artificial, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal, ²CiiEM, Centro de investigação interdisciplinar Egas Moniz, Monte da Caparica, Portugal.

Introdução: A desnutrição é altamente prevalente em doentes elegíveis para gastrostomia endoscópica percutânea (PEG). A espessura transparietal (ET) avaliada com o tubo de gastrostomia imediatamente após o procedimento pode contribuir para a avaliação do estado nutricional.

Objetivos: 1. Caracterizar a ET em doentes submetidos a PEG. 2. Estudar a associação entre a ET e os parâmetros antropométricos regularmente utilizados. 3. Definir os melhores *cut-offs* de ET para identificar desnutrição. 4. Avaliar a relação entre a ET e o prognóstico clínico.

Métodos: Estudo prospetivo e unicêntrico que incluiu doentes submetidos a PEG. O rastreio e avaliação nutricional foram efetuados utilizando o *Nutritional Risk Screening 2002*, a antropometria e o doseamento das proteínas séricas (albumina e transferrina). A antropometria incluiu a determinação do índice de massa corporal (IMC), perímetro braquial (PB), prega cutânea tripital (PCT) e circunferência muscular do braço (CMB). A ET foi registada imediatamente após a gastrostomia. Foram estabelecidos *cut-offs* de ET para prever o estado nutricional por comparação com os parâmetros antropométricos e utilizando a

análise de curvas ROC. A correlação entre a ET e a sobrevida foi avaliada.

Resultados: 227 doentes (161 homens e 66 mulheres) com 23-96 anos. A maioria dos doentes realizou PEG por cancro cervicofacial (51.1%). 57.7% dos doentes foram considerados desnutridos pelo IMC. A mediana da ET foi 25 mm (IQR = 10). A ET correlacionou-se positivamente com o IMC (R = 0.5), PB (R = 0.5), TSF (R = 0.5) e CMB (R = 0.4) (p<0.01), respetivamente, apresentando acuidade na identificação de desnutrição (AUROC 0.71 ± 0.033, p<0.01). Foi encontrado um valor preditivo positivo (VPP) de 81.6% e uma especificidade de 84.4% da ET em prever desnutrição, para valores inferiores a 20 mm. Observou-se uma correlação fraca mas significativa (R=0.1) entre a ET e a sobrevida após PEG. A sobrevida dos doentes com cancro cervicofacial foi significativamente inferior quando ET ≤ 25 mm (p=0.03).

Conclusões: A ET é um parâmetro variável nos doentes submetidos a PEG, no entanto, valores abaixo de 20-25 mm são sugestivos de desnutrição. A ET avaliada no dia da gastrostomia é o parâmetro antropométrico mais facilmente obtível de um doente com PEG. Tendo em conta o seu elevado VPP e a correlação com a sobrevida, a ET deverá ser vista como uma ferramenta na avaliação do estado nutricional, específica para doentes gastrostomizados, com valor diagnóstico e prognóstico.

CO 02

DISSEÇÃO DA SUBMUCOSA DO CÓLON – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Flor de Lima, M., Nunes, N., Santos, V., Rego, A.C., Pereira, J.R., Paz, N., Duarte, M.A.
Serviço de Gastrenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

A disseção endoscópica da submucosa (DSM) permite a excisão em bloco de lesões de variadas dimensões e padrões de crescimento,

possibilitando uma maior taxa de obtenção de margens livres e menor recorrência local. Apesar da maior dificuldade técnica limitar o seu uso disseminado a nível do cólon, tem-se verificado um número crescente de resultados favoráveis.

Pretende-se, com este estudo, avaliar a experiência em DSM do cólon e reto efetuadas no nosso serviço.

Procedeu-se a uma avaliação retrospectiva de todos os casos de disseção da submucosa do cólon e reto realizados entre julho de 2016 e setembro de 2018.

Foram analisados 19 casos submetidos a DSM, com uma média de idades de 63 anos (± 10 , 47-79 anos), dos quais 5 eram do sexo feminino. As lesões localizavam-se no cego (2), cólon ascendente (8), transverso (2), sigmóide (2) e no recto (5). As lesões observadas tinham em média 27 mm (± 5 , 20-45 mm) de diâmetro. Em dois casos, a DSM completa não foi possível, por dificuldade na elevação da submucosa e por infiltração profunda da submucosa, com necessidade de terminar o procedimento recorrendo a mucosectomia, ambos posteriormente referenciados para cirurgia. A avaliação anatomo-patológica revelou 15 adenomas com displasia de baixo grau, um adenoma com displasia de alto grau, um pólipó hiperplásico, um adenocarcinoma mucinoso in situ e um adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado, com infiltração da submucosa (sm3). Foram observadas margens livres em 94% dos casos. Verificaram-se dois casos de perfuração, sendo um destes o do cólon transverso, encerrados na sua totalidade com clips.

A DSM é um método seguro e eficaz na excisão de lesões de grandes dimensões, permitindo uma maior taxa de ressecção completa e condicionando maior acuidade no diagnóstico anatomo-patológico. Com o aumento da experiência e sucesso técnico locais, observar-

-se-á, provavelmente, um número crescente de lesões do cólon e reto excisadas endoscopicamente por DSM.

CO 03

O PAPEL DO RATIO PLAQUETAS-LINFÓCITOS COMO PREDITOR DE FIBROSE HEPÁTICA NA INFEÇÃO PELO VHC

Flávio Pereira, Richard Azevedo, Marisa Linhares, João Pinto, Ana Caldeira, José Tristan, Eduardo Pereira, Rui Sousa, António Banhudo
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A infeção pelo VHC é um importante problema de saúde pública e caracteriza-se por uma resposta inflamatória persistente do fígado, podendo complicar-se de fibrose, cirrose e/ou carcinoma hepatocelular.

Os métodos não invasivos têm ganhado crescente importância na avaliação da fibrose hepática. A elastografia transitória (Fibroscan®) é atualmente a técnica não invasiva mais utilizada para prever a fibrose hepática; contudo, apenas está disponível num número limitado de hospitais. Deste modo, tem crescido o interesse pelo desenvolvimento de biomarcadores preditivos de fibrose com base em análises de rotina. O Ratio Plaquetas-Linfócitos (RPL) é um marcador de inflamação sistémica, que reflete a atividade imunitária, e que tem sido estudado como fator de prognóstico em doenças inflamatórias.

Objetivo: Avaliar o papel do RPL na predição da fibrose hepática em doentes com infeção pelo VHC.

Métodos: Estudo retrospectivo, que incluiu doentes com infeção pelo VHC. Colhidos dados clínicos e analíticos, e efetuado cálculo do RPL. Avaliação do grau de fibrose hepática através da mediana de rigidez da elastografia transitória (Fibroscan®). Fibrose avançada foi definida como estadio igual ou superior a F3. Análise estatística com SPSS v25.

Resultados: Incluídos 54 doentes (69% homens; idade média 56,7 \pm 12,3anos).

Fibrose avançada foi identificada em 28% dos doentes (N=15) com o Fibroscan®.

Verificou-se uma correlação negativa moderada estatisticamente significativa entre a mediana de rigidez e o RPL ($p < 0,001$; $r = -0,473$). Os doentes com fibrose avançada apresentaram um valor médio de RPL significativamente inferior (65,4 vs 97,1; $p < 0,01$). A área sob a curva (AUC) do RPL como discriminador de fibrose hepática avaliada pelo Fibroscan® foi de 0.762 ($p < 0,01$), revelando um poder discriminante moderado. O melhor *cut-off* de RPL para prever fibrose hepática foi de 78,1. Um RPL inferior a 78,1 apresenta uma sensibilidade de 73,3%, especificidade de 71,8%, valor preditivo positivo de 50% e um valor preditivo negativo de 87,5% para fibrose avançada.

Conclusão: O RPL é um marcador útil para prever fibrose hepática avançada no doente com infeção por VHC. É calculado com base em análises de rotina, pelo que é uma ferramenta acessível, reprodutível, não invasiva, sem custos adicionais, podendo ser facilmente utilizado na prática clínica.

CO 04

MUTAÇÕES BRAF E RAS NO CANCRO DO CÓLON E RETO: ASSOCIAÇÃO COM O FENÓTIPO E PROGNÓSTICO

Catarina Gomes, Ana Carla Soares, Francisco Branco, Carolina Palmela, Inês Rolim, Ana Raquel Henriques, Maria Helena Oliveira, Paula Borralho, Isabel Fonseca, José Luís Passos Coelho, Rui Maio, Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo, Hospital de Santa Maria

Introdução: O CCR é hoje reconhecido como uma doença heterogénea com apresentação clínica, prognóstico e respostas à terapêutica diversas. Esta diversidade poderá estar em relação com vias de carcinogénese distintas. As características moleculares dos tumores do cólon direito e esquerdo, nomeadamente a presença de mutações nos genes RAS e BRAF, poderão estar na base das diferenças fenotípicas.

Objetivos: Caracterizar fenotipicamente os tumores do cólon direito e esquerdo e avaliar *overall survival* (OS) e *progression free-disease survival* (PFS) de acordo com a localização do tumor, *status* RAS e inativação de BRAF.

Métodos: Estudo de *coorte* retrospectivo de doentes operados a CCR no Hospital Beatriz Ângelo entre 2012 e 2014. O *status* RAS e BRAF foi avaliado por RT-PCR (*real time polymerase chain reaction* - Idylla®) em amostras das peças cirúrgicas fixadas em formol e incluídas em blocos de parafina. Análise estatística realizada em SPSS v23.

Resultados: Incluídos 228 doentes (57,9% homens; idade $68,5 \pm 13,1$ anos; *follow-up* $41,4 \pm 22,1$ meses). A OS foi de 54,3 meses e a PFS foi de 63,5 meses. 113/228 (50%) dos CCRs estavam localizados no cólon direito e os restantes no cólon esquerdo. Não foram encontradas diferenças entre os tumores do cólon direito e esquerdo no que respeita a idade ao diagnóstico ($p = 0,36$), género ($p = 0,219$), presença de metástases ao diagnóstico ($p = 0,55$) ou recidiva ($p = 0,53$). Os tumores do cólon esquerdo apresentaram maior mortalidade ($p = 0,070$) e menor sobrevivência global (50,7 vs 54,9 meses, $p = 0,055$). 56,6% (64/113) dos tumores do cólon direito eram RAS mutados vs 56,6% (65/115) do colón esquerdo ($p = 0,98$). A mutação BRAF foi mais frequente no cólon direito do que no cólon esquerdo: 13,3% (15/113) vs 1,7% (2/115), $p = 0,001$. Observámos uma maior frequência de tumores BRAF mutados no género feminino (11,5% vs 4,5%, $p = 0,005$). A OS dos tumores RAS mutado foi menor do que dos tumores RAS *wild type* (52,3 vs 55,8 meses, $p = 0,038$) sem diferença na progressão livre de doença (62,6 vs 63,6 meses, $p = 0,18$). A mutação BRAF não influenciou a OS (51,2 vs 54 meses, $p = 0,63$) nem PFS (61,5 vs 63 meses, $p = 0,43$). Os fatores preditivos de mortalidade e recidiva foram o estadió ($p < 0,001$) e idade ($p = 0,002$).

Conclusões: Os tumores do cólon direito e RAS *wild-type* apresentaram maior sobrevivência global. A mutação BRAF foi mais frequente nos tumores do cólon direito e no género feminino mas não pareceu influenciar a sobrevida global ou progressão livre de doença.

CO 05

REEQUILÍBRIO HEMOSTÁTICO NO DOENTE COM CIRROSE HEPÁTICA

Flávio Pereira, Richard Azevedo, Marisa Linhares, Diana Ramos, João Pinto, Ana Caldeira, José Tristan, Eduardo Pereira, Rui Sousa, António Banhudo
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: Tradicionalmente, tem se considerado a cirrose hepática como um estado pró-hemorrágico, fruto de alterações da hemostase, como a trombocitopenia e o prolongamento do INR.

No entanto, estudos recentes sugerem que as alterações da hemostase na cirrose são mais complexas do que tradicionalmente se pensava, apontando para a existência de um reequilíbrio hemostático delicado, que, se afetado, pode causar tanto eventos hemorrágicos como trombóticos.

Objetivos: Caracterizar as alterações da coagulação existentes na cirrose hepática e averiguar correlações entre fatores anti e pró-trombóticos que possam indicar a existência de um reequilíbrio hemostático.

Material e métodos: Estudo prospetivo observacional, incluindo doentes internados por cirrose hepática descompensada. Realizado doseamento sérico de plaquetas, factor *von Willebrand* (FvW), tempo protrombina (TP), INR, factores de coagulação II, V, VII e VIII, proteína C (PC) e antitrombina (AT). Análise estatística com SPSS v25.

Resultados: Incluídos 55 doentes (91% homens; idade média 61 ± 10 anos; Etiologia alcoólica 93%; MELD médio $17 \pm 5,6$; *Child-Pugh* C 62%).

Valor médio dos fatores doseados: plaquetas 115000 ± 64000 ; TP $20,9 \pm 6,9$; INR $1,42 \pm 0,27$; FII $43,3 \pm 15,2$ (referência 50-150); FV $49 \pm 22,3$ (62-139); FVII $33,5 \pm 31,2$ (50-129); FVIII 231 ± 186 (50-150); FvW 491 ± 236 (42-176,3), AT $45,1 \pm 25$ (83-128), PC $29,1 \pm 17,5$ (70-140).

Os doentes com contagem de plaquetas inferior a 100 000/uL apresentavam valores estatisticamente mais elevados de FvW (562 vs 405; $p < 0,05$).

Observou-se uma correlação inversa moderada entre o valor de INR e o valor de PC e de AT ($p < 0,05$; $R = -0,462$ e $R = -0,434$ respetivamente) e uma correlação direta forte entre o valor de INR e o valor de FvW ($p < 0,001$; $R = 0,544$).

Verificou-se também uma correlação direta forte entre o valor de AT e o dos fatores V e FVII ($p < 0,01$; $R = 0,759$ e $R = 0,657$ respetivamente).

Conclusão: Este estudo corrobora a concepção de que o doente com cirrose hepática apresenta um perfil hemostático complexo, com fatores anti e pró-trombóticos que se tendem a reequilibrar. A trombocitopenia, o prolongamento do INR e a diminuição de fatores coagulantes V e VII são compensados pela diminuição da PC e da AT e pelo aumento do FvW.

CO 06

DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA – EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO

Catarina Gouveia, Catarina Gomes, Alexandre Ferreira, Helena Oliveira, Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A dissecação endoscópica da submucosa (DES) é uma técnica recente que permite a ressecção de lesões superficiais do tubo digestivo. O objetivo deste estudo foi analisar os resultados dos doentes com lesões neoplásicas superficiais gástricas e retais submetidos a DES num centro hospitalar.

Métodos: Série de casos de doentes com le-

sões gástricas e retais submetidos a DES no nosso centro hospitalar, entre janeiro e agosto de 2018. Os procedimentos endoscópicos foram realizados apenas por um endoscopista. Foram recolhidos dados demográficos, clínicos, endoscópicos e histológicos e avaliados os seguintes parâmetros: sucesso técnico, ressecção “em bloco”, R0 e curativa, incidência de complicações, necessidade de cirurgia e recidiva durante o *follow-up*.

Resultados: Foram incluídos 20 DES realizadas em 19 doentes – 58% homens (n=11), com idade média de 71 ± 8 anos. Realizadas 14 DES em lesões gástricas e 6 em lesões retais, com tamanho médio de $18,4 \pm 9,7$ mm (min 10, max 45) e de $63,3 \pm 14$ mm (min 45, max 80), respetivamente. O tempo médio de procedimento foi $88,3 \pm 59$ min (min 60, max 240) para as lesões gástricas e $193,3 \pm 84,7$ min (min 120, max 330) nas retais. Quarenta e cinco por cento das lesões (n=9) eram Paris 0-IIa, 3 (15%) eram 0-IIa+Is, 3 0-Is, 1 0-IIb, 1 0-IIb+c, 1 0-IIa+c e 2 lesões gástricas eram subepiteliais. A taxa de sucesso técnico foi 95% - 1 procedimento interrompido – tumor neuroendócrino gástrico (TNE). Das 19 lesões excisadas, 18 foram “bloco”, e todas as ressecções foram R0. Apenas 2 ressecções gástricas não foram curativas (1 por linfóangioinvasões e outra por invasão submucosa profunda - SM3). Em 4 doentes ocorreram complicações (DES gástricas) – 3 hemorragias (2 sem necessidade de terapêutica endoscópica e 1 submetida a APC com sucesso técnico) e uma perfuração resolvida endoscopicamente com clips. O tempo médio de internamento foi $2,16 \pm 1,9$ dias (min 1, max 7). Três doentes necessitaram de cirurgia – 2 por ressecção endoscópica não curativa e 1 por insucesso de ressecção endoscópica. Foram ressecados 12 adenomas DBG/DAG, 3 carcinomas intramucosos, 3 adenocarcinomas e 1 TNE. Em nenhum doente houve recidiva (mediana do follow up 3 meses).

Conclusão: A DES é uma técnica segura e eficaz na excisão de lesões neoplásicas superficiais gástricas e retais, possibilitando uma elevada taxa de ressecção “em bloco” e R0, mesmo nos primeiros casos realizados após aquisição de competência técnica.

CO 07

AVALIAÇÃO DE PERFIL DE RESISTÊNCIA PRIMÁRIA DE *HELICOBACTER PYLORI*: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Mariana Coelho, Eduardo Dantas, Ricardo Freire, Cláudia Silva, Andreia Santos, Isabelle Cremers, Mónica Oleastro, Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar de Setúbal Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

A infeção por *helicobacter pylori* (Hp) é uma das infeções crónicas mais comuns em todo o mundo, não sendo Portugal uma excepção, onde se verifica uma elevada prevalência nos adultos. A resistência aos antibióticos é o principal problema associado à falência do tratamento de erradicação. Assim, monitorizar a evolução destas resistências é fundamental e é neste contexto que surge o 4º Estudo Europeu Multicêntrico de Sensibilidade do Hp aos Antimicrobianos.

A colaboração do nosso centro neste estudo consistiu na inclusão de doentes adultos, submetidos a EDA eletiva, por indicações que motivariam, de per se, a pesquisa do Hp e que não tivessem anteriormente feito erradicação ou tratamento com inibidor da bomba de prótons nas 3 semanas anteriores, ao longo de cerca de 7 meses. Nesses doentes foram feitas biopsias de mucosa gástrica, as quais foram inoculadas para cultura e nas quais foi testada a sensibilidade à claritromicina, à levofloxacina, à tetraciclina, à rifampicina, ao metronidazol e à amoxicilina.

No total foram incluídos 40 doentes, dos quais 20 foram positivos para a presença de Hp. Onze das estirpes de Hp isoladas eram sensíveis a todos os antibióticos testados (55%)

e 9 apresentavam resistência a um ou mais dos antimicrobianos (45%). Destas, 3 eram resistentes isoladamente à levofloxacina e 2 ao metronidazol. Não se verificou nenhum caso de resistência isolada à claritromicina, objetivando-se 2 de resistência combinada com metronidazol e 1 com levofloxacina. Adicionalmente, verificou-se uma estirpe resistente à combinação de metronidazol e levofloxacina.

Assim, nesta série, verificamos uma resistência primária à claritromicina de 15%, ao metronidazol de 25% e à levofloxacina de 25%, que não é o padrão de resistências descrito na literatura disponível acerca do tema mas que corrobora o bom resultado conseguido com o esquema triplo de IBP+amoxicilina+claritromicina, ainda muito utilizado na prática clínica. Em Portugal não são realizadas culturas por rotina, por não ser custo-eficaz e pelo relativo sucesso verificado com a terapêutica empírica. É, portanto, pertinente que se continuem a implementar estudos de atualização do padrão de resistências do Hp para que, assim, se mantenham adequadas as recomendações terapêuticas baseadas na evidência.

CO 08

A SOBREVIDA GLOBAL NA CIRURGIA PANCREÁTICA POR NEOPLASIA É INFLUENCIADA PELA COMPOSIÇÃO CORPORAL

Maria Pia Costa Santos, Sónia Velho, Cátia Cunha, Lisa Agostinho, Rita Cruz, Filipe Costa, Rita Roque, Paulo Oliveira, Rui Maio, Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo, Hospital da Luz

Introdução: A cirurgia pancreática é o único método curativo do cancro do pâncreas. No entanto, associa-se a elevada morbilidade e a sobrevida aos 5 anos não ultrapassa os 10%-20%. Estudos recentes demonstraram que a sarcopenia (défice de massa muscular), a baixa atenuação muscular (infiltração da massa muscular por tecido adiposo) e o tecido adiposo visceral excessivo associam-se a maior

morbilidade pós-operatória mas o impacto na sobrevida a longo prazo não está definido.

Objetivo: Avaliar o impacto de alterações da composição corporal na sobrevida global de doentes operados a neoplasias do pâncreas.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes submetidos a cirurgia pancreática por neoplasia entre 2012 e 2017. A composição corporal foi avaliada com base na área e índice de massa magra, de gordura visceral e atenuação muscular através da análise de imagens de TC de diagnóstico/estadiamento em corte sagital ao nível de L3. A sobrevida foi analisada com curvas de Kaplan Meier e o modelo foi ajustado com o intuito de identificar fatores independentes de prognóstico.

Resultados: Avaliados 125 doentes, excluídos 35 com TC realizada noutra instituição. Incluídos 90 doentes, 50 homens, idade média de $68 \pm 10,9$ anos. Destes, 84,4% apresentavam neoplasias malignas. Verificou-se que 14,4% apresentava sarcopenia, 2,2% obesidade sarcopenica, 26,7% baixa atenuação muscular, 43,3% excesso de tecido adiposo visceral e 57,8% um ratio elevado de área de tecido adiposo visceral (TAV): área de tecido muscular esquelético (TME). A análise de sobrevivência mostrou uma sobrevida média inferior nos doentes com > 70 anos ($16 \pm 2,2$ vs $38,1 \pm 3,3$ meses, $P=0.001$), sarcopénicos ($15,1 \pm 4,1$ vs $33,4 \pm 3,1$ meses, $P=0.01$), com baixa atenuação muscular ($9,2 \pm 1,6$ vs $42,1 \pm 2,7$ meses, $P<0.001$) e ratio elevado de TAV/TME ($25,1 \pm 3,5$ vs $39,7 \pm 3,3$ meses, $P=0.005$). No modelo de Cox que incluiu a histologia, a atenuação muscular e o ratio TAV:TME foi obtida uma estatística C de 0.82 (IC95%:0.7-0.94), o que indica uma boa capacidade discriminativa, enquanto que um modelo que incluiu a idade, risco anestésico (classificação ASA) e histologia apresentou uma estatística C de 0.71 (IC95%:0.58-0.83) que demonstra um menor poder discriminativo.

Conclusão: Os parâmetros de composição corporal são preditores independentes de sobrevivência em doentes submetidos a cirurgia pancreática por neoplasia e apresentam um maior poder discriminativo do que um modelo clássico que incluía a idade > 70 anos e o risco anestésico.

CO 09

LESÕES PRÉ-MALIGNAS SÍNCRONAS EM DOENTES COM NEOPLASIAS MALIGNAS DO CONFLUENTE BILIO-PANCREÁTICO

Maria Pia Costa Santos, Maria Helena Oliveira, Paulo Oliveira, Cátia Cunha, Filipe Costa, Rui Maio, Marília Cravo

Hospital Beatriz Ângelo, Hospital da Luz

Introdução: As lesões precursoras do cancro do pâncreas, nomeadamente as neoplasias mucinosas papilares intra-ductais (IPMNs) e as neoplasias pancreáticas intra-epiteliais (PanINs) podem ser multifocais e co-existir com neoplasias malignas do pâncreas. Os IPMNs do ducto principal e/ou com displasia de alto grau e os PanINs do ducto principal e/ou de alto grau (PanINs-3) são lesões de alto risco para carcinoma invasivo. A acuidade diagnóstica da TC/RM para os IPMNs é baixa e os PanINs são lesões microscópicas detetadas apenas na peça operatória. Assim, a pancreatctomia segmentar não previne a progressão para carcinoma invasivo de lesões pré-malignas não detetadas pre-operatoriamente no pâncreas remanescente.

Objetivos: Avaliar a incidência e caracterizar as lesões síncronas pré-malignas (LSPM) detetadas na peça operatória de cirurgia pancreática.

Material: Estudo retrospectivo que incluiu doentes submetidos a cirurgia pancreática por neoplasia entre 2012 e 2017. Analisados os doentes que apresentavam na peça operatória LSPM, incluindo as consideradas de alto risco para malignidade. Avaliada a taxa de deteção de lesões quísticas na TC/RM pré-operatórias. Comparados os dados demográficos, tipo de

tumor associado e tipo de cirurgia nos doentes com e sem lesões síncronas pré-malignas.

Resultados: Analisados 125 doentes submetidos a cirurgia pancreática por neoplasia, dos quais 97 apresentavam neoplasias malignas. Na peça operatória foram identificadas LSPM em 30% (29/97) dos doentes (IPMN em 14, PanIN em 9 e IPMN+PanIN em 6), sendo que 20% (19/97) eram lesões de alto risco (IPMNs em 8, PanIN em 7 doentes e IPMN+PanIN em 4). A taxa de deteção de IPMNs de baixo e alto risco nos exames pré-operatórios foi de 30% (6/20). A distribuição por idade e gênero era semelhante era semelhante nos doentes com e sem LSPM (P=0,145 e P=0,895, respetivamente). Verificámos que em 76% (22/29) dos casos as LSPM estavam mais associadas a adenocarcinoma do pâncreas (P<0,001) e eram também mais frequentes em peças de pancreatctomia total vs resseções segmentares (41% vs 19%, P=0,03).

Conclusões: Nesta amostra, 20% dos doentes operados a neoplasia maligna bilio-pancreático apresentavam lesões síncronas de alto risco. Destes, 63% eram IPMNs de alto risco e apenas 1/3 foram detetados nos exames pré-operatórios. Estes resultados levantam a hipótese de persistirem lesões residuais com capacidade de progressão para neoplasias invasivas nos doentes submetidos a pancreatctomia segmentar.

CO 10

FRAÇÕES DE CIRROSE E CARCINOMA HEPATOCELULAR ATRIBUÍVEIS A HEPATITES VÍRICAS

Carolina Simões, Sofia Carvalhana, Rui Tato-Marinho, Helena Cortez-Pinto
Hospital de Santa Maria, CHLN

Introdução: As hepatites víricas crónicas são fatores de risco para cirrose e carcinoma hepatocelular (CHC). Em Portugal, não existe um processo sistemático que nos permita estimar

a mortalidade atribuída às hepatites víricas. O objetivo foi estimar a proporção de doentes com cirrose e CHC associados às hepatites víricas.

Métodos: *Coorte* retrospectiva incluindo doentes consecutivos com cirrose e CHC, internados numa Unidade de Hepatologia. A análise calculou a proporção de doentes com teste positivo para hepatite B (VHB) e hepatite C (VHC) para estimar a fração atribuível. Este estudo é baseado num protocolo da OMS (*Protocol for surveillance of the fraction of cirrhosis and hepatocellular carcinoma attributable to viral hepatitis in clinical centres of excellence*) e desenvolvido através de uma colaboração entre a WHO EUR, ECDC e EASL.

Resultados: Entre 2015 e 2016, foram incluídos 100 doentes consecutivos com cirrose e 100 com CHC. A idade média foi de 62 (20-87) e 160 (80%) doentes eram do sexo masculino.

Em doentes com cirrose, o consumo excessivo de álcool foi a etiologia mais comum (n = 56), seguido por VHC (n = 24), VHB (n = 6), fígado gordo não alcoólico (FGNA) (n = 5) e outras causas (n = 9). Naqueles com VHC e VHB, 17 e 4 doentes tinham história de consumo excessivo de álcool, respectivamente. Durante a admissão, 16 doentes foram diagnosticados “de novo”, 78 apresentavam doença hepática terminal, 2 foram transplantados e 4 morreram.

Nos doentes com CHC, todos apresentavam cirrose. O consumo excessivo de álcool, VHC, VHB e FGNA foram as etiologias em 45, 36, 11 e 2 doentes. Um doente apresentava coinfeção por VHC e VHB. Naqueles com VHC e VHB, 14 e 4 doentes apresentavam consumo excessivo de álcool, respectivamente. Durante a admissão, 34 doentes foram diagnosticados “de novo” e 8 morreram.

Conclusão: 30% dos casos de cirrose foram atribuídos ao VHC (24%) ou ao VHB (6%) e

47% dos casos de CHC ao VHC (36%) ou ao VHB(11%). Uma proporção substancial de doentes apresentava consumo excessivo de álcool.

CO 11

A DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D COMO MARCADOR DE PROGNÓSTICO NA CIRROSE HEPÁTICA

Flávio Pereira, Richard Azevedo, Marisa Linhares, Diana Ramos, João Pinto, Ana Caldeira, José Tristan, Eduardo Pereira, Rui Sousa, António Banhudo
Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco

Introdução: A vitamina D constitui uma hormona com efeitos pleotrópicos, incluindo um papel na proliferação e diferenciação celular, imunomodulação, inflamação e fibrogénese.

A relação entre vitamina D e lesão hepática é complexa, não estando ainda totalmente compreendida. Estudos recentes têm sugerido uma associação entre deficiência de vitamina D e pior prognóstico na cirrose hepática.

Objetivo: Avaliar o papel da vitamina D no prognóstico de doentes com cirrose hepática

Materia e métodos: Estudo prospetivo observacional, incluindo doentes com cirrose hepática. Constituídos dois grupos de doentes: um com doença compensada seguidos em consulta externa, e outro de doentes internados por descompensação. Colhidos dados clínicos, analíticos e imagiológicos e realizado doseamentos sérico de vitamina D. Definiu-se deficiência de vitamina D como valor sérico inferior a 20ng/mL, e deficiência grave como valor inferior a 10ng/mL.

Resultados: Incluídos 135 doentes (81% homens; idade média $63,2 \pm 10,3$ anos; etiologia alcoólica 86%); 67 com doença compensada (MELD-Na $9,2 \pm 2,4$; *Child* A 85%) e 68 com doença descompensada (MELD-Na $16,2 \pm 5,8$; *Child* B 52% e C 34%).

Observou-se deficiência de vitamina D em 87% dos doentes (valor médio $11,6 \pm 6,5$ ng/mL). 49% apresentava défice grave.

Verificou-se uma correlação inversa entre os níveis séricos de vitamina D e o *score* de *Child-Pugh* e MELD-Na ($p < 0,01$). Os doentes com *Child-Pugh* classes B-C apresentaram valores de vitamina D estatisticamente inferiores aos doentes classe A (9,5 vs 13,8; $p < 0,001$). De igual modo, os doentes com MELD-Na superior a 15 apresentaram valores de vitamina D estatisticamente inferiores (8,7 vs 12,7; $p < 0,01$). Os doentes com deficiência grave de vitamina D apresentaram estatisticamente piores *scores* de *Child-Pugh* (7,6 vs 6,9; $p < 0,05$) e MELD-Na (14,3 vs 11,4; $p < 0,01$).

Verificou-se também uma correlação positiva estatisticamente significativa entre deficiência grave de vitamina D e descompensação da cirrose ($p < 0,01$; $R = 0,28$). Os doentes com cirrose descompensada apresentaram valores estatisticamente inferiores de vitamina D (9,6 vs 13,7; $p < 0,001$).

Conclusão: Verificou-se uma elevada prevalência de deficiência de vitamina D na globalidade da amostra. A deficiência de vitamina D associou-se a descompensação da cirrose e a piores *scores* de gravidade de doença hepática. Deste modo, a vitamina D poderá constituir um marcador promissor de prognóstico.

CO 12

LITOTRÍCIA GUIADA POR COLANGIOPANCREATOSCOPIA DIGITAL NA RESOLUÇÃO DE CÁLCULOS DIFÍCEIS BILIARES E PANCREÁTICOS

Luís Lopes^{1,6,7}, Marta Moreira¹, Sílvia Giestas¹, Tarcísio Araújo¹, Helena Ribeiro¹, Diogo Libânio^{1,5}, Gonçalo Alexandrino³, Luís Lourenço³, Pedro Barreiro⁴, David Horta³, Jorge Reis³, Tiago Bana E Costa⁴, João Fernandes^{1,2}, José Ramada¹, Manuela Certo⁸, Jorge Canena^{3,9}

¹*Serviço de Gastreenterologia – Hospital de Santa Luzia*, ²*Serviço de Gastreenterologia – Centro Hospitalar da Cova da Beira*, ³*Serviço de Gastreenterologia – Hospital Amadora Sintra*, ⁴*Serviço de Gastreenterologia do Hospital Egas Moniz – CHLO*, ⁵*Serviço de Gastreenterologia - Instituto Português de Oncologia, Porto*, ⁶*Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal*, ⁷*ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal*, ⁸*Hospital de Braga*, ⁹*Nova Medical School/FCML da UNL*

Introdução e objetivos: A CPRE é a abordagem de escolha para remoção de cálculos biliares e pancreáticos. Em situações de cálculos difíceis foram propostas novas modalidades terapêuticas como litotricia electro-hidráulica (LEH) e litotricia por laser (LL). Recentemente a disponibilidade da colonioscopia de operador-único tornaram estas técnicas mais acessíveis e fáceis de realizar. Procuramos avaliar a eficácia clínica da litotricia guiada por colangiopancreatoscopia recorrendo à LEH e LL em doentes com cálculos biliares e pancreáticos difíceis.

Material: Estudo prospectivo em 3 Hospitais, englobando 30 doentes consecutivos com cálculos difíceis biliares e pancreáticos tratados com litotricia guiada por colangiopancreatoscopia digital recorrendo a LEH ou LL. Analisamos a limpeza completa dos ductos, bem como o impacto do número de pedras e localização no sucesso clínico, associada à avaliação das 2 técnicas de litotricia e com-

plicações desta abordagem terapêutica.

Sumário dos resultados: 22 doentes (73.3%) tinham cálculos no colédoco/hepático comum, 2 doentes (6.7%) tinham um cálculo único no coto do cístico, 4 doentes (13.3%) apresentavam cálculos pancreáticos e 2 doentes (6.7%) tinham cálculos intra-hepáticos. Vinte-oito doentes (93.3%) doentes foram tratados com sucesso numa única sessão e os restantes (6.7%) necessitaram de sessões adicionais para obter limpeza dos ductos. Vinte e dois doentes foram tratados com LL e 8 doentes com LEH; dois doentes tratados com LEH necessitaram de mais do que uma fibra na mesma sessão, tendo um deles passado para a LL. A duração mediana de cada sessão foi 62 minutos (30-110). As complicações foram ligeiras em 6/30 (20%) doentes e incluíram febre (n=4), dor (n=1) e pancreatite ligeira (n=1).

Conclusões: A litotricia guiada por colangioscopia com recurso a LEH ou LL em doentes com cálculos difíceis biliares e pancreáticos é muito eficaz e está associada a complicações transitórias e ligeiras. Existe clara necessidade de realizar estudos comparativos entre LEH e LL.

Instantâneos Endoscópicos

IE 01

LAQUEAR E EXCISAR – UMA LESÃO SUBEPITELIAL NO ESÓFAGO

Carvalho, M.; Laranjo, A.; Rei, A.; Mocanu, I.; Pires, S.; Veloso, N.; Gonçalves, L.; Godinho, R.; Medeiros, I.
Hospital Espírito Santo – Évora

Mulher, 57anos, antecedentes de HTA e dislipidémia, realizou uma EDA por náuseas e vômitos, que mostrou: “No esófago distal, 2 cm a montante da transição esofagogástrica, proclivência da mucosa, 8 mm, móvel ao toque da pinça, compatível com lesão subepitelial. Biopsou-se *bite-on-bite* (Histologia sem alterações patológicas)”. Pediu-se Eco-endoscopia: pápula amarelada correspondendo a lesão de 4,5 mm, originada por espessamento da mucosa profunda (2ª camada), hipocogénica, com preservação da submucosa”. Suspeitou-se de tumor de células glandulares e sugeriu-se remoção endoscópica. Foi feita tentativa de excisão da lesão, não conseguida por incapacidade de elevação à injeção da submucosa.

Neste contexto e após discussão das opções, optou-se pela técnica cuja iconografia se apresenta.

O procedimento foi efetuado com Gastroscópio Olympus® GIF-H185 sob sedação profunda. No esófago distal, identificou-se a lesão e fez-se injeção da submucosa com adrenalina (1:10.000) + soro fisiológico+ azul de metileno, com fraca elevação. Adaptou-se ao endoscópio um *Kit de laqueação Cook Medical®*, fez-se sucção e aplicação de 1 elástico na base da lesão. Excisou-se a lesão com ansa diatérmica SnareMaster Olympus®, aplicando-se corrente *Endocut Q*, efeito 3, acima do elástico, por convicção de lesão completamente englobada no botão, que aparentava ser de grandes dimensões, tendo-se receado uma extensa escara se corte abaixo do elástico.

Após excisão, observou-se elástico *in situ* e não existiram complicações imediatas. Recuperou-se a lesão e enviou-se para exame anatomopatológico - Tumor de células granulares benigno, excisão completa. A doente não apresentou complicações no período pós-procedimento.

Os tumores subepiteliais do trato gastrointestinal carecem de confirmação histológica. O primeiro passo é a realização de biópsias por endoscopia, embora com fraco rendimento diagnóstico. Perante biópsias inconclusivas de uma lesão pequena e única, a excisão endoscópica torna-se meio de diagnóstico e terapêutica. Pelas dificuldades técnicas encontradas para a realização de uma mucosectomia convencional, optou-se pela técnica de ressecção endoscópica com laqueação elástica. A decisão baseou-se na segurança relatada da técnica, a aplicabilidade à situação clínica, tendo permitido uma boa elevação da lesão e uma excisão em bloco e mais profunda. No entanto, as séries publicadas envolvem um reduzido número de doentes, pelo que são necessários mais dados para a sua aplicação rotineira.

IE 02

UTILIZAÇÃO DE *OVER THE SCOPE CLIP* NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA RECIDIVANTE POR ÚLCERA DUODENAL

Flor de Lima, M., Nunes, N., Santos, V., Rego, A.C., Pereira, J.R., Paz, N., Duarte, M.A.
Serviço de Gastrenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

A utilização do *over the scope clip* (OTSC) na resolução da hemorragia de difícil controlo de úlcera gástrica ou duodenal tem revelado maior eficácia na hemostase em relação aos clips convencionais.

Doente do sexo masculino, 63 anos de idade, admitido por hematemese e melenas com 3 dias de evolução (Glasgow-Blatchford de 13 pontos).

A endoscopia digestiva alta (EDA) revelou úlcera da face posterior do bulbo duodenal com coágulo aderente (Forrest IIB). A tentativa de remoção de coágulo por lavagem não foi conseguida. Ao terceiro dia apresentou recidiva da hemorragia com melenas e queda de 5 g/dL no valor de hemoglobina. Efetuada EDA, observou-se úlcera com vaso visível de 2 mm e *oozing* (Forrest IIA), pelo que se procedeu à colocação de um OTSC e injeção de adrenalina. Após 24 horas, o clip estava bem posicionado e não havia evidência de hemorragia. Apresentou evolução clínica e laboratorial favorável.

Prevê-se uma utilização crescente do OTSC na hemorragia digestiva alta não varicosa, quer em primeira quer em segunda linha, pela elevada taxa de sucesso e menor recidiva hemorrágica.

IE 03

INTERVENÇÃO NO CANCRO COLORETAL: A RESPEITO DE UM CASO DE DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA

Flor de Lima, M., Nunes, N., Santos, V., Rego, A.C., Pereira, J.R., Paz, N., Duarte, M.A.
Serviço de Gastrenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

A disseção endoscópica da submucosa permite a ressecção eficaz de lesões neoplásicas de grandes dimensões.

Doente do sexo masculino, 68 anos de idade, que realizou colonoscopia com identificação de lesão do tipo lateral spreading tumor (LST), não granular, com nódulo, de cerca de 25 mm, no cólon ascendente.

Foi proposto para disseção endoscópica da submucosa. Procedeu-se à injeção de solução de glicerol com índigo de carmino e adrenalina, seguindo-se da incisão da mucosa com *dual-knife*, utilizando-se corrente *dry-cut* efeito 3, a 35 watts. Efetuou-se disseção da submucosa por tunelização com facas *dual-knife* e IT-nano, tendo sido utilizada corrente

swifft coagulation efeito 2, a 40 watts, com excisão total do fragmento no final do procedimento. Procedeu-se ao encerramento completo tipo zipper da escara com clips.

A avaliação anatomo-patológica do material excisado revelou adenocarcinoma intra-mucoso *in situ*, do tipo intestinal, poupando a muscular da mucosa e a submucosa, sem invasão linfovascular e sem *budding*, com margens cirúrgicas de excisão livres. Tomografia computadorizada de tórax, abdômen e pélvis sem alterações.

Neste caso, evidenciou-se o sucesso técnico na abordagem terapêutica da lesão descrita, com excisão completa da mesma, evitando assim a cirurgia. O encerramento completo da escara parece diminuir o aparecimento do síndrome da coagulação após disseção da submucosa.

IE 04

UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE METÁLICA NA RESOLUÇÃO DE DEISCÊNCIA DA MUCOSA ESOFÁGICA APÓS POEM

Flor de Lima, M., Nunes, N., Santos, V., Rego, A.C., Pereira, J.R., Paz, N., Duarte, M.A.
Serviço de Gastreenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

A miotomia endoscópica peroral (POEM) é uma técnica segura e eficaz no tratamento da acalásia, incluindo os distúrbios espásticos como a acalásia tipo III. Apesar dos resultados favoráveis associados à realização de POEM, está descrita uma taxa de efeitos adversos de cerca de 11% para a acalásia tipo III.

Doente do sexo masculino, com 59 anos, que apresentava quadro de disfagia intermitente para sólidos, assim como febre de predomínio vespertino, seis dias após realização de miotomia endoscópica peroral (POEM), por acalásia tipo III (*score* de Eckardt de 8 pontos), através de abordagem posterior. Tinha-lhe sido administrada antibioterapia protocolada pré e após procedimento. Em radiografia to-

rácica identificado derrame pleural esquerdo e cisurite ipsilateral. Analiticamente com PCR 5.62 mg/dL. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA), que identificou deiscência de encerramento de incisão da mucosa esofágica e aparente sobreinfecção do túnel da submucosa, tendo-se injetado 25 mL de gentamicina e realizado encerramento parcial da mesma através da aplicação de clips. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e metronidazol. Noutra procedimento, foi colocada prótese metálica esofágica, totalmente coberta, fixa pela colocação de um *over the scope clip* (OTSC). Por manutenção da febre e aumento analítico dos parâmetros inflamatórios, prolongou-se antibioterapia até aos 14 dias, em associação ao fluconazol durante 7 dias, com melhoria clínica e analítica.

3 semanas após da colocação da prótese, na EDA de reavaliação endoscópica e para remoção de prótese, objetivou-se encerramento de deiscência prévia e passagem sem dificuldade do endoscópio na junção esofago-gástrica. Os efeitos adversos precoces e tardios associados ao POEM poderão condicionar uma abordagem diagnóstica e terapêutica desafiante. As próteses metálicas esofágicas totalmente cobertas têm vindo a ser utilizadas com sucesso em várias complicações de procedimentos esofágicos, incluindo perfurações, fístulas ou extravamentos.

IE 05

COLEDODUODENOSTOMIA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA COMO ABORDAGEM PALIATIVA DE AMPULOMA

Flor de Lima, M., Nunes, N., Santos, V., Rego, A.C., Pereira, J.R., Paz, N., Duarte, M.A.
Serviço de Gastreenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

A neoplasia da ampola de Vater manifesta-se frequentemente por icterícia obstrutiva, representando 7% das neoplasias peri-ampulares.

Doente do sexo feminino, com 83 anos, admitida por quadro de icterícia da pele e escleróticas com uma semana de evolução, acompanhada por prurido intenso, acolia e anorexia. Tinha como antecedentes pessoais doença renal crónica, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Analiticamente apresentava padrão de citocolestase com hiperbilirrubinemia (20.58 mg/dL, com elevação da direta). Em ecografia abdominal superior identificada dilatação da via biliar principal de 14 mm, assim como preenchimento com massa tecidual heterogénea, com cerca de 36 mm de extensão longitudinal. A duodenoscopia mostrou massa ampular, com dificuldade de acesso por deformação duodenal. Efetuada ecoendoscopia, verificando-se dilatação da via biliar extra-hepática e massa tecidual ampular, invadindo o terço inferior da via biliar e parede duodenal. Foi realizada coledocoduodenostomia, através da colocação de prótese lúmen apposing (Hot AXIOS™, Boston Scientific, MA, USA), guiada por ecoendoscopia, condicionando uma drenagem biliar adequada e descida da bilirrubinemia. A TC abdominal revelou lesão heterogénea de 2 a 3 cm, de localização ampular e limites mal definidos. Histologicamente tratava-se de um adenocarcinoma. A doente foi proposta para realização de cirurgia, que recusou.

A drenagem biliar guiada por ecoendoscopia, intra ou extra-hepática, é uma alternativa à cirurgia e à drenagem percutânea, quando a CPRE falha. A coledocoduodenostomia é uma opção de drenagem alternativa à CPRE quando existe difícil acesso à papila. A utilização de próteses lúmen apposing para este efeito permite simplificar o processo, de forma segura e eficaz.

IE 06

EXCIÇÃO ENDOSCÓPICA DE UM LIPOMA GIGANTE DO CEGO

Flávio Pereira, Richard Azevedo, Marisa Linhares, João Pinto, Ana Caldeira, José Tristan, Eduardo Pereira, Rui Sousa, António Banhudo
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Caso clínico: Homem, de 72 anos, recorreu ao seu médico de família por quadro de fadiga com dois meses de evolução. Negava queixas gastrointestinais ou emagrecimento. Tinha como antecedentes hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata, estando medicado com perindopril + amlodipina e dusterida + tansulosina.

Ao exame físico, o doente apresentava palidez cutânea; sem outras alterações.

Analiticamente, apresentava uma anemia microcítica hipocrómica (Hg 10,7 g/dL).

O doente foi então submetido a colonoscopia, que revelou um pólipó pediculado de grandes dimensões no cego, pelo que o doente foi referenciado a uma unidade de endoscopia hospitalar para excisão.

Repetiu-se a colonoscopia, tendo-se observado no cego um pólipó lobulado, de tom amarelado, contornos bem-definidos, mole, móvel, com pedículo largo e com cerca de 5cm de maior eixo. Os aspetos endoscópicos eram sugestivos de lipoma do cólon.

Após cuidadosa avaliação, foi decidida remoção endoscópica do pólipó. Procedeu-se à aplicação de um *endoloop* na base do pólipó, seguida de excisão *en bloc* com ansa diatérmica. Posteriormente, realizou-se hemostase profilática através da aplicação de *hemoclips* na escara. O procedimento decorreu sem complicações imediatas ou tardias.

A anatomo-patologia da lesão ressecada confirmou tratar-se de um lipoma submucoso do cego, com 5 x 2,5 x 2 cm, sem evidência de displasia.

Discussão: Lipomas gigantes do cólon são ra-

ros, representando menos de 5% das lesões benignas gastrointestinais. Lipomas com dimensão superior a 4 cm tendem a condicionar sintomas em cerca de 75% dos doentes. Tradicionalmente tem se defendido a abordagem cirúrgica para excisão de lipomas grandes, dado o risco acrescido de hemorragia e perfuração com a utilização de ansa diatérmica. Contudo, várias técnicas endoscópicas têm demonstrado eficácia e segurança na resseção de lipomas cólicos.

Os autores apresentam um caso em que a excisão através da aplicação de endoloop seguida de resseção com ansa diatérmica foi eficaz e segura.

IE 07

ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE WALLED-OFF PANCREATIC NECROSIS COM PRÓTESE DE LUMEN-APPOSING

Flávio Pereira, Richard Azevedo, Marisa Linhares, João Pinto, Ana Caldeira, José Tristan, Eduardo Pereira, Rui Sousa, António Banhudo
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Caso clínico: Mulher de 83 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, foi internada por pancreatite aguda necrotizante de etiologia litíásica.

Às três semanas de evolução, a doente realizou tomografia computadorizada que revelou no corpo e cauda do pâncreas uma coleção de conteúdo heterogéneo, com gás e áreas hipodensas de necrose, com cerca de 90 mm, tendo sido proposta para drenagem da coleção por via endoscópica.

A doente foi então submetida a ecoendoscopia que revelou uma coleção peripancreática de parede bem delimitada, com conteúdo heterogéneo e cerca de 90 mm de maior diâmetro, estando em relação com a parede posterior do estômago. Com visão ecográfica, procedeu-se a drenagem transgástrica com colocação de uma prótese metálica auto-ex-

pansível coberta Hot AXIOS™ da Boston Scientific™, com 10 x 15 mm, sem intercorrências e com saída de abundante conteúdo líquido. 3 dias depois, foi realizada reavaliação com gastroscópio, visualizando-se prótese *in situ*; progrediu-se o aparelho através da prótese observando-se abundante material necrótico na loca. Realizadas 5 sessões de necrosectomia, com evolução clínica, analítica e imagiológica favorável. A prótese foi retirada 20 dias após a sua colocação. Aos 2 meses de seguimento, a doente mantém-se assintomática, sem recidiva.

Discussão: A abordagem endoscópica de coleções peripancreáticas, como a *walled-off pancreatic necrosis* (WOPN), é uma técnica minimamente invasiva, com elevada taxa de sucesso e que tem mostrado taxa de complicações mais baixa e custos mais reduzidos em comparação com a abordagem cirúrgica.

A drenagem transmural através de ecoendoscopia é a modalidade terapêutica preferida para a orientação de WOPN sintomática ou infetada. No entanto, tradicionalmente têm sido utilizados alguns acessórios que não foram especificamente desenhados para drenagem transluminal.

A prótese Hot AXIOS™ de *lumen-apposing* é uma prótese metálica auto-expansível, coberta, com dispositivo incorporado de eletrocauterização, com diâmetro amplo que permite a entrada do endoscópio na coleção, e com extremidades largas de ancoragem que previnem a migração.

No nosso caso, a utilização desta prótese foi eficaz e segura, permitindo a drenagem da coleção e posteriormente a realização de necrosectomia, sem registo de complicações. Esta prótese permitiu também uma redução considerável do tempo total do procedimento.

IE 08

DISSECÇÃO DA SUBMUCOSA EM TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO

Chálim Rebelo C., Nunes N., Flor de Lima M., Pereira J.R., Santos V., Rego A.C., Paz N., Duarte M.A.

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

Doente do sexo feminino, com 80 anos de idade, realizou endoscopia digestiva alta por dispepsia que mostrou várias formações nodulares na transição corpo-fundo. Foram feitas biópsias que revelaram tumor neuroendócrino de baixo grau numa lesão de maiores dimensões, com 25 mm. Para estadiamento histológico desta lesão fez-se disseção da submucosa gástrica da transição corpo-fundo. O estudo anátomo-patológico mostrou a presença de *Mixed Adenoneuroendocrine carcinoma* (MANEC), sendo a neoplasia excisada com margens livres.

Os tumores classificados como MANEC provocam sintomas inespecíficos e são habitualmente diagnosticados histologicamente depois da sua remoção por disseção. É um diagnóstico patológico raro, definido como um tumor composto por células epiteliais e neuroendócrinas. Cada componente representa, no mínimo, 30% do tumor. Para o diagnóstico de MANEC é também necessária a presença de dois dos três marcadores neuroendócrinos mais comuns, como a cromogranina, sinaptofisina ou CD56.

Este caso mostra a importância da disseção endoscópica da submucosa no tratamento de tumores neuroendócrinos gástricos, como neste caso de MANEC. Ao garantir a excisão completa consegue-se o tratamento curativo da neoplasia, com preservação de órgão.

IE 09 Trabalho retirado

IE 10

UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE HIPERTENSÃO PORTAL

Mariana Coelho, Eduardo Dantas, Cristiana Sequeira, Cláudia Cardoso, Ricardo Freire, Élia Gamito, Ana Luísa Alves, Isabelle Cremers, Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar de Setúbal

Homem de 58 anos, com cirrose hepática alcoólica, abstinente desde 2010, seguido em consulta de Gastrenterologia, compensada até 2015, altura em que desenvolve ascite moderada e anemia ferropénica, sem perdas hemáticas visíveis. Neste contexto, foi submetido a endoscopia digestiva alta que mostrou varizes pequenas, sem estigmas de hemorragia, já conhecidas, e colonoscopia, sem alterações de relevo. Assim, realizou videocapsula endoscópica que mostrou aspetos sugestivos enteropatia hipertensiva portal grave, com sangramento ativo no íleon terminal. Apesar de medicado com ferro houve agravamento da anemia, com tradução clínica e, inclusive, associada a perdas visíveis. Neste contexto, repetiu colonoscopia, com ileonoscopia terminal que mostrou íleon terminal com hipertrofia vilositária e aspecto micronodular, com hemorragia espontânea em toalha, aspectos sugestivos de uma apresentação exuberante da etiologia já suspeita nos exames iniciais, contudo não se podendo excluir tuberculose e linfoma. Foram feitas biópsias que afastaram esses diagnósticos e mostraram proliferação linfovascular benigna, compatível com angiectasias e, portanto, corroborando também o diagnóstico inicial.

A enteropatia hipertensiva portal manifesta-se na maioria dos casos sob a forma de anemia, sem perdas hemáticas visíveis. A hemorragia digestiva manifesta, com repercussão hemodinâmica é rara, constituindo a abordagem terapêutica destes doentes um desafio.

IE 11

GIST GIGANTE UM CASO DE SUCESSO

António Oliveira, Joana Carvão, Nélia Abreu,
Vitor M. Pereira, Nuno Ladeira, Luis Jasmins
Hospital Central do Funchal

Os tumores do estroma estromais gastrointestinais (GIST) são as neoplasias mesenquimatosas mais comuns do trato gastrointestinal. Os GISTs representam 0,1% a 3% de todos os tumores malignos gastrointestinais, e 60% a 70% deles são originados no estômago.

Apresentamos um doente do sexo masculino, 54 anos, com antecedentes pessoais de HTA, DM e apendicectomia. Medicado habitualmente com gliclazida e amlodipina em associação com valsartan. Doente recorreu ao Serviço de Urgência por quadro persistente de vômitos, diarreia sem sangue e dor abdominal apesar de medicado com racecadotril e probiótico.

Ao exame objectivo apresentava volumosa massa epigástrica, com cerca de 15 cm de diâmetro, móvel, indolor, com consistência elástica. Do estudo diagnóstico efectuado, analiticamente não apresentava alterações. A endoscopia digestiva alta não revelou alterações da mucosa. TAC revelou volumosa massa abdominal complexa na dependência da parede gástrica 14 x 16 cm de diâmetro, sem lesões secundárias.

Foi submetido a gastrectomia atípica, envolvendo a parede anterior e grande curvatura.

A massa foi caracterizada macroscopicamente como formação nodular ovalada, com 16 x 15 x 8 cm e cerca de 1765 g de peso. Apresentava superfície externa brilhante, lobulada e de tonalidade vinosa, sem aparente infiltração da túnica muscular gástrica. O estudo histológico revelou células neoplásicas fusiformes e epitelióides, com padrão de cromatina variável e com cerca de 5 mitoses/50 c.g.a, dispostas num padrão fasciculado, por vezes com estroma fibroso. O estudo imuno-

-histoquímico foi positivo para a Vimentina, CD 117 e CD 34. O Ki67 foi positivo em cerca de 15% dos núcleos. Sendo caracterizado como pTNM: T4 Nx Mx.

O doente realizou 36 meses de terapêutica com inibidor da tirosina cinase, imatinib, e realizou controlo tanto tomográficos como endoscópicos, durante este período, sem evidência de recidiva, encontrando-se já há 4 anos sob vigilância clínica.

Os tumores GIST comportam-se normalmente como tumores indolentes podendo, por vezes atingir grandes dimensões. Neste contexto a terapêutica adjuvante com Imatinib tem mostrado melhorar a sobrevivência livre de doença em particular nos tumores com mais de 10 cm, como ilustrado no nosso caso.

IE 12

DOR ABDOMINAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Eduardo Dantas, Mariana Coelho, Cristiana Sequeira,
Cláudia Cardoso, Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital São Bernardo

Os autores reportam o caso de uma mulher de 34 anos, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal na fossa ilíaca direita e distensão abdominal; sem febre, vômitos ou alterações do trânsito intestinal. Analiticamente sem anemia, com leucocitose e PCR elevada. Fez TC abdomino-pélvica que revelou espessamento parietal da última ansa ileal com densificação da gordura adjacente e pequenas formações ganglionares milimétricas. Teve alta medicada com ciprofloxacina, que cumpriu durante 8 dias, com melhoria transitória. Por recidiva das queixas, recorreu novamente ao serviço de urgência uma semana após terminar antibioterapia.

Ao exame objetivo apresentava-se apirética, com abdómen doloroso à palpação na fossa ilíaca direita, sem reação peritoneal. Repetiu avaliação analítica realçando-se aumento da leucocitose e PCR. Realizou nova TC abdomi-

no-pélvica, com espessamento das últimas ansas ileais e franco espessamento e densificação da gordura adjacente, admitindo-se pequena quantidade de líquido interansas, sem evidência de coleções. Realizou colonoscopia total, que revelou mucosa do íleon terminal de aspecto endoscópico normal; mucosa edemaciada junto ao orifício do apêndice, com drenagem de conteúdo purulento pelo orifício do apêndice em pequena quantidade, compatível com o diagnóstico de apendicite aguda. Foi posteriormente submetida a laparoscopia diagnóstica, que revelou apendicite aguda com abscesso peritoneal, tendo-se realizado apendicectomia, com evolução clínica favorável.

Destaca-se o caso pelo desafio diagnóstico que se coloca na abordagem de alguns casos de dor abdominal.

IE 13

CPRE NAS PARASIToses BILIARES – DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Luís Lopes^{1,5,6}, Marta Moreira¹, Tarcísio Araújo¹, Sílvia Giestas¹, Helena Ribeiro¹, José Ramada¹, João Fernandes^{1,2}, Manuela Certo³, Jorge Canena⁴
¹Serviço de Gastreenterologia – Hospital de Santa Luzia, ²Serviço de Gastreenterologia – Centro Hospitalar da Cova da Beira, ³Hospital de Braga, ⁴Serviço de Gastreenterologia - Hospital Amadora Sintra, ⁵Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal, ⁶ICVS/3B's – PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal

Descrição: Apresentamos o vídeo de 4 doentes com parasitoses biliares, diagnosticadas e tratadas por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), numa série de mais de 3000 CPREs realizadas num serviço de Gastreenterologia (prevalência <0,14%). Três dos casos correspondem à colonização da árvore biliar por fasciola hepática, sendo que as formas de apresentação foram colestase anictérica recorrente, pancreatite biliar

e icterícia obstrutiva respetivamente. Em 2 doentes, o parasita foi removido da via biliar ainda vivo. O tratamento endoscópico foi complementado com a toma de triclabendazole. O último caso corresponde a uma doente com um quadro de colangite. Durante a CPRE, a colangiografia mostrou uma opacidade linear longa sugestiva de presença de *Ascaris lumbricoides* (AL) na via biliar. Após a realização da esfínterectomia, a via biliar foi explorada com cesto de Dormia e balão extrator tendo-se removido múltiplos AL já sem motilidade. O tratamento endoscópico, foi complementado com a toma de albendazole.

Motivação: Em Portugal, tal como nos restantes países desenvolvidos, as parasitoses biliares são doenças raras. No entanto, as incidências destas infestações parecem estar a aumentar em consonância com o aumento de turismo e imigração. O diagnóstico de parasitas na árvore biliar é realizado habitualmente por ecografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou mesmo ecoendoscopia. A CPRE, uma técnica essencialmente terapêutica, é utilizada para a remoção destes parasitas da via biliar. Há, no entanto, casos (muito raros) em que o diagnóstico é feito apenas durante a CPRE. Com este vídeo pretendemos ilustrar os achados típicos destas parasitoses, em colangiografia e duodenoscopia, bem como demonstrar a utilidade desta técnica no tratamento das obstruções biliares por esta etiologia.

IE 14

LITOTRÍCIA AVANÇADA GUIADA POR COLANGIOSCOPIA EM 2 DOENTES COM CÁLCULO BILIARES COMPLEXOS

Luís Lopes^{1,5,6}, Marta Moreira¹, Sílvia Giestas¹, Helena Ribeiro¹, Tarcísio Araújo¹, José Ramada¹, João Fernandes^{1,2}, Manuela Certo³, Jorge Canena⁴

¹*Serviço de Gastrenterologia – Hospital de Santa Luzia*, ²*Serviço de Gastrenterologia – Centro Hospitalar da Cova da Beira*, ³*Hospital de Braga*, ⁴*Serviço de Gastrenterologia - Hospital Amadora Sintra*, ⁵*Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal*, ⁶*ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal*

Descrição: Nesta imagem em Gastrenterologia apresentamos o vídeo de 2 doentes com cálculos biliares complexos, referenciados para litotricia avançada guiada por *Spyglass* DS. O primeiro caso, o de uma mulher de 91 anos com múltiplos episódios prévios de colangite, apresentava dois cálculos na via biliar, de 20 e 40 mm, com este último impactado na confluência dos hepáticos. A paciente foi submetida a um total de três sessões de CPRE, a primeira das quais com litotricia electro-hidráulica (EH), e a segunda com laser Holmium (LH), ambas guiadas por colangioscopia por *Spyglass*. Na terceira e última sessão, o tratamento foi concluído, com a remoção dos cálculos residuais.

O 2º caso corresponde ao de um homem com 70 anos, com uma estenose indeterminada do hepático comum, em que a colangioscopia permitiu não apenas fazer o diagnóstico de síndrome de Mirizzi, bem como proceder à sua fragmentação com litotricia com LH guiada por colangioscopia por *Spyglass*.

Motivação: A CPRE é a técnica de primeira linha no tratamento de cálculos da via biliar. A maioria dos cálculos são removidos com sucesso usando balões e cestos extratores, e nos casos mais complexos, litotricia mecânica e/ou a dilatação da ampola com balão.

Existem, no entanto, cálculos biliares deveras complexos, em que estas técnicas não são de todo eficazes. A introdução do *Spyglass* DS permitiu a utilização por rotina da litotricia EH e por LH. Estas técnicas de litotricia avançada, embora ainda com um número limitado de casos publicados e indisponíveis à maioria dos centros, têm demonstrado uma elevada eficácia na fragmentação de cálculos biliares complexos. Neste vídeo pretendemos demonstrar a utilidade da litotricia EH e por LH, assistidas por *Spyglass* DS, em 2 cenários clínicos distintos, realçando pormenores da execução técnica que aumentam a probabilidade de sucesso e segurança do procedimento.

IE 15

VARIANTES TÉCNICAS NA DRENAGEM BILIAR-GUIADA POR ECOENDOSCOPIA

Luís Lopes^{1,5,6}, Marta Moreira¹, Helena Ribeiro¹, Tarcísio Araújo¹, Sílvia Giestas¹, José Ramada¹, João Fernandes^{1,2}, Manuela Certo³, Jorge Canena⁴

¹*Serviço de Gastrenterologia – Hospital de Santa Luzia*, ²*Serviço de Gastrenterologia – Centro Hospitalar da Cova da Beira*, ³*Hospital de Braga*, ⁴*Serviço de Gastrenterologia - Hospital Amadora Sintra*, ⁵*Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal*, ⁶*ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal*

Descrição: Apresentamos o vídeo de 4 casos de icterícia obstrutiva resolvidos com drenagem biliar guiada por ecoendoscopia. Em 3 destes doentes, não foi possível aceder à segunda porção duodenal e/ou visualizar a papila *major* dada a presença de adenocarcinomas da cabeça do pâncreas com invasão duodenal o que motivou a realização de coledocoduodenostomias em dois deles, e a colocação de uma prótese metálica transpapilar por via anterógrada através do bolbo duodenal no outro doente.

O 4º doente apresentava uma icterícia obs-

trutiva secundária a adenopatias hilares metastáticas, no contexto de neoplasia gástrica avançada com obstrução do segmento antro-piloro-duodenal. A drenagem biliar foi realizada através de uma hepatogastrostomia. Todos os procedimentos foram realizados com sucesso técnico e clínico (resolução da icterícia) e sem registo de eventos adversos relevantes associados ao procedimento. Nenhum dos doentes apresentou recorrência da obstrução biliar até à data do óbito.

Motivação: A CPRE com a colocação de prótese é uma técnica minimamente invasiva de 1ª linha para o tratamento de obstruções biliares. Apesar da sua elevada segurança e eficácia, existem doentes em que esta não é possível, mesmo quando realizada por endoscopistas com experiência em CPRE. A maioria destes casos está relacionada com tumores que invadem o duodeno, não permitindo o acesso do duodenoscópio à 2ª porção duodenal ou o reconhecimento da papila major. Nestas situações as drenagens biliares por ecoendoscopia, são uma opção válida em centros com endoscopistas experientes em CPRE/ ecoendoscopia e recursos materiais e humanos adequados. Neste vídeo pretendemos ilustrar 3 variantes desta técnica (coledocoduodenostomia, hepatogastrostomia, prótese anterógrada transpapilar), cuja experiência a nível mundial é ainda limitada, dado o elevado nível de dificuldade associado.

IE 16

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARIZ DUODENAL – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Pires F., Carvalho A., Martins D., Pinho J., Cardoso R., Ministro P., Silva A.

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

A hemorragia por variz ectópica duodenal é uma causa rara de hemorragia digestiva alta, associada a elevada taxa de mortalidade. Reporta-se o caso clínico de um doente do sexo

masculino de 52 anos, seguido em consulta de Gastreenterologia por cirrose hepática de etiologia alcoólica diagnosticada em 2004, com episódios prévios de hemorragia digestiva alta (rotura de variz do cárdia) e baixa (variz rectal), incluído inicialmente em programa de laqueação de varizes esofago-gástricas, e submetido posteriormente a esplenectomia e shunt porto-sistémico cirúrgico. Recorreu ao serviço de urgência em 2018 por quadro de astenia e hematoquézias com um dia de evolução, associado a instabilidade hemodinâmica. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) onde se evidenciou uma variz ectópica duodenal, na transição da segunda para a terceira porção duodenal, com ponto de rotura e hemorragia em jato. Procedeu-se à laqueação da variz através da aplicação de um elástico com resolução imediata da hemorragia. O doente teve alta hospitalar hemodinamicamente estável e sem evidência de recidiva das perdas hemáticas seis dias após a admissão. Um dia após a alta hospitalar, recorreu novamente ao serviço de urgência por quadro clínico de hematoquézias e dor abdominal. Realizada EDA que revelou escara com hemorragia em jato no local de aplicação prévia do elástico, tendo-se injectado 1 cc de cianoacrilato com resolução da hemorragia. No terceiro dia de internamento foi realizada angiografia por tomografia computadorizada com presença de múltiplos colaterais mesentéricos, gastroduodenais, hepatoduodenais e gastroesplénicos, sem qualquer sinal de hemorragia, e cavernoma da porta. O doente teve alta hospitalar oito dias após a admissão hemodinamicamente estável e assintomático. Os autores descrevem este caso pela raridade e desafio diagnósticos, sendo uma entidade a considerar no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva no doente com cirrose hepática. Salienta-se a iconografia recolhida.

IE 17

GIST GÁSTRICO: APRESENTAÇÃO TÍPICA DE UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Pedro Campelo, Tânia Gago, Joana Roseira, Ana Catarina Cunha, Paulo Caldeira, Marta Eusébio, Horácio Guerreiro
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: Os tumores de estroma gastrointestinal (GIST) representam apenas 0,1 a 3% dos tumores do trato GI apesar de corresponderem a 80% dos tumores mesenquimatosos do trato gastrointestinal. A dor abdominal e hemorragia digestiva são as manifestações clínicas mais comuns.

Descrição do caso: Homem de 77 anos, caucasiano, admitido no Serviço de Urgência por episódio de hemorragia digestiva alta. Referia estar medicado com ibuprofeno 600 mg há 5 dias, sem outros antecedentes de relevo. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Analiticamente destacou-se anemia ligeira (hemoglobina 11.2 g/dL) e leucocitose de 18.900/uL. Foi realizada endoscopia digestiva alta que mostrou, na face anterior do corpo gástrico distal, um abaulamento de aproximadamente 4 cm com ulceração apical e coágulo aderente que se destacou com a lavagem e sem hemorragia ativa. Estas imagens eram sugestivas de lesão subepitelial ulcerada. Adicionalmente, foi realizada tomografia computadorizada abdominal que identificou lesão nodular bem delimitada com 35 x 32 mm, hipercaptante de forma heterogénea, com proclividade para o lúmen da cavidade gástrica e bosseladura no contorno externo do órgão. Os achados descritos colocaram a hipótese de GIST gástrico. Dada a ausência de hemorragia ativa, foi submetido eletivamente a ressecção gástrica atípica laparoscópica que decorreu sem intercorrências. A avaliação anátomo-patológica revelou GIST gástrico de 4,5 cm de maior eixo e com menos de

5 mitose/50 CGA, sem invasão linfovascular (pT2). O estudo imunohistoquímico revelou células neoplásicas CD177+. Dado o baixo potencial maligno, optou-se por não iniciar tratamento com Imatinib, sendo reavaliado em consulta anual.

Conclusão: Este caso clínico retrata um GIST gástrico ulcerado manifestado por hemorragia digestiva alta. A ressecção cirúrgica revelou-se curativa, apresentando baixo risco de progressão de doença. Os autores destacam este caso pela rara etiologia de hemorragia gastrointestinal alta e pelos achados endoscópicos. Apresenta-se iconografia ilustrativa.

IE 18

PÓLIPO RECTAL: ALÉM DO ADENOMA

Eduardo Dantas, Mariana Coelho, Cristiana Sequeira, Cláudia Cardoso, Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital São Bernardo

Os autores relatam o caso clínico de um homem de 60 anos, referenciado a consulta de Gastrenterologia por quadro com alguns meses de evolução caracterizado por anorexia, náuseas e perda ponderal (15 kg), em doente com hábitos alcoólicos ativos. Analiticamente sem evidência de anemia e com serologias virais negativas. Para investigação etiológica, realizou ecografia abdominal, que mostrou fígado compatível com doença hepática crónica, sem lesões focais. Fez endoscopia digestiva alta, que revelou gastroduodenite eritematosa. Posteriormente realizou colonoscopia total, que revelou a presença de pólipos semipediculados com 6 mm no recto, cuja histologia foi compatível com presença de granulomas epitelioides e necrose central, sem evidência de microrganismos nas colorações PAS e Ziehl-Neelsen. Face a estes achados, realizou TC toraco-abdomino-pélvica, que mostrou disseminação reticulo-micronodular de tipo bronquiolar em todo o pulmão direito,

associada a densificação pulmonar ocupando o terço superior homolateral com centro gasoso provavelmente por necrose ou eventual fistula; sem alterações a nível abdominal. O exame bacteriológico da expectoração revelou a presença de muitos bacilos ácido álcool resistentes, confirmando o diagnóstico de tuberculose. Foi internado para instituição de terapêutica, tendo iniciado rifampicina e isoniazida, que mantém até à data.

IE 19

O PÓLIPO SENTINELA

Pedro Antunes, Ana Patrícia Rodrigues, Joana Pardal, Bruno Gonçalves, Raquel Gonçalves
Serviço de Gastreenterologia do Hospital de Braga
Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Braga

Introdução: Os autores apresentam o caso de um doente de 87 anos internado por síndrome constitucional e anemia grave de etiologia a esclarecer, referenciado ao serviço de gastreenterologia para estudo endoscópico.

Objetivos: Apresentação iconográfica e revisão teórica de possíveis naturezas histológicas de pólipos colorrectais, a propósito de um caso clínico.

Materiais e métodos: Os autores descrevem o caso clínico de um homem com 87 anos que recorre ao serviço de urgência por quadro de anorexia, mal estar inespecífico e perda ponderal. Apresentava ainda vômitos pós-prandiais esporádicos, sem outras alterações do trânsito gastrointestinal ou perdas hemáticas identificadas. Analiticamente apresentava anemia ligeiramente macrocítica grave de 5,7 g/dL, sem outras alterações de relevo. Foi internado para estudo do quadro. Realizou endoscopia alta sem achados patológicos e endoscopia baixa com identificação e remoção de um pólipo semi pediculado de 18 mm. O estudo imagiológico por TC tóraco-abdomino-pélvica revelou múltiplos nódulos

pulmonares, pleurais e peritoneais, compatíveis com lesões secundárias. Ao longo do internamento, o doente apresentou franco agravamento clínico, tendo falecido após 3 semanas. O estudo histológico do pólipo excisado só ficou disponível posteriormente e revelou a presença de um sarcoma indiferenciado de alto grau.

Conclusão: O caso descrito trata de um doente com sarcoma colorrectal indiferenciado de alto grau metastizado responsável por quadro de síndrome constitucional e anemia e posterior morte do paciente. Este vem ilustrar a variedade de naturezas histológicas dos pólipos colorrectais e a importância do estudo endoscópico neste tipo de pacientes. O presente caso serve também para realizar uma revisão teórica relativamente aos raros sarcomas colorrectais.

PO 01

RISCO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA E MODO DE PARTO

Catarina Gomes, Bárbara Morão, Marília Cravo,
Joana Torres
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Existe evidência crescente de que a exposição a determinados factores de risco no início de vida e infância (ex: amamentação, antibioterapia) pode influenciar o risco de desenvolver doença inflamatória do intestino (DII). Contudo, a relação entre o modo de parto e risco de DII permanece controversa com vários estudos a indicarem resultados distintos.

Objetivos: O nosso objetivo foi meta-analisar o risco de desenvolver DII em função do modo de parto (cesariana *versus* via vaginal) e avaliar se existiam diferenças consoante o tipo de DII (doença Crohn *vs* colite ulcerosa).

Material e métodos: Uma pesquisa de estudos relevantes foi efectuada na *Pubmed* e *EMBASE*. Estudos caso-controlo e de coorte foram incluídos. A informação foi independentemente extraída por 2 autores. As estimativas dos efeitos associados a cada tipo de intervenção foram analisados com visualização de *funnel plots* e o *odds ratio* calculado usando R. Heterogeneidade entre estudos e viés de publicação foram analisados. O *outcome* primário foi determinar a associação entre cesariana e o risco de desenvolver DII.

Resultados: Após seleção, 12 trabalhos cumpriram os critérios de inclusão, dos quais 6 eram de base populacional. O número total de doentes com DII foi de 17 851 e controlos 7 062 534. Não foram detectados vieses de publicação. Não se verificou um aumento do risco global de DII em indivíduos nascidos por cesariana (OR 0,99 IC 0,87 – 1,15, p=0,98). Na análise de acordo com o tipo de DII, nascer

por cesariana reduziu o risco de colite ulcerosa (OR 0,87 IC 0,81 – 0,94, p < 0,001) e não teve efeito no risco de desenvolver DC (OR 1,2 95% IC 0,94 – 1,55, p=0,14). Nascer por cesariana eletiva ou emergente não se relacionou com o risco de DII. (OR 1.05 IC 0,59 – 1,87 p=0,87).

Conclusões: Não se verificou um aumento do risco de desenvolver DII em indivíduos nascidos por cesariana. Na sub-análise por tipo de DII, a cesariana foi factor protetor para colite ulcerosa.

PO 02

CONHECER PARA OPTIMIZAR: QUALIDADE EM COLONOSCOPIA

Flávio Pereira, Richard Azevedo, Marisa Linhares,
Diana Ramos, João Pinto, Ana Caldeira, José Tristan,
Rui Sousa, António Banhudo
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A qualidade em colonoscopia constitui atualmente uma prioridade das sociedades internacionais, que têm publicado um conjunto de indicadores de qualidade que permitam assegurar um rastreio eficiente do cancro colo-rectal.

Os estudos de auditoria para avaliação destes indicadores são importantes para aferir o desempenho do gastroenterologista e do serviço, com o objetivo de implementação de iniciativas de aperfeiçoamento.

Objetivo: Avaliar os indicadores de qualidade em colonoscopia num hospital distrital.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, incluindo doentes com idade superior ou igual a 50 anos encaminhados para realização de colonoscopia total de rastreio ou diagnóstica num período de 12 meses. Excluídos doentes que tivessem realizado colonoscopia nos 5 anos prévios.

Selecionada uma amostra representativa constituída por 270 colonoscopias. Colhidos dados clínicos, do relatório de colonoscopia e,

quando indicado, da anatomo-patologia.

Procedeu-se à comparação dos resultados obtidos nos indicadores de qualidade com os valores *standard* (VS) recomendados pelas guidelines da ESGE.

Resultados: Incluídos 270 doentes (56% homens; idade média 65 ± 12 anos).

Os relatórios de colonoscopia continham informação explícita sobre a indicação do exame em 90% dos exames (VS $\geq 85\%$). A taxa de entubação cecal foi de 93% (VS $\geq 90\%$), com fotodocumentação do cego em 64% (VS $\geq 90\%$) dos casos. Todos os relatórios apresentavam justificação para exame incompleto. A preparação intestinal foi considerada adequada em 78% dos casos (VS $\geq 90\%$).

98% das lesões foram excisadas com técnica de polipectomia adequada (VS $\geq 80\%$) e verificou-se uma taxa nula de complicações a 7 dias pós-colonosopia (VS $\leq 0,5\%$).

A taxa de deteção de adenomas (TDA) foi de 30% (VS $\geq 25\%$).

Verificou-se uma correlação positiva entre preparação adequada e deteção de adenomas ($p < 0,05$), bem como uma correlação positiva entre entubação cecal e deteção de pólipos ($p < 0,01$) e de adenomas ($p < 0,01$).

Conclusão: No nosso estudo, a TDA estava acima do limiar mínimo recomendado.

Contudo, uma elevada percentagem de doentes apresentou uma preparação intestinal inadequada, revelando a necessidade de revisão do protocolo do serviço com a adopção de estratégias de optimização da preparação. Apesar de uma entubação cecal acima do valor *standard*, a fotodocumentação do cego ficou aquém do recomendado. A realização de sessões de sensibilização para os indicadores de qualidade poderá eventualmente melhorar tanto a performance individual como coletiva.

PO 03

QUESTIONÁRIO *HELICOBACTER PYLORI*: QUAL A PRÁTICA ACTUAL NA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Tânia Gago, André Ramos, Joana Roseira, Ana Catarina Cunha, Pedro Campelo, Horácio Guerreiro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: O *helicobacter pylori* (Hp), nas últimas décadas, foi reconhecido como um importante patogénio que coloniza o estômago de 50% da população mundial. As taxas de eficácia de erradicação do Hp têm vindo a diminuir, sendo o principal factor a falência terapêutica. É necessário um racional na decisão dos antibióticos a usar considerando o padrão de resistência local.

Objetivos: Pretende-se analisar qual a prática relativamente à pesquisa e erradicação do Hp entre os médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF).

Material e métodos: Os MGF foram convidados a responder a um questionário com 18 questões acerca da prática clínica relacionada com a pesquisa e tratamento do Hp. A análise foi realizada no SPSS v24.

Resultados: 42 MGF responderam ao questionário, 71,4% mulheres e média de idade de 31 anos. 90,5% refere já ter feito pesquisa de Hp, na maioria em contexto de doença ulcerosa péptica (38,1%) ou dispepsia não ulcerosa (28,6%). O estudo por biópsias endoscópicas (57,1%) ou o teste respiratório da ureia (33,3%) são os mais utilizados para detectar Hp. A terapêutica mais utilizada (76,2%) para a erradicação é a tripla convencional (IBP + claritromicina + amoxicilina), durante 10 (38,1%) ou 14 (28,6%) dias; apenas 9,5% associa pró-biótico. Segundo os MGF os doentes cumprem a medicação, sendo a razão mais frequentemente indicada para o incumprimento os efeitos secundários (46%). Apenas 42,9% confirma a erradicação após o

tratamento, e dos que o fazem, 83,3% têm a percepção de que ocorreu sucesso terapêutico. Os esquemas mais utilizados quando há insucesso é a sequencial (35.3%) ou a concomitante (23.5%).

Conclusão: A pesquisa de Hp é realizada com relativa frequência entre os MGF. O tratamento mais utilizado é a terapêutica tripla convencional durante 10-14 dias, mas menos de metade dos médicos confirma a erradicação. Dos que confirmam, a maioria tem a percepção que a terapêutica de 1ª linha é eficaz. Quando não é, o tratamento de 2ª linha mais usado é a terapêutica sequencial ou concomitante.

PO 04

COMPARAÇÃO DOS CÂNCROS DE COLON E RETO DIAGNOSTICADOS EM 2012 E 2017 NUM HOSPITAL TERCIÁRIO – IMPACTO DE UM PROGRAMA DE RASTREIO OPORTUNÍSTICO

Catarina Gouveia, Catarina Gomes, Bárbara Morão, Alexandre Ferreira, Luísa Glória, Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O rastreio do cancro de cólon e reto (CCR) constitui uma forma eficaz de reduzir a mortalidade associada ao mesmo. Por não existir um programa nacional de rastreio de CCR, tentámos promover na área de influência do nosso hospital, e durante os últimos 5 anos, um rastreio de CCR baseado na PSOF seguida de colonoscopia se PSOF+.

Objetivo: Avaliar o impacto da implementação de um programa de rastreio na nossa área de influência.

Material e métodos: Estudo transversal com doentes com CCR no nosso hospital, diagnosticados em dois períodos distintos - mar/2012-mar/2013 e 5 anos depois jan-dez/2017. Comparadas características dos CCRs nos dois períodos (admissão, diagnóstico, estadio, terapêutica, complicações cirúrgicas e mortalidade).

Resultados: Em 2012, foram diagnosticados

196 doentes com CCR (57% homens, idade média 69 anos), 60% em contexto eletivo vs 40% em contexto de urgência. Apenas 16% dos casos foram diagnosticados por rastreio. Quanto ao estadio, 77% dos doentes tinham doença loco-regional, e 23% doença metastizada. Registaram-se 25% de complicações cirúrgicas e 5% de óbitos. Em 2017, registámos 186 doentes com CCR (64,5% homens, idade média 71 anos), 68% em contexto eletivo e 32% em urgência. O diagnóstico por rastreio ocorreu em 18% dos doentes. Oitenta e oito por cento dos doentes tinham doença locoregional, e 20% doença metastizada. Registaram-se 13% de complicações cirúrgicas e 9% de óbitos. Comparando os dois períodos, não houve diferença no contexto de diagnóstico, estadiamento clínico ou patológico e mortalidade. Em 2017, houve menos doentes com apresentação por oclusão ($p=0,007$), menos complicações pós-operatórias ($p=0,029$) e diminuição do tempo de médio de internamento ($p=0,004$). O diagnóstico por rastreio esteve associado a doença loco-regional ($p < 0,01$), estadios mais precoces ($p=0,009$) e menor tempo de internamento ($p < 0,01$).

Conclusão: Comparando 2012 e 2017 observámos uma redução das complicações pós-operatórias e do tempo de internamento, mas não registámos diferenças na proporção de CCRs diagnosticados por rastreio, o que reforça a necessidade urgente de implementar um rastreio de CCR organizado.

PO 05

ANÁLISE ROTINEIRA DO LÍQUIDO ASCÍTICO NA PARACENTESE EVACUADORA EM DOENTES CIRRÓTICOS DE AMBULATÓRIO: UMA ATITUDE JUSTIFICÁVEL?

Joana Carvão¹, Vitor Magno Pereira¹, José António Alves², António Oliveira¹, Nélia Abreu¹, Carla Sousa Andrade¹, Graça Andrade², Luís Jasmins¹

¹Serviço de Gastrenterologia Hospital Central do Funchal, ²Serviço de Patologia Clínica Hospital Central do Funchal

A peritonite bacteriana espontânea (PBE) é uma complicação com grande morbimortalidade nos doentes cirróticos. Por este motivo, a análise do líquido ascítico é claramente recomendada em doentes com ascite de novo, cirrose descompensada, sinais de infeção, lesão renal ou doentes internados. No entanto a necessidade da análise sistemática do LA na paracentese evacuadora em ambulatório é desconhecida.

Determinar a incidência de PBE num cohort de doentes cirróticos em ambulatório submetidos a uma paracentese evacuadora.

Análise retrospectiva dos dados clínicos e laboratoriais de todos os doentes adultos com diagnóstico de cirrose hepática submetidos a paracenteses evacuadoras em ambiente de ambulatório (Hospital de Dia) entre 1 de janeiro de 2017 e 30 de junho de 2018. O diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea e ascite neutrofílica foram realizados de acordo com as definições internacionais (*International Ascites Club*). Excluídos doentes internados, com ascite de novo, sinais clínicos ou laboratoriais de infeção, agravamento de encefalopatia hepática e hemorragia digestiva recente.

Foram incluídos 432 líquidos ascíticos correspondendo a 71 doentes, 76,1% do sexo masculino e com idade média de 59,80 (\pm 9,76) anos. A etiologia da doença hepática crónica era na maioria dos casos alcoólica (83,1%),

seguida da viral (8.4%) e criptogénica (4.2%). 9,9% dos doentes tinham hepatocarcinoma. A percentagem de doentes em *Child-Pugh* A, B e C foi 8,5%, 67,6% e 23,9% respectivamente com uma pontuação mediana de 9 (6 – 12) pontos. O valor médio de proteínas total no líquido ascítico foi de 16,71 g/l (\pm 8,32). A contagem celular total média foi de 318,51cel/mm³ (\pm 849,4) e 72,8% tinham predomínio de mononucleares. Dos 432 líquidos ascíticos, 11 (2,5%) apresentavam contagens de polimorfonucleares superiores a 250/mm³, sendo que destes apenas 7 apresentaram isolamento em cultura de líquido ascítico (1,6%).

Dada a incidência extremamente baixa de PBE em doentes assintomáticos de ambulatório a recomendação para a análise rotineira é questionável.

PO 06

INFECÇÃO DO VIRUS DA HEPATITE C: O ESPELHO DE UMA REALIDADE INSULAR

António Oliveira, Joana Carvão, Vitor M. Pereira, Nuno Ladeira, Bruno Freitas Jesus, Graça Andrade, Luís Jasmins
Hospital Central do Funchal

Introdução: A infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) constitui um problema de Saúde Pública à escala global. Em Portugal, estima-se que a prevalência de seropositividade seja entre 1-1,5%, não existindo estudos em relação à realidade na Região Autónoma da Madeira (RAM). A Organização Mundial de Saúde propôs uma ambiciosa meta de erradicação da doença até ao ano 2030.

Objetivos: Identificação das áreas com maior prevalência de infeção pelo VHC na RAM.

Métodos: Estudo retrospectivo da população com seropositividade para o VHC desde 2012 a 2017. Os dados dos doentes foram analisados em conjunto com os Censos de 2011, para o estudo da distribuição da população,

pelos 11 concelhos e 54 freguesias. Os dados foram analisados utilizando o *software* Excell e SPSS.

Resultados: Avaliados 3741 testes referentes a 1759 doentes. 88% sexo masculino (n=1548), com idade média de 36 ±10.86 anos. A prevalência na RAM e na ilha da Madeira foi 0,61%, na ilha de Porto Santo foi 0,5%. A prevalência nos concelhos variou entre 0,12 - 1,05%, verificando-se a nível de freguesias uma assimetria mais marcada (0-2,03%) Quando ajustado para o género masculino, 17 freguesias, pertencentes a 5 concelhos, apresentam prevalências superior a 1 % (0-3,7%). Os doentes toxicodependentes foram o maior grupo de risco com 48% (n=844) do total e os reclusos com 13% (n=234). 41% (n=727) dos doentes tiveram perda de *follow up*.

Conclusão: Os doentes identificados neste estudo com seropositividade para VHC AC-HCV permitiram estimar uma prevalência 0,61% na RAM. Os nossos dados evidenciam alguma heterogeneidade geográfica, o que reforça a importância duma estratégia populacional “dirigida”, por forma a tentar eliminar a infeção nos focos de maior prevalência, conforme preconizado na estratégia “micro eliminação ou erradicação”

PO 07

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL ADMITIDOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Carolina Simões, Samuel Fernandes,
Mariana Machado, Luís Carlos Freitas,
Cilénia Baldaia, Ana Rita Gonçalves,
Paula Moura dos Santos, Luís Correia, Ana Valente,
Rui Tato Marinho
Hospital de Santa Maria, CHLN

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) é uma doença crónica que se caracteriza por um padrão evolutivo de recidiva-remissão que pode resultar em morbidade e mortali-

dade apreciáveis. É escassa a literatura publicada relativamente as características de doentes com DII internados numa unidade de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudo de *coorte* retrospectivo incluindo doentes consecutivos internados numa UCI entre junho de 2003 e fevereiro de 2018. Os objetivos do estudo foram caracterizar os motivos de admissão na UCI e desfecho (morte e cirurgia) em doentes com DII.

Resultados: Foram incluídos 55 doentes: 27 com colite ulcerosa (CU) e 28 com doença de Crohn (DC). A idade média foi de 47 anos (15-81) e 60% eram do sexo feminino (n=30). À admissão na UCI, 19 doentes (34.6%) estavam medicados com corticosteroides, 16 (29.1%) com imunomoduladores e 10 (18.2%) com biológicos. Durante o internamento, 28 doentes (50.9%) iniciaram corticosteroides, cinco (9.1%) azatioprina, três (5.5%) ciclosporina, dois (3.6%) 6-mercaptopurina e um (1.8%) infliximab. Nove doentes (16.3%) receberam nutrição parentérica total. As principais causas de admissão foram: exacerbação/complicações da DII (36.4%) e complicações infecciosas (25.5%). Durante o internamento na UCI, a maioria dos doentes (67.3%) desenvolveu complicações infecciosas, nomeadamente, pneumonia (24.3%), colite por citomegalovírus (24.3%), infeção do trato urinário (21.6%), peritonite secundária (8.1%) e abscesso pélvico (5.4%). Quinze doentes (27.3%) foram submetidos a cirurgia no contexto de complicações associadas à DII, 10 com CU (18.2%) e 4 com DC (7.2%). As indicações cirúrgicas foram: megacólon tóxico (33.3%), CU refractária (26.7%), pneumoperitoneu iatrogénico após colonoscopia (13.3%), choque hemorrágico (13.3%), abscesso pélvico (6.7%) e oclusão intestinal (6.7%). Oito doentes (14,5%) morreram, dos quais três (37.5%) estavam sob terapêutica com imunomoduladores e/ou biológicos. As

causas de morte foram: falência multiorgânica no contexto de choque séptico (n=7) e choque hemorrágico (n=1).

Conclusão: As infecções são uma das principais causas de admissão dos doentes com DII numa UCI e constituem uma complicação importante durante o internamento, contribuindo significativamente para a morbilidade e mortalidade. A identificação precoce de sinais infecciosos, especialmente naqueles sob imunossupressão é fundamental na abordagem destes doentes.

PO 08

ACEITAÇÃO DO RASTREIO UNIVERSAL DA INFEÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE C

Vítor Magno Pereira¹, Luísa Lopes², Joana Carvão¹, António Oliveira¹, Nélia Abreu¹, Goreti Faria¹, Nuno Ladeira¹, Lénia Olim², Luís Jasmins¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital Central do Funchal, ²Centro de Saúde de Gaula, Santa Cruz, Madeira

Introdução: A prevalência da infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) na população portuguesa é estimada em, aproximadamente, 1%. Apesar de alguns estudos defenderem uma política de rastreio universal do VHC, ainda nenhum avaliou o grau de aceitação e as preferências da população portuguesa relativamente ao seu modo de execução, um fator com grande peso para a eficácia de qualquer rastreio.

Objetivo: Avaliar a opinião dos utentes relativamente à aplicação de um rastreio universal da hepatite C.

Métodos: Análise transversal através da aplicação de um inquérito de autopreenchimento e anónimo (18 questões de resposta fechada e 1 aberta) num hospital e em sete centros de saúde da mesma região.

Resultados: Durante o período em estudo foram inqueridos com sucesso 308 utentes, 65% do sexo feminino, com idade mediana de 42 (18-84) anos. O nível de escolaridade

distribuiu-se por: ensino superior (24,4%), secundário (39,0%) e básico (23,4%) enquanto 5% dos utentes não completou o ensino básico. Relativamente a fatores de risco, 7,5% referiu ter realizado pelo menos uma transfusão sanguínea, 1,3% consumiu drogas endovenosas e 3,6% foi diagnosticado com outra doença infectocontagiosa. A maioria dos utentes (70,1%) está interessado em fazer rastreio do VHC, considerando uma análise importante (68,1%) e 74,9% considera que deveria ser estendido à população geral. As preferências em relação ao rastreio foram independentes dos fatores de risco individuais ($p>0.5$). As mulheres atribuíram uma importância significativamente maior ao rastreio do que os homens ($p=0.045$). A estratégia do teste ser considerada uma “análise de rotina”, sem que o médico informe do pedido, é apoiada por 49,7% e recusada por 26%. A grande maioria (76%) dos utentes concordaram com o agendamento automático de consulta perante um resultado diagnóstico positivo, verificando-se associação significativa com a vontade de realização do teste ($p=0.001$). 49,4% dos utentes não concordaram com a ausência de notificação caso o resultado do teste fosse negativo. Dos vários métodos de notificação disponíveis, 76% dos participantes prefere que o resultado seja transmitido pelo seu médico.

Conclusão: Nesta amostra populacional verificou-se um interesse significativo no rastreio do VHC que pode ser extensível à população geral. Consideramos que as estratégias de rastreio deverão ter por base as preferências do utente de modo a maximizar a sua aplicabilidade e impacto na saúde pública.

PO 09

ESOFAGITE EOSINOFÍLICA DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO: CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO

Carina Leal, Pedro Marcos, Catarina Martins, Sandra Barbeiro, Pedro Russo, Antonieta Santos, Alexandra Fernandes, Liliana Eliseu, Cláudia Gonçalves, Isabel Cotrim, Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A esofagite eosinofílica (EE) é uma doença crónica, imunomediada, caracterizada por sintomatologia de disfunção esofágica e infiltração da mucosa por eosinófilos. Apesar de ser a principal causa de impactação alimentar em crianças e jovens, é uma entidade clínica subdiagnosticada, cuja real prevalência se desconhece. A melhor abordagem terapêutica permanece controversa.

Objetivo: Avaliar características clínicas, endoscópicas e anatomopatológicas de doentes com EE seguidos na nossa instituição.

Métodos: Análise retrospectiva dos casos de EE confirmados endoscopicamente na nossa instituição (2016-2017). Avaliação de dados demográficos e processo clínico. Análise estatística descritiva.

Resultados: Identificaram-se 14 doentes com diagnóstico de EE, dos quais 71,4% do sexo masculino e na maioria adultos (11 adultos; mediana de idades, 31 anos). Os sintomas mais frequentes foram disfagia (92,8%) e impactação alimentar (85,7%). Em média, o atraso diagnóstico foi de 49 meses. As doenças atópicas encontravam-se presentes em 9 doentes. Foram reportadas alergias medicamentosas em 2 doentes e alimentares em 3 doentes. Endoscopicamente, destacavam-se: estrias lineares (64,3%), anéis concêntricos (42,9%), mucosa tipo “papel crepe” (14,3%), exsudado punctiforme esbranquiçado (35,7%) e anel de Schatzki (14,3%). Todos os doentes apresentavam pelo menos 15 eosinófilos por campo de grande ampliação nas biópsias. A intervenção dietética foi sugerida

em 4 doentes (28,6%) e todos foram inicialmente medicados com inibidor da bomba de prótons; em 50% dos casos foi introduzida a corticoterapia tópica e 1 doente realizou dilatação endoscópica. Após terapêutica, verificou-se melhoria sintomática em 10 doentes (78,6%), 5 dos quais sem infiltração da mucosa por eosinófilos nas biópsias de controlo. **Conclusão:** Em concordância com a literatura, esta amostra de doentes com EE apresenta uma predominância do sexo masculino e associação com outras doenças atópicas. Os sintomas mais frequentes foram disfagia e impactação alimentar. O atraso diagnóstico e a multiplicidade de medidas terapêuticas tornam a discussão acerca desta patologia relevante.

PO 10

O USO DE AINES, AAP E ACO NA DOENÇA DIVERTICULAR COMPLICADA DE HEMORRAGIA

Tânia Gago, André Ramos, Joana Roseira, Ana Catarina Cunha, Pedro Campelo, Horácio Guerreiro
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A doença diverticular (DD) constitui uma das afecções benignas mais frequentes a partir dos 60 anos de idade, habitualmente é uma condição assintomática, no entanto as complicações podem surgir em 5% dos casos. Dado o uso crescente de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), anti-agregantes plaquetários (AAP) e anticoagulantes orais (ACO), maior a probabilidade de hemorragia associadas à DD.

Objetivos: Pretende-se determinar se o uso de AINEs, AAP e/ou ACO influenciam a forma de apresentação e a evolução da hemorragia associada à DD.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes admitidos por DD complicada de hemorragia entre jan/2015 e dez/2017. Avaliou-se variáveis demográficas, clínicas,

analíticas e o número de dias de internamento (DI). A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS v24.

Resultados: Incluídos 68 doentes, idade média de $80,85 \pm 9,49$ (53-97) anos, 57,4% do género masculino. À entrada uma média de hemoglobina (hb) $95,4 \pm 25,1$ (46-150) mg/dL, de pressão arterial sistólica $115,10 \pm 18,64$ (80-159) mmHg e de frequência cardíaca (FC) $79 \pm 10,7$ (50-99) bpm. A média de DI foi $6,56 \pm 5$ (2-40) dias e a hb média à saída de $104,6 \pm 16,9$ (81-142) mg/dL. 22.1% dos doentes estavam a fazer AINEs; 45.6% AAP e 42,7% ACO. Verificou-se diferenças entre os doentes que estavam com AAP e ACO e o INR mais elevado (p=0,0 e p=0,00, respectivamente), assim como nos que faziam ACO e um maior número de DI (p=0,036). Constatou-se que os doentes que faziam ACO apresentavam FC à entrada >80 bpm e >6 dias de internamento (OR 0,22; 95% IC 0,075-0,67, p=0,007 e OR 3,68, 95% IC 1,34-10,13, p=0,012, respectivamente). O uso de AINEs não apresentou significado estatístico na influência das variáveis.

Conclusão: O uso de ACO influencia a forma de apresentação e a evolução da hemorragia. Está associado a um maior número de dias necessários para vigilância e tratamento. Dado o uso crescente destes fármacos é importante repensarmos nas indicações, assim como no risco-benefício do seu uso.

PO 11

EFICÁCIA E SEGURANÇA DO OCREÓTIDO DE LIBERTAÇÃO PROLONGADA NO TRATAMENTO DAS ANGIODISPLASIAS DELGADO

Joana Carvão, Vítor Magno Pereira, António Oliveira, Nélia Abreu, Carla Sousa Andrade, Luís Jasmins
Serviço de Gastrenterologia, Hospital Central do Funchal

As angiodisplasias são a malformação vascular mais frequente no trato gastrointestinal e responsáveis por uma percentagem significa-

tiva de hemorragias digestivas. A indisponibilidade da enteroscopia em alguns centros, a idade tipicamente mais avançada e múltiplas comorbilidades dos doentes podem condicionar a terapêutica endoscópica. O ocreótido de libertação prolongada (LP) tem sido proposto como alternativa nestes doentes, apesar de ainda ser classificado como *off-label*.

Avaliar a segurança e eficácia do ocreótido LP numa *cohort* de doentes com angiodisplasias do delgado e indicação terapêutica.

Análise retrospectiva dos dados clínicos, laboratoriais e endoscópicos dos doentes adultos submetidos a tratamentos com ocreótido LP em Hospital de Dia entre 1 janeiro de 2015 e 1 setembro de 2018. A avaliação da eficácia foi estabelecida através da comparação de unidades de concentrado eritrócitário (UCE), valor mais baixo de hemoglobina e internamentos secundários a hemorragia digestiva/anemia ferropénica grave pré e durante tratamento. O tempo pré-tratamento foi definido pelo primeiro episódio de hemorragia digestiva e/ou anemia ferropénica grave. Os dados de segurança foram obtidos pela consulta de registos adversos descritos no processo clínico.

Durante o período em estudo foram incluídos 16 doentes, 62,5 % do sexo masculino. A idade mediana foi de 76 (61- 89) anos. 31,25% tinham doença renal crónica e 25% estenose aórtica. 9 doentes estavam sob terapêutica antiagregante ou anticoagulante. Em todos os doentes o esquema utilizado foi o de 10 mg/mensal via intramuscular. O tempo mediano até iniciar o tratamento (pré tratamento) foi de 210 (18-981) dias. O tempo mediano em tratamento foi de 408 (74-689) dias. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre o número médio de UCE (7 vs. 0, p=0.004) valor médio de hemoglobina (7.25 vs. 10.25 g/dL, p=0.002) e número de internamentos (1,5 vs. 0, p=0.002) no pré e durante o tratamento com ocreótido LAR. Registou-se

1 efeito adverso (6,25%) que consistiu numa elevação assintomática da amilase e lipase (1,5xLSN) que levou à suspensão do fármaco precoce e com normalização após suspensão. Apenas 1 doente não respondeu à terapêutica e acabou por ser submetido a terapêutica endoscópica com árgon plasma.

Na nossa experiência, o ocreótipo LP é uma alternativa eficaz e segura no tratamento das angiodisplasias do delgado nos doentes não candidatos a terapêutica endoscópica ou em hospitais sem acesso à enteroscopia.

PO 12

UM CASO DE DIARREIA CRÓNICA – UMA ETIOLOGIA A NÃO ESQUECER

Nélia Abreu, António Oliveira, Joana Carvão, Vítor Magno, Rosa Neto, Luís Jasmins
Hospital Central do Funchal

A colite linfocítica é uma forma de colite microscópica que se caracteriza por um quadro de diarreia crónica, causada por uma alteração inflamatória do cólon cujo diagnóstico é exclusivamente histológico. Existem diversos factores de risco associados ao seu desenvolvimento e esta sobrepõe-se por vezes a outros distúrbios gastrointestinais.

Descrevemos o caso de uma mulher de 56 anos, caucasóide, com hipertensão arterial, fibromialgia e síndrome depressivo, referenciada em 2012 ao nosso Serviço por um quadro de diarreia crónica aquosa associada a cólicas abdominais. Negava qualquer outra sintomatologia e descrevia como factores de agravamento a ingestão de refeições copiosas e o stress. À observação clínica não haviam alterações a referir. No estudo analítico realizado previamente destacava-se apenas a positividade para o Anti-dsDNA, sendo os restantes parâmetros avaliados normais. Realizada a colonoscopia total com ileoscopia não se observaram quaisquer alterações, tendo sido efectuadas biópsias. Histologicamente foi observada a preserva-

ção da arquitetura das criptas e ausência de espessamento da membrana basal, na lâmina própria ligeiro reforço do infiltrado inflamatório predominantemente constituído por células plasmáticas e aumento de linfócitos intra-epiteliais com halo claro, achados estes compatíveis com colite linfocítica.

Após a realização da colonoscopia e apenas com medidas dietéticas a doente melhorou, ficando assintomática. Em 2014 teve novamente um quadro, com várias semanas de duração, de diarreia aquosa profusa. Foi na altura medicada com probiótico e loperamida com resolução da sintomatologia. No início de 2018 referiu novamente uma diarreia prolongada com as mesmas características, tendo realizado tratamento com budesonida durante 12 semanas e ficando novamente assintomática. Recentemente por novas queixas de diarreia episódica mas na forma de fezes pastosas e associada ao stress, foi medicada com probiótico e espasmolítico na suspeita de sobreposição com o Síndrome de Intestino Irritável.

Para terminar, a colitelinfocítica embora sendo rara faz parte do diagnóstico diferencial no estudo da diarreia crónica, revelando-se muitas vezes um desafio terapêutico pelo seu curso recidivante e limitante, com impacto negativo na qualidade de vida dos doentes. A associação a outras doenças do tubo digestivo deve ser considerada tendo em conta possíveis origens fisiopatológicas comuns, com destaque para a desregulação do microbioma intestinal.

PO 13

HEMORRAGIA DIGESTIVA MASSIVA INTERMITENTE – DIAGNÓSTICO ELUSIVO

Joyce Chivia, Pedro Figueiredo, Cristina Chagas
Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Egas Moniz

Homem de 18 anos recorre ao serviço de urgência por hematoquézias acompanhadas de lipotímia. Analiticamente releva-se hemoglo-

bina de 9 g/dL (anteriormente 13 g/dL). Em internamento realizou endoscopia digestiva alta, ileocolonoscoopia e enteroscopia por videocápsula que foram inconclusivas. Realizou ainda cintigrafia para pesquisa de divertículo de Meckel que não revelou alterações. Durante os 7 dias de internamento manteve estabilidade hemodinâmica e analítica, sem novos episódios de hemorragia digestiva, tendo sido alta encaminhado à consulta de Gastrenterologia. Cerca de um mês depois é reinternado em unidade de cuidados intensivos por hematoquézias com instabilidade hemodinâmica e anemia aguda (13 -> 6 g/dL). Durante o internamento manteve surtos hemorrágicos tendo realizado angioTC e enteroscopia por duplo balão, ambos inconclusivos para o foco de hemorragia. Foi submetido a laparotomia exploradora, onde se identificou hemorragia com ponto de partida em divertículo de Meckel, procedendo-se a resseção segmentar do intestino delgado. Os autores apresentam o caso pelo desafio diagnóstico do mesmo.

PO 14

DIARREIA GRAVE – ENTEROPATIA MEDICAMENTOSA

Joyce Chivia, Pedro Figueiredo, Cristina Chagas
Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Egas Moniz

Mulher de 58 anos com história de hipertensão arterial é internada por diarreia grave e perda ponderal com seis semanas de evolução. Analiticamente apresentava anemia ferropénica, lesão renal aguda com acidémia metabólica e hipoalbuminemia. Foram excluídas causas infecciosas. Durante o internamento assistiu-se a rápida melhoria clínica e normalização da função renal após fluidoterapia endovenosa. Um dia após a alta é reinternada com o mesmo quadro clínico. Foi revista a medicação habitual e colocada a hipótese de enteropatia por olmesartan, fármaco em curso há mais de 1 ano. Realizou endoscopia

digestiva alta com biópsias que foram sugestivas de doença celíaca (serologia de doença celíaca negativa) e rectosigmoidoscoia cujas biópsias foram sugestivas de colite linfocítica. Verificou-se novamente rápida melhoria clínica sem terapêutica específica, tendo sido recomendada suspensão do fármaco após alta hospitalar.

Os autores apresentam este caso pela sua gravidade e apresentação clínica abrupta após tempo de exposição prolongado ao fármaco, lembrando que a enteropatia por Olmesartan pode mimetizar uma doença celíaca e/ou colite linfocítica

PO 15

SÍNDROME DE WILKIE: UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

António Oliveira, Joana Carvão, Nélia Abreu,
Vitor M. Pereira, Nuno Ladeira, Luis Jasmins
Hospital Central do Funchal

A síndrome da artéria mesentérica superior (AMS) (conhecida como síndrome de Wilkie) é uma causa rara de obstrução gastrointestinal alta. É um distúrbio adquirido no qual a angulação aguda da AMS causa compressão da terceira parte do duodeno entre a AMS e a aorta.

Relatamos o caso de uma mulher de 38 anos de idade, com queixas de mal estar geral, náuseas e vômitos com cerca de 2 meses de evolução, sem melhoria com terapêutica sintomática e associada a perda ponderal superior a 10% (7 kg).

Realizou endoscopia digestiva alta que revelou hiperémia do esófago distal, estômago com abundante conteúdo de estase de tonalidade biliar.

No estudo tomográfico abdominal apresentava distensão do estômago e duodeno, com redução do calibre na transição do duodeno para o jejuno, entre a veia cava inferior e a AMS, sugerindo síndrome da AMS.

A paciente foi submetida a duodeno jejunos-tomia, sem intercorrências e com resolução completa do quadro clínico.

Este caso enfatiza o desafio do diagnóstico de uma entidade nosológica rara e a necessidade de considerá-la no diagnóstico diferencial de quadros clínicos que cursem com náuseas, vômitos e perda ponderal.

PO 16

FITOBEZOAR GÁSTRICO TRATADO ENDOSCÓPICAMENTE COM SUCESSO

Pedro Marcos, Carina Leal, Liliana Eliseu, Alexandra Fernandes, Isabel Cotrim, Helena Vasconcelos

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: Os bezoares gástricos são condições clínicas raras, que ocorrem mais frequentemente no contexto de alterações da motilidade digestiva ou após cirurgias gástricas, contudo também podem desenvolver-se sem fatores de risco patológicos associados. Descrevemos o caso raro de um fitobezoar gástrico composto por rebentos de bambu tratado endoscopicamente com sucesso.

Caso clínico: Homem, de 54 anos, de nacionalidade chinesa, recorre ao serviço de urgência por epigastrialgias e vômitos com 3 dias de evolução. Sem antecedentes patológicos relevantes e sem toma de medicação habitual/recente, conseguimos apurar que as queixas tinham tido início após ingestão de rebentos de bambu malcozinhados. Analiticamente com elevação moderada dos parâmetros inflamatórias e ecograficamente com sinais de estase gástrica acentuada apesar de jejum de 8h, após terapêutica procinética realiza endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou ao nível do fundo e corpo gástrico conglomerado volumoso de resíduos fibrosos compatível com fitobezoar e várias úlceras de pressão ao nível da incisura e antro, sem sinais de hemorragia. Recorrendo a uma ansa

de polipectomia e a uma cesta de Dormia procedemos à fragmentação e remoção da maioria do conglomerado, persistindo, no final do procedimento, apenas alguns resíduos fibrosos fragmentados. Internado para vigilância cumpriu terapêutica com metoclopramida e esomeprazol endovenoso e Coca-Cola® *per os* (660 mL em 12h). Assintomático, repetiu EDA às 24h que revelou ausência de resíduos no trato digestivo superior, assim como de outras alterações para além das úlceras descritas. Teve alta medicado com esomeprazol, não se tendo verificado qualquer intercorrência ou readmissão hospitalar. Na EDA de seguimento não existia qualquer estase gástrica e as úlceras tinham cicatrizado.

Conclusões: Os fitobezoares gástricos, enquanto agregados de material vegetal não digerível que se acumula e fica retido no estômago, podem cursar com complicações graves se não forem tratados. A sua fragmentação/remoção endoscópica com ajuda da dissolução com Coca-Cola® tem mostrado ser um tratamento eficaz na resolução desta patologia. No nosso caso, o bezoar apresentava características favoráveis (recente e mole) pelo que a sua fragmentação e remoção endoscópica foi rápida e eficaz, tendo os procinéticos e Coca-Cola® constituído bons neoadjuvantes. Apresentamos iconografia endoscópica em fotografia.

PO 17

VEDOLIZUMAB NA DII: EXPERIÊNCIA NA PRÁTICA CLÍNICA DE HOSPITAL DISTRIAL

Eduardo Dantas, Mariana Coelho, Cristiana Sequeira, Cláudia Cardoso, Isabelle Cremers, Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital São Bernardo

O vedolizumab é um anticorpo monoclonal que se liga à integrina $\alpha 4\beta 7$, impedindo a adesão e migração leucocitária a nível do trato gastrointestinal. É indicado para o tra-

tamento de doentes adultos com doença de Crohn (DC) ou colite ulcerosa (CU) com atividade moderada a grave e resposta inadequada ou intolerância à terapêutica convencional ou a antagonista do fator de necrose tumoral alfa (TNF α). Reportamos a experiência inicial da sua utilização em duas doentes com CU grave.

Caso 1: Mulher, 27 anos, com pancolite ulcerosa diagnosticada em 2009, sob Infiximab desde agosto/2013. Em abril/2014, assistiu-se a internamento por agudização grave, apresentando níveis infraterapêuticos do fármaco e doseamento de anticorpos elevado, tendo-se alterado terapêutica para adalimumab. Por ausência de resposta, houve necessidade de alterar tratamento para golimumab em janeiro/2016. Inicialmente com boa resposta, no entanto por nova agudização decidiu-se a introdução de vedolizumab em julho/2017. Atualmente encontra-se em remissão clínica, e na reavaliação endoscópica aos 6 meses de terapêutica apresentava mucosa com ligeiro apagamento vascular e escassas erosões.

Caso 2: Mulher, 19 anos, com pancolite ulcerosa diagnosticada em 2014, inicialmente corticodependente, medicada com golimumab desde janeiro/2016. Por manutenção de atividade da doença, alterou-se terapêutica para infliximab em junho/2016, inicialmente com boa resposta. Contudo, por agravamento da doença, iniciou terapêutica com vedolizumab em julho/2017. Atualmente a doente apresenta melhoria clínica e laboratorial, ainda sem reavaliação endoscópica.

A terapêutica com vedolizumab apresentou-se como uma opção válida e eficaz em doentes com CU grave sem resposta aos antagonistas do TNF α .

PO 18 Trabalho retirado

PO 19

QUANDO O DIAGNÓSTICO PARECE ÓBVIO

Sofia S. Mendes, Tiago Leal, Dalila Costa, Bruno Arroja, Aníbal Ferreira, Ana Célia Caetano, Raquel Gonçalves
Hospital de Braga

Mulher de 43 anos com antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, recorreu a consulta do Médico de Família (MF) em fevereiro de 2018 por desconforto abdominal inespecífico e sensação de distensão abdominal com 3 meses de evolução. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou eritema do antro cujas biópsias revelaram gastrite crónica com positividade para *Helicobacter pylori* tendo realizado tratamento para erradicação. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal intensa tipo cólica em agravamento e diarreia com 10 a 20 dejeções líquidas sem sangue por dia com 3 semanas de evolução com início aquando do tratamento de erradicação para *Helicobacter pylori*. Neste período emagreceu 5Kg (9% do peso corporal). Na admissão encontrava-se apirética e normocárdica. Três dias antes da vinda ao SU tinha repetido EDA em ambulatório que revelava estenose pilórica não franqueável ao endoscópio com mucosa gástrica de aspeto infiltrativo; a colonoscopia evidenciava estenose do canal anal e reto, áreas de dispersas de ulceração compatíveis com doença de Crohn e estenose inflamatória do ângulo hepático não franqueável ao colonoscópio. As biópsias destes procedimentos encontravam-se em curso. No SU realizou tomografia computadorizada abdominal que evidenciou espessamento do íleo terminal e cólon ascendente, espessamento da parede vesical e ascite de pequeno volume. Analiticamente apresentava uma proteína C reativa de 4 mg/dL, sem anemia. Foi internada com o diagnóstico provável de doença de Crohn inaugural e iniciou ciclo de prednisolona oral com rápida

melhoria clínica. Uma semana após a alta obtém o resultado de biópsias endoscópicas que revelam adenocarcinoma gástrico com células em anel de sinete e protocolite inespecífica. O estadiamento posterior revelou a presença de carcinomatose peritoneal tendo iniciado quimioterapia paliativa com rápida deterioração do estado geral tendo falecido 2 meses após o diagnóstico. O caso clínico ilustra a dificuldade no diagnóstico precoce de neoplasias gástricas em idade jovem. É necessário um elevado índice de suspeição e um raciocínio clínico mais inclusivo nos diagnósticos diferenciais de estenose pilórica mesmo tendo em consideração a faixa etária de cada doente, dada a elevada incidência das neoplasias gástricas em Portugal. É também de salientar que devem ser considerados diagnósticos menos óbvios na abordagem do doente com diarreia crónica e achados endoscópicos compatíveis com doença inflamatória intestinal.

PO 20

QUANDO UM EXAME PARA PEG REVELA UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Carvalho, M.; Laranjo, A.; Rei, A.; Mocanu, I.; Pires, S.; Veloso, N.; Gonçalves, L.; Godinho, R.; Medeiros, I.
Hospital Espírito Santo - Évora

A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é uma técnica comumente realizada em doentes em que a ingesta oral é inadequada para proporcionar uma via de alimentação entérica. Quando os doentes não têm uma avaliação endoscópica prévia o exame do procedimento pode revelar contra-indicações à realização da técnica.

Apresenta-se o caso de um homem, 65 anos, diagnosticado com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) 4,5 anos antes já com necessidade de BIPAP contínuo. Por queixas de disfagia alta e perda de 7 kg no último ano, foi feito pedido de avaliação para PEG no nosso Serviço. Aquando da realização de EDA, constatou-se: “Fundo

e corpo gástricos (em toda a sua extensão e perímetro do lúmen do órgão) com mucosa infiltrativa, congestiva, com várias ulcerações de base limpa, friável ao toque do aparelho e dura às biópsias compatíveis com atipia. Mucosa do antro marmorada e sem aparentes alterações.”. Perante estes achados foi colocada uma SNG de longa duração e não se realizou o procedimento. As biópsias efetuadas vieram a revelar a presença de linfoma B de alto grau. Foi-lhe sugerido encaminhamento para Cirurgia para a realização de uma eventual jejunostomia de alimentação que o doente recusou. Foi encaminhado para consulta de Hematologia, tendo recusado exames adicionais e qualquer terapêutica dirigida ao problema.

O trato gastrointestinal é o principal local de aparecimento de linfomas extraganglionares. O aparecimento primário é raro, enquanto que o envolvimento gastrointestinal secundário é relativamente comum. De todos os segmentos, o estômago é o mais frequentemente envolvido, representando 68 a 75% dos linfomas gastrointestinais. O pico de incidência é descrito entre os 50 e 60 anos e com um ligeiro predomínio pelo sexo masculino. Os sintomas são inespecíficos e a presença de sintomas B ocorre numa minoria dos casos. Neste caso a perda de peso era um sinal inespecífico porque tanto se poderia dever à desnutrição como poderia estar em relação com a neoplasia subjacente. O diagnóstico habitualmente é feito por endoscopia, os achados macroscópicos podem ser diversos e requerem confirmação histológica. O tratamento depende do estadiamento da doença. Embora a ELA possa estar associada a patologias autoimunes e imunoproliferativas e, nalguns casos, tratar-se de um Síndrome Paraneoplásico, a distância temporal entre os dois diagnósticos neste doente torna mais provável que se tenha tratado apenas de uma infeliz coincidência.

PO 21

QUANDO A CIRURGIA É A ÚNICA OPÇÃO TERAPÊUTICA NUM EPISÓDIO AGUDO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Carolina Simões, Mariana Machado,
Luís Carrilho-Ribeiro, Rui Tato Marinho
Hospital de Santa Maria, CHLN

Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) com origem no duodeno são raros e constituem 3 a 5% de todos os GIST. A segunda porção duodenal é a localização mais comum, seguindo-se da terceira, quarta e primeira (5-25%) porções duodenais.

Os autores apresentam um caso de hemorragia digestiva com origem num GIST localizado na 1ª porção duodenal. Mulher de 70 anos, caucasiana, com história de adenocarcinoma do canal anal submetido a terapêutica curativa com quimioterapia e radioterapia 3 anos antes. Foi admitida no serviço de urgência por melenas com uma semana de evolução, a que se seguiu episódio de síncope. Apresentava-se hemodinamicamente estável, pálida, com abdómen globoso, mole, depressível, indolor e sem massas palpáveis. Laboratorialmente destacava-se anemia normocítica normocrômica (Hb 4,8g/dL) tendo realizado 2 unidades de concentrado eritrocitário. A endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou, no bulbo proximal, lesão subepitelial arredondada com cerca de 35 mm, com úlcera com cerca de 20 mm e área vermelhada protuberante que não se destaca após lavagem. A tomografia computadorizada abdominal mostrou, no bulbo proximal, massa com cerca de 56x31 mm com importante componente vegetativo endoluminal com opacificação heterogénea e áreas hipodensas internas por prováveis áreas de necrose. Dez dias após a admissão foi submetida a ressecção parcial da 1ª porção duodenal que decorreu sem intercorrências. O resultado anatomo-patológico permitiu o diagnóstico de GIST com índice mitótico baixo.

O GIST duodenal é frequentemente assintomático, constituindo um achado acidental na maioria dos casos. Quando sintomático, a hemorragia digestiva e a dor abdominal são as manifestações mais comuns. A cirurgia é o tratamento de eleição no GIST da 1ª porção duodenal. Recentemente têm surgido novas abordagens endoscópicas para a remoção destes tumores, no entanto a sua aplicabilidade no contexto de hemorragia digestiva não está descrita.

Organização



Major Sponsor

abbvie

Sponsors



Secretariado

ad⁺médic

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
+351 21 842 97 10
elsa.sousa@admedic.pt
www.admedic.pt