

XXXIV

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

15-16 NOVEMBRO 2019

HOTEL DOM PEDRO VILAMOURA



Abordagem Multidisciplinar
em Gastreenterologia

PROGRAMA CIENTÍFICO

Versão Digital

XXXIV

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Programa Científico

Sexta-feira | 15 de novembro

07:30h Abertura do Secretariado

08:30-10:30h **SESSÃO | CASOS CLÍNICOS**
Presidente: Helena Vasconcelos
Moderadores: Ana Lúcia Sousa e Ricardo Freire

10:30-11:00h *Coffee break* e visita aos Posters

11:00-11:30h **Sessão Abertura**
Paulo Morgado, Presidente do Conselho Diretivo da ARS Algarve
Hugo Nunes, Vogal do Conselho Administração do CHUA
Maria Luisa Glória, Presidente NGHD
Carlos Carvalheira, Ex-Diretor de Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Faro
Horácio Guerreiro, Diretor de Serviço de Gastroenterologia do CHUA

11:30-13:00h **MESA-REDONDA | DOENÇA HEPÁTICA GORDUROSA NÃO ALCÓOLICA**
Presidente: Maria Antónia Duarte
Moderadoras: Lurdes Gonçalves e Cristina Fonseca

| O que há de novo na terapêutica medicamentosa
Helena Cortez Pinto

| Relevância da abordagem nutricional
Teresa Diniz

| NALFD e síndrome metabólico
José Presa Ramos

| Abordagem cirúrgica – Que perspetivas?
Mário Nora

13:00-14:15h Almoço

14:15-16:15h **SESSÃO | COMUNICAÇÕES ORAIS**
Presidente: Raquel Gonçalves
Moderadores: João Baranda e Ana Vieira

16:15-16:45h *Coffee break* e visita aos Posters

16:45-17:15h CONFERÊNCIA | **DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: NOVOS FÁRMACOS, NOVOS ALGORITMOS TERAPÊUTICOS**

Presidente: Ana Paula Oliveira

Palestrante: Marília Cravo

17:15-18:45h MESA-REDONDA | **TRATAMENTO DO CARCINOMA DO RETO**

Presidente: José Soares

Moderadores: Alexandre Ferreira e Cristina Inácio

| **Dissecção submucosa de lesões precoces**

Nuno Nunes

| **Novas abordagens cirúrgicas: TAMIS e TaTME**

Susana Ourô

| **Quimiorradioterapia neoadjuvante: Como coordenar**

Guy Vieira e Teresa André

| **Estratégia(s) de *Watch and wait*: Quando e como**

Isadora Rosa

19:00-20:00h **Assembleia Geral NGHD**

20:30h Jantar da Reunião

Sábado | 16 novembro

08:00h Abertura do Secretariado

08:30-10:30h SESSÃO | **INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS**

Presidente: Luís Jasmins

Moderadores: Bruno Arroja e Liliana Eliseu

10:30-11:00h *Coffee break* e visita aos Posters

11:00-11:30h CONFERÊNCIA | **ALLAITEMENT ET VACCINATION PAR VACCINS > VIVANTS DE NOUVEAU-NÉS EXPOSÉS IN-UTERO AUX ANTI TNF, ÉTUDE NATIONALE MULTICENTRIQUE**

Presidente: Isabelle Cremers

Palestrante: Stephane Nahon

- 11:30-13:00h **MESA-REDONDA | PATOLOGIA DAS VIAS BILIARES**
Presidente: Jorge Silva
Moderadores: Pedro Pinto Marques e Bruno Rosa
- | **Cálculos grandes/difíceis: Abordagem endoscópica**
Luís Lopes
 - | **Obstrução biliar: Quando a CPRE falha**
Filipe Veloso Gomes
 - | **Estenose biliar indeterminada: Como atuar?**
Luís Lourenço
 - | **Exploração cirúrgica das vias biliares**
Inês Gil

13:00-14:15h **Almoço**

- 14:15-14:45h **CONFERÊNCIA | O PANORAMA ATUAL DAS HEPATITES CRÓNICAS B E C**
Presidente: Isabel Cotrim
Palestrante: Isabel Pedroto

- 14:45-16:15h **MESA-REDONDA | DIFERENCIAÇÃO E ACESSIBILIDADE EM GASTROENTEROLOGIA**
Presidente: António Banhudo
Moderadores: António Curado e Ricardo Gorjão
- | **Qual a realidade nacional?**
Luísa Gloria
 - | **Transplante hepático**
Emanuel Furtado
 - | **Radiologia de intervenção**
Élia Coimbra
 - | **Inovação endoscópica**
Carla Rolanda

16:15-16:30h **Sessão de Encerramento e entrega de prémios**

Prémio Melhor Caso Clínico



Prémio Melhor Instantâneo Endoscópico



Prémio Melhor Comunicação Oral





Consulte o Programa
e acesse os resumos

Resumos das Comunicações Livres

Casos Clínicos

CC 01

UM CASO DE ÚLCERA INFECCIOSA DO ÂNUS COM APRESENTAÇÃO PSEUDOTUMORAL

Luísa Martins Figueiredo¹; Fernando Aldomiro²;
Joana C. Branco¹; António T. Alves³;
Alexandra Martins¹

¹Serviço de Gastroenterologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; ²Serviço de Medicina Interna, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; ³Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Doente de 51 anos, caucasiano, seguido por infecção a VIH-1, medicado com dolutegravir+abacavir+lamivudina, com boa resposta virológica e imunológica. Reportou queixas com um mês de evolução de proctalgia, obstipação e tenesmo. O toque rectal revelou lesão heterogénea, parcialmente vegetante, quase circunferencial, nos 8cm distais do reto. Realizou colonoscopia total “desde a linha pectínea aos 8cm da margem anal, ocupando 3/4 da circunferência, lesão vegetante, parcialmente ulcerada, friável”. Perante suspeita de neoplasia realizou ressonância “lesão parietal do reto e segmento proximal do canal anal, parcialmente ulcerada que se estende em cerca de 7 cm, contornos lobulados, bem definidos, sugestiva de etiologia infecciosa”. As biopsias foram compatíveis com fundo e bordo de úlcera, sem neoplasia ou displasia. Solicitou-se estudo etiológico do

qual se salientava TPHA e VDRL francamente positivos (1/128 e 1/20480 respectivamente), admitindo-se provável sífilis anorectal. Realizou tratamento com 3 tomas de Penicilina 2.4MU; 3 semanas depois realizou rectosigmoidoscopia que documentou os mesmos achados; as biopsias revelaram alterações sugestivas de espiroquetose intestinal (EI).

Por estar assintomático, optou-se por protelar novo ciclo terapêutico; repetiu-se rectosigmoidoscopia 10 semanas depois. Esta mostrou lesão ulcerada em cicatrização, contudo nas biopsias ainda se documentava EI, com morfologia sugestiva de *Brachyspira aalborgii* pilosicoli, sem se poder excluir co-infecção por *Treponema pallidum*.

Realizou terapêutica com Penicilina 24 MU/dia durante 14 dias. A retosigmoidoscopia de reavaliação confirmou cicatrização completa da úlcera.

A sífilis e a EI são causadas, respetivamente, pelo *T. pallidum* e por bactérias do género *Brachyspira*; todas elas pertencem ao filo *Spirochaetes*.

A sífilis anorectal é rara e a apresentação varia desde a forma assintomática à pseudotumoral, menos frequente. O tratamento realiza-se com penicilina benzatina, com sucesso que atinge 95%. *T. pallidum* está presente em até 100% dos doentes com EI. O diagnóstico diferencial entre estas bactérias é difícil. Não existem guidelines para o tratamento da EI.

CC 02

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL VS FIBROSE QUÍSTICA

António Oliveira; Catarina Fidalgo; Helena Oliveira;
Marília Cravo

Hospital Beatriz Ângelo

Os autores apresentam o caso de uma doente de 44 anos, ex-fumadora, tendo antecedentes conhecidos de bronquiectasias bilaterais com nódulo pulmonar de 25 mm, em estudo pela Pneumologia, e apendicectomia. A doente teve um internamento inaugural por quadro de dor abdominal, diarreia com hematoquezias (4-5 vezes/dia), sendo as coproculturas negativas mas a serologia para *Ascaris* positiva, tendo sido medicada com Albendazol. Realizou recto-sigmoidoscopia em que se observou colite segmentar, dos 20 cm até aos 50 cm da margem anal, úlceras extensas e profundas. A histologia das amostras foi compatível com Colite Ulcerosa e foi excluída a presença de citomegalovirus. Realizou TC abdominal que não revelou alterações. Ficou medicada com messalazina 4,5 g por dia em ambulatório, com remissão clínica. Realizou ileoncolonoscopia, após 3 meses de terapêutica, sem alterações na mucosa ileal e, desde o cego até sigmoide, a mucosa encontrava-se edemaciada com irregularidade do padrão vascular, áreas cicatriciais, erosões e múltiplos pseudopolipos, sendo o reto o segmento mais poupado.

Posteriormente, foi concluído o estudo pneumológico que confirma o diagnóstico de fibrose quística (FQ).

O caso foi discutido em reunião anatomo-clínica com revisão de lâminas pelo fenótipo endoscópico pouco habitual para colite ulcerosa e pela possibilidade de haver colopatia associada à fibrose quística, reafirmando-se que os achados eram favoráveis ao diagnóstico de doença inflamatória intestinal (DII).

A relação entre a FQ e a DII não está esclarecida podendo haver manifestações pulmonares em

doentes com DII. Existe ainda a entidade de colopatia fibrosante em doentes com FQ que parece estar associada à suplementação com altas doses de enzimas pancreáticas que no caso da nossa doente nunca havia sido administrada.

Atualmente, existe evidência científica sobre a relação entre a FQ com manifestações gastrointestinais e a doença inflamatória intestinal. Os mecanismos propostos para que tal aconteça são a transcrição de genes associado à inflamação, terapêutica com reposição enzimática pancreática e disbiose intestinal. Outra condição intestinal, quase exclusiva à FQ, é a colopatia fibrosante na qual se verifica uma inflamação localizada, com fibrose e espessamento da parede do cólon.

CC 03

POLIPOSE HIPERTENSIVA PORTAL: UMA ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA

Mariana Coelho; Eduardo Dantas; Cristiana Sequeira;
Ricardo Freire; Matilde Gonçalves; Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar de Setúbal

Homem de 59 anos, com hábitos alcoólicos marcados, que recorreu ao Serviço de Urgência por hemorragia digestiva alta. Foi submetido a endoscopia alta, dificultada pela presença de grande quantidade de sangue vivo, que revelou lesão ulcerada com hemorragia em toalha no antro, controlada com terapêutica combinada (injetável e cliques). Teve alta contra parecer médico, sob omeprazol e ferro oral.

Referenciado à consulta decorridos 3 meses por cirrose descompensada por ascite e edemas periféricos, a par de anemia ferropénica grave. Repetiu endoscopia alta que mostrou, além de varizes esofágicas pequenas e gastropatia hipertensiva portal ligeira, lesão polipóide sésil, congestionada, com áreas de invaginação, com 3 cm de maior diâmetro, no antro pré-pilórico e duas projecções ao bulbo proximal. O exame histológico foi compatível com pólipos hiperplásicos. Por persistência de anemia grave com necessidade de terapêutica marcial, oral e endovenosa,

e suporte transfusional, realizou ainda colonoscopia e videocápsula endoscópica, sem outras alterações. Repetiu endoscopia alta, observando-se marcada friabilidade e hemorragia em toalha da referida lesão. Efectuaram-se macrobiopsias, cujo exame anatomo-patológico revelou hiperplasia foveolar, ectasia de capilares e vénulas e, ocasionalmente, erosões em superfície, suportando a suspeita clínica de polipose hipertensiva portal.

Face à ausência de outras lesões justificativas da anemia, optou-se pela realização de mucossectomia, com remissão da anemia, permitindo suspender o suporte transfusional e marcial.

A polipose hipertensiva portal é uma entidade descrita pela primeira vez em 2011, mais frequente em doentes com cirrose avançada, sendo habitualmente confundida com pólipos hiperplásicos. Estes doentes são geralmente assintomáticos, existindo poucos casos descritos na literatura de apresentação com anemia, menos com hemorragia digestiva manifesta, sendo ainda mais rara a resolução da anemia após excisão das lesões. Face à escassez de dados na literatura, não existem recomendações quanto à vigilância e terapêutica.

CC 04

SÍNDROME DE CREST E DOENÇA DE MÉNÉTRIER: UMA ABORDAGEM MULTIMODAL E INOVADORA

Catarina Nascimento; Adriana Soares; Cátia Cunha; Gonçalo Luz; Catarina Fidalgo; Carla Noronha; José Araújo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A esclerose sistémica é uma doença auto-imune caracterizada por vasculopatia e fibrose de diferentes órgãos e tecidos, afetando o sistema gastrointestinal em cerca de 90% dos casos. Este envolvimento é a maior causa de morbi-mortalidade associada à doença.

Caso clínico: Homem, de 50 anos, com história prévia de vagotomia troncular por doença ulcerosa péptica e fenómeno de Raynaud persisten-

te. Recorreu ao SU por epigastralgia, saciedade precoce, vômitos pós-prandiais tardios com dois meses de evolução e perda ponderal (> 10% em 1 mês). Ao exame objetivo, doente emagrecido e desidratado, com plastron epigástrico. Destacava-se distrofia ungueal, esclerodactilia, fibrose cutânea até aos cotovelos e fenómeno de Raynaud. Analiticamente, a salientar anemia da doença inflamatória e hipoalbuminemia. Do estudo imunológico, ANAs (1/640) e anticorpo anti-centrómero positivos. A capilaroscopia mostrou de múltiplos megacapilares e focos de hemorragias compatíveis com Raynaud secundário, achados que confirmaram o diagnóstico de esclerose sistémica progressiva (forma limitada) – síndrome de Crest. Realizou EDA que revelou esofagite de estase e hipertrofia das pregas gástricas consistente com gastrite atrófica crónica, sugestiva de doença de Ménétrier. Infeção por *Helicobacter pylori*, infiltração amilóide e neoplásica foram excluídas. A TC-TAP mostrou distensão gástrica e dilatação do esófago com nível hidroaéreo. Iniciou tratamento médico com IBP, procinéticos e modificações dietéticas, com resposta parcial e insatisfatória. O estudo do esvaziamento gástrico e o trânsito do intestino delgado confirmaram marcada dilatação esofágica e retenção gástrica, com esvaziamento muito lento e diminuição da peristálise intestinal. Após discussão multidisciplinar, face à refratoriedade à terapêutica médica, o doente foi proposto para cirurgia, tendo sido submetido a uma gastrojejunostomia em Y-de Roux. Registou-se uma evolução favorável com recuperação ponderal de 5 kg, mantendo-se assintomático.

Discussão: Na esclerodermia, a desnutrição e disfunção esofágica estão associadas a pior prognóstico. Em doentes com DRGE e gastroparésia, está recomendado tratamento sintomático com IBP, procinéticos e modificações dietéticas. Em casos refratários, a abordagem cirúrgica possa ser considerada, embora existam poucos

dados na literatura sobre a sua eficácia e segurança. Salientamos a importância abordagem multimodal e da personalização terapêutica no apoio à decisão e outcome clínico.

CC 05

VENOPATIA PORTAL OBLITERATIVA IDIOPÁTICA – INTEGRAÇÃO DO DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO MULTI-MODAL PERANTE UMA HISTOLOGIA EQUIVOCA

Joana Roseira^{1,2}; Jorge Brito^{2,3}; Marta Eusébio^{1,2}; Francisco Velasco^{1,2}; Conceição Crujo⁴; Tânia Gago^{1,2}; Ana Catarina Cunha^{1,2}; Pedro Campelo^{1,2}; Francisca Pulido Valente^{1,2}; Horácio Guerreiro^{1,2}

¹Serviço de Gastrenterologia – Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ²Algarve Biomedical Center; ³Serviço de Radiologia – Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ⁴Serviço de Anatomia Patológica – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

A venopatia portal obliterativa (OPV) é uma entidade rara e subestimada, maioritariamente descrita após autópsia ou explante hepático por hipertensão portal de causa não cirrótica (NCPH). Apresenta-se caso de homem de 27 anos admitido por hemorragia varicosa em 2014. Objetivamente apresentava esplenomegalia marcada. Negava consumo de álcool, tóxicos ou patologias heredo-familiares. O estudo analítico, serológico, metabólico e autoimune apenas identificou colestase bioquímica sem hiperbilirrubinemia. O estudo radiológico (eco-Doppler e TC), excluiu alterações da morfoestrutura hepática, mas destacava acentuada esplenomegalia, globosidade da confluência espleno-portal, permeabilidade da veia porta, ramos portais intra-hepáticos de calibre reduzido, mas com fluxo trifásico. A elastografia verificava aumento do ratio rigidez baço/figado. Admitiu-se NCPH e foi realizada biópsia hepática cujos achados foram inespecíficos – colocada hipótese de “cirrose inicial” e fibrose (peri)portal, septação dos espaços porta, distorção da arquitetura de etiologia não evidente. Ao longo de 1 ano o doente

apresentou três episódios de rotura de varizes, apesar de cumprir programa endoscópico de erradicação e terapêutica beta-bloqueante em dose máxima. Em 2016, após primeira consulta pré-transplante, emigrou e abandonou seguimento. Retomou em 2019, após novo internamento por hemorragia, e realizou RM hepática que destacou sinais de hipertensão portal de evolução prolongada, fígado sem alterações morfológicas, veia porta de calibre aumentado e redução brusca de calibre nos seus ramos intra-hepáticos, alguns sem preenchimento pelo produto de contraste. A integração destes achados com a história clínica, ecografia com estudo Doppler, TC e elastografia favoreceram o diagnóstico de OPV idiopática. Foi pedida revisão histológica da biópsia hepática de 2014, pendente à data desta submissão.

A OPV idiopática é muitas vezes confundida com cirrose criptogénica. A distinção entre ambas é crucial – a OPV tem melhor prognóstico e abordagem sintomática. O diagnóstico histológico, apesar de resoluto, é difícil. A presença, numa ampla variedade de modalidades de imagem, de alterações venosas portais intra e extra-hepáticas, variações da perfusão hepática, nomeadamente arterialização do parênquima subcapsular, num fígado que conserva a sua estrutura e morfologia não nodular, favorecem o diagnóstico de OPV.

CC 06

DEFINIÇÃO DE PROTOCOLO DE TRANSPLANTE FECAL, APÓS CASO DE SUCESSO NA COLITE A CLOSTRIDIUM DIFFICILE RECIDIVANTE

Francisca Pulido Valente^{1,2}; Joana Roseira^{1,2}; Helena Tavares de Sousa^{1,2}; Tiago Vasconcelos^{2,3}; Raquel Pinho^{2,3}; Domitília Faria^{2,3}; Luísa Arez^{2,3}; Horácio Guerreiro^{1,2}

¹*Serviço de Gastrenterologia – Centro Hospitalar Universitário do Algarve*; ²*Algarve Biomedical Center*; ³*Serviço de Medicina 4 – Centro Hospitalar Universitário do Algarve*

Introdução: A colite a *Clostridium difficile* recidivante (CDr) tem importante relevância epidemiológica e os cursos de antibioterapia sucessivos estão associados a recorrência da doença e mortalidade. O transplante fecal (TF) permite resolução de 90% dos casos de CDr.

Objetivo: Definição de protocolo de transplante fecal a propósito de um caso clínico.

Caso clínico: Mulher de 84 anos com pluri-patologia metabólica, renal e cardiovascular e internamento inicial prolongado, por descompensação das suas patologias de base, complicado por infeção do cólon por CD. Após tratamento inicial bem sucedido com vancomicina oral (125mg, 6/6h, 10 dias), a doente foi readmitida duas vezes no espaço de mês e meio por CDr, efectuando num episódio, novo curso de vancomicina e esquema de desmame lento; e, noutro episódio, curso de fídoximicina. À 4ª recorrência e já com critérios de gravidade clínica admitiu-se ineficácia da antibioterapia e planeou-se realização de TF, com elaboração de protocolo: seleção de familiar dador saudável; preparação laboratorial da colheita; ileocolonos-copia e instilação do preparado no ileon terminal, cólon ascendente, transverso, descendente e sigmoide. O procedimento foi simples, seguro e rapidamente eficaz: a doente teve alta ao 7º dia pós-TF e encontra-se livre de doença ao 6º mês de *follow-up*.

Os autores detalham o protocolo elaborado para

uso na nossa instituição e apresentam extensa documentação iconográfica do procedimento, sublinhando a exequibilidade da técnica, que apenas exige preparação laboratorial simples e treino endoscópico.

CC 07

PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO HEPÁTICO: O GRANDE MIMETIZADOR

Bárbara Morão; Maria Pia Costa Santos; Catarina Fidalgo; Luísa Glória; Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A doença associada a IgG4 é uma doença autoimune com envolvimento multissistémico em > 60% dos casos. O pseudotumor inflamatório é uma das manifestações hepáticas, podendo mimetizar doença maligna.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, melanodérmica, natural de Angola. Com infeção por VIH1 desde 2007 sob terapêutica antirretroviral desde Jan/2017, com boa adesão e carga viral indetetável, e diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada desde Dez/2018. Recorreu ao serviço de Urgência por quadro de astenia, icterícia, colúria e prurido com 2 meses de evolução, sem febre ou dor abdominal, associada a perda ponderal de 15 Kg no último ano. Analiticamente com alteração de novo das provas hepáticas (bilirrubina total 10.10mg/dL, fração conjugada 7.44mg/dL, AST 148UI/L, ALT 112UI/L, FA 1038UI/L, gGT 712UI/L), sem leucocitose e PCR 2.07mg/dL. Fez TC toraco-abdómino-pélvica que revelou dilatação das vias biliares intra-hepáticas e área hipodensa de 91 x 35 mm na placa hilar. A RM-hepática revelou uma lesão de limites mal definidos, hipointensa em T1 e sem tradução em T2, envolvendo a via biliar principal, ducto hepático comum e bifurcação, com extensão ao parênquima hepático adjacente e envolvimento da artéria hepática em 180º e do ramo esquerdo da porta. Tinha marcadores tumorais (Ca19.9, CEA e AFP) e IgG4 sérica normais. Admitiu-se o diagnóstico de provável colangiocarcinoma. Para confirmação diagnós-

tica, realizou biópsia hepática ecoguiada que mostrou lesões de colangite ativa com fibrose e infiltrado de plasmócitos, achados sugestivos de pseudotumor inflamatório. Foi realizada determinação de IgG4 em estudo imunocitoquímico que revelou 21 plasmócitos positivos por campo de grande aumento. Iniciou corticoterapia com prednisolona 40mg/dia durante 3 semanas, com posterior desmame, verificando-se normalização da bilirrubina e transaminases e da dilatação das vias biliares na TC.

Conclusão: A biópsia hepática com infiltrado linfoplasmocítico compatível é essencial para o diagnóstico de pseudotumor inflamatório, uma vez que cerca de 30% dos doentes apresentam IgG4 sérica normal. A doença associada a IgG4 pode ocorrer em indivíduos imunocomprometidos com infecção VIH, não se conhecendo atualmente qual o papel da infecção no desenvolvimento da doença, nas suas manifestações orgânicas ou na sua resposta ao tratamento. O tratamento consiste na corticoterapia, com recorrência após suspensão em 50% dos casos (formas multissistêmicas).

CC 08

HIPERTENSÃO PORTAL NÃO CIRRÓTICA EM DOENTE URO-ONCOLÓGICO

Inês Costa Santos; Cristiana Sequeira; Mariana Coelho; Eduardo Dantas; Gonçalo Mendes; Alexandra Gaspar; Clara Rosa; Eugénio Dias; Ermelinda Pedroso; Cláudio Martins; Ana Paula Oliveira

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Setúbal

A investigação etiológica da hipertensão portal na ausência de cirrose, doença hepática primária ou trombose esplâncnica representa um desafio para o gastrenterologista. As lesões granulomatosas são causas intra-hepáticas raras a ter em consideração quando o estudo clássico é negativo.

Os autores relatam o caso de um homem de

78 anos com história recente de ressecção transuretral de carcinoma urotelial vesical sob imunoterapia com BCG intravesical, internado no serviço de Medicina Interna por síndrome febril indeterminado e quadro consumptivo. Analiticamente destacava-se pancitopénia, disfunção hepática de predomínio colestático, hipoalbuminémia e elevação das VS e PCR. Por intercorrência de hemorragia digestiva alta, foi submetido a EDA que revelou gastropatia hipertensiva portal grave do fundo e corpo. Do estudo etiológico realizado de destacar ausência de hábitos etanólicos, serologias negativas para agentes hepatotrópicos (VHA, VHB, VHC, VIH, CMV, EBV, VHS, parvovírus, Brucella, Borrelia e Leptospira), estudo metabólico e autoimune negativos, doseamento da enzima de conversão da angiotensina normal, estudos bacterio e micobacteriológicos do sangue periférico e medular sem isolamento de agentes. A TAC toraco-abdominopélvica mostrou hepatoesplenomegália homogénea e ectasia da veia porta; sem evidência de lesões neoproliferativas ou trombose do território porto-esplenomesaraico. Procedeu-se a biópsia hepática que evidenciou inflamação lobular e portal com presença de abundantes granulomas epitelióides, sem necrose central, com células gigantes do tipo de Langerhans; sem documentação de fibrose. A biópsia óssea realizada para complemento do estudo etiológico da pancitopénia pôs em evidência os mesmos granulomas. Neste sentido, assumiu-se o diagnóstico de hepatite granulomatosa pós BCG intravesical, complicada de hipertensão portal, tendo-se planeado início de terapêutica tuberculostática, não concretizada por intercorrência cardiovascular fatal. Destaca-se um caso singular de hepatite granulomatosa secundária à disseminação de *Mycobacterium bovis* pós instilação de BCG intravesical, um efeito sistémico raro, mas potencialmente fatal, de uma imunoterapia amplamente utilizada no tratamento do carcinoma urotelial.

CC 09

UMA CAUSA INESPERADA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

Eduardo Dantas; Mariana Coelho;
Cristiana Sequeira; Inês Santos; Cláudio Martins;
Cláudia Cardoso; Ana Paula Oliveira
Hospital São Bernardo - Centro Hospitalar de Setúbal

Os autores reportam o caso de um homem de 81 anos com cirrose por esteato-hepatite não alcoólica, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de mal-estar geral, confusão mental e vômitos. O exame objetivo revelou a presença de ascite moderada e sinais inflamatórios ao nível do primeiro dedo do pé esquerdo. Analiticamente com anemia ligeira, lesão renal aguda, hipercaliémia e ligeira elevação dos parâmetros inflamatórios. Iniciou expansão de volémia com albumina, correção de potássio com poliestireno sulfonato de sódio e antibioterapia empírica com ceftriaxone, com evolução inicial favorável e normalização analítica ao terceiro dia de internamento.

Ao sétimo dia de internamento, desenvolveu quadro de rectorragias de grande volume, com taquicardia associada; fez colonoscopia, que revelou sangue vivo no cólon esquerdo, com origem em lesão polipóide com cerca de 5 cm de extensão, com zonas violáceas e coágulos aderentes. Foram realizadas biópsias, que mostraram zona de ulceração e material heterólogo compatível com kaliexalato (poliestireno sulfonato de sódio). Repetiu exame endoscópico após uma semana, com visualização de área de ulceração circunferencial com cerca de 5 cm no cólon descendente, em re-epitelização.

Destaca-se o caso pela complicação rara e potencialmente perigosa de uma terapêutica utilizada habitualmente na prática clínica.

CC 10

AMILOIDOSE GASTROINTESTINAL – UM CASO RARO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Pedro Campelo; Joana Roseira; Marta Eusébio;
Tânia Gago; Ana Catarina Cunha; Paulo Caldeira;
Bruno Peixe; Francisco Velasco; Horácio Guerreiro
*Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar
Universitário do Algarve*

Introdução: A amiloidose é uma entidade que se caracteriza por deposição extracelular anómala de substância proteica fibrilar e insolúvel e que engloba múltiplas etiologias. O envolvimento gastrointestinal com tradução clínica é raro na amiloidose e apresenta manifestações clínicas inespecíficas, representando um desafio diagnóstico e terapêutico.

Descrição do caso: Homem de 83 anos, admitido no serviço de Urgência por hematemeses e melenas. Antecedentes de linfoma não-Hodgkin linfoplasmocítico em tratamento paliativo, doença renal crónica terminal em programa hemodialítico, insuficiência cardíaca e diabetes mellitus tipo 2. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável. Analiticamente destacou-se anemia normocítica normocrómica (Hb 6,6 g/dL). Após suporte transfusional, realizou-se endoscopia digestiva alta onde se visualizou mucosa gástrica eritematosa e equimótica no corpo e fundo com hemorragia espontânea difusa de baixo débito e duas úlceras no corpo gástrico (uma de 4 mm Forrest III e outra de 8 mm Forrest IIc). Foi medicado com inibidor da bomba de prótons, com persistência de hemorragia e necessidade frequente de suporte transfusional. O exame anatomopatológico de biópsias gástricas mostrou depósitos intersticiais na lâmina própria que após coloração positiva por vermelho do Congo confirmou o diagnóstico de amiloidose. A imunohistoquímica mostrou positividade mais intensa para a proteína AA. Optou-se por tratamento endoscópico com coagulação árgon plasma com controlo do quadro

clínico de hemorragia gastrointestinal e anemia após quatro sessões. Apesar desta evolução inicial favorável, o doente apresentou agravamento progressivo das patologias de base e intercorrências infecciosas, acabando por falecer em contexto de sépsis por pneumonia.

Conclusão: Destaca-se o caso pela sua raridade e pela eficácia do tratamento com coagulação árgon plasma da gastropatia hemorrágica secundária a amiloidose gastrointestinal, da qual não parecem existir na literatura outros casos descritos. Apresenta-se iconografia ilustrativa.

CC 11

PANCREATITE AGUDA NECROSANTE COMPLICADA COM OCLUSÃO INTESTINAL

Flor de Lima M.; Nunes N.; Chálim Rebelo C.; Moura D.B.; Rama T.; Barcelos V.; Garrido D.; Costa Santos V.; Rego A.C.; Pereira J.R.; Paz N.; Costa H.; Duarte M.A.

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

A presença de ileus paralítico após pancreatite aguda é uma entidade comum, no contexto do estado pró-inflamatório inerente. Com a resolução do quadro é esperado o restabelecimento do trânsito intestinal. A drenagem de coleções peripancreáticas poderá estar indicada, mediante a persistência de sintomas, falência orgânica ou de infeção. A oclusão intestinal mecânica é uma complicação rara de pancreatite aguda.

Doente do sexo masculino, 68 anos, com o diagnóstico de pancreatite aguda necrosante grave, de etiologia desconhecida. Tinha como antecedentes pessoais história de etilismo crónico em abstinência e asma. No contexto de falência multiorgânica (cardiovascular e respiratória, score de Marshall modificado inicial de dois pontos), foi admitido em unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde permaneceu internado durante 171 dias, apresentando quadro de insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva prolongada e realização de traqueostomia, suporte aminérgico, nutrição parentérica total, assim como

múltiplas intercorrências infecciosas. Em TC abdomino-pélvico foram identificadas múltiplas coleções pancreáticas e peripancreáticas de necrose organizada. Foi submetido a três procedimentos de drenagem guiada por ecoendoscopia, nas quais foram colocadas prótese duplo pigtail e duas próteses *lumen-apposing*. Apesar das drenagens efetuadas, o doente manteve reduzida tolerância à nutrição entérica. Tendo como hipótese diagnóstica inicialmente ileus paralítico pós-pancreatite aguda e posteriormente compressão por coleções necróticas peripancreáticas, não se verificou melhoria clínica apesar da drenagem endoscópica das coleções supracitadas. Por diarreia prolongada, realizou colonoscopia total com ileoscopia que revelou estenose do íleon terminal. Em TC abdominal realizada posteriormente foi observada dilatação das ansas a montante, confirmando a suspeita de oclusão intestinal. O doente foi submetido a laparotomia exploradora, com lise de múltiplas bridas e aderências e realização de ileostomia terminal. Assistiu-se a uma evolução clínica favorável, com tolerância progressiva da alimentação entérica e oral.

Perante um caso de pancreatite aguda com evolução desfavorável dever-se-á manter elevado grau de suspeição para outras entidades clínicas ou complicações associadas.

CC 12

CARCINOMA PAVIMENTOCELULAR SOBRE VARIZES ESOFÁGICAS – UM DESAFIO

Catarina Martins da Cunha; Tânia Gago; Joana Roseira; Pedro Campelo; Bruno Peixe; Paulo Caldeira; Horácio Guerreiro

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: Dentro do cancro esofágico, o tipo pavimento-celular (CPC) é o mais comum. Para o seu desenvolvimento contribuem fatores de risco bem documentados, nomeadamente o consumo de álcool, que predispõe igualmente a outras patologias como a cirrose hepática.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente do género masculino de 60 anos com antecedentes de cirrose hepática alcoólica e tabagismo que na endoscopia digestiva alta (EDA) de rastreio de hipertensão portal apresentava, para além de varizes esofágicas no terço distal, achados compatíveis com esófago de Barrett (C3M3, classificação de Praga). A montante, cerca dos 34 cm dos incisivos, coexistia uma lesão plana do tipo Paris Ila+c com 10 mm passível de biópsia e que histologicamente correspondia a CPC in situ. O estadiamento por tomografia computadorizada apontava para um cT1NOMO corroborado pela ecoendoscopia que, por sua vez, descrevia a existência de múltiplos vasos colaterais à lesão prenunciando um elevado risco de complicações decorrentes duma eventual ablação/resseção endoscópica. Após discussão do caso optou-se pela laqueação elástica do cordão varicoso subjacente à lesão com o intuito de a englobar e, dessa forma, ressecar. Nas EDA de vigilância com *white light* não se identificou lesão residual macroscópica, tendo-se complementado a avaliação por cromoscopia eletrónica (*Narrow Band Imaging*) que tornou evidente uma discreta depressão da mucosa em sede da referida lesão e cujas biópsias mostraram displasia de baixo grau.

Conclusão: Este caso realça a dificuldade em manejar um doente cujas patologias se podem sobrepor de tal forma que comprometem a abordagem terapêutica convencional obrigando a repensar alternativas face às recomendações. Deste modo, pretendemos discutir qual a orientação mais adequada numa situação tão peculiar como esta.

CC 13

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM DOENTE CIRRÓTICO – UMA CAUSA INESPERADA

Gonçalo Alexandrino; Maria Ana Rafael; Maria Luísa Figueiredo; Luís C. Lourenço; Rita Carvalho; Sara Alberto; Alexandra Martins
Serviço de Gastreenterologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Doente do sexo masculino, 63 anos, história de cirrose alcoólica. Apresentou um episódio de hemorragia digestiva alta (HDA) 4 anos antes, por rotura de variz gástrica IGV1, sem outras descompensações. Apresentava ainda história de aneurisma da aorta abdominal, submetido a colocação de endoprótese aórtica 2 anos antes. Recorre ao serviço de urgência por hematemeses. À observação apresentava palidez, sem outras alterações. Analiticamente destacava-se Hb 7,1 g/dL. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou varizes esofágicas grandes com aparente ponto de rotura, tendo sido submetido a laqueação elástica (LEVE). Posteriormente registou-se descida da Hb e mau rendimento transfusional (Hb persistentemente entre 6-7 g/dL), apresentando ao 2º dia hematoquézias. Repetiu EDA que evidenciou apenas escaras de LEVE. Retossigmoidoscopia sem alterações. No dia seguinte realizou colonoscopia, também sem alterações. No dia seguinte, apresenta hematemeses e hematoquézias, com instabilidade hemodinâmica. Repetiu EDA: abaulamento da mucosa na transição D2-D3, com coágulo aderente. Pela suspeita de fístula aorto-entérica (FAE) realizou angio-TC abdominal: aneurisma da aorta infra-renal, leak da prótese aórtica, bolhas de ar entre D3 e o aneurisma e densidades hemáticas no tubo digestivo. Foi submetido a correção do defeito vascular e rafia duodenal. No pós-operatório, teve evolução clínica favorável. Após 6 meses não teve novos episódios de HDA ou descompensação da cirrose. A FAE é uma causa rara de HDA. Pode ser primária, por comunicação espontânea entre um aneurisma aórtico e

ansa intestinal, ou secundária, após manipulação aórtica. O local mais comum da FAE secundária é em D3-D4 (80%). A manifestação mais frequente da FAE é a HDA. O método de diagnóstico de primeira linha geralmente é a EDA, que, no entanto, detecta a FAE em menos de 50% dos casos. Na maioria dos casos, a TC com contraste permite o diagnóstico. O tratamento é cirúrgico, com mortalidade pós operatória precoce elevada (30%). Apesar da hemorragia varicosa ser a principal causa de HDA em doentes com hipertensão portal (70%), este caso revela a importância de considerar diagnósticos diferenciais de HDA nestes doentes. Salienta-se ainda a importância de considerar o diagnóstico de FAE em doentes submetidos a cirurgia aórtica que se apresentam com HDA, bem como ter presente que na maioria dos casos a EDA não detecta a FAE. O caso faz-se acompanhar das respectivas imagens endoscópicas e radiológicas.

CC 14

ENVOLVIMENTO DUODENAL POR VASCULITE – UMA CAUSA DESAFIANTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA RECORRENTE

Gonçalo Alexandrino; Maria Ana Rafael; Anna Lima; Afonso Santos; Rita Carvalho; Isabel Mesquita; Alexandra Martins

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Doente de 70 anos, admitido por hematuria macroscópica e lesão renal aguda, com evolução rápida para anúria e dependência de diálise. O estudo nefrológico revelou vasculite pANCA, com critérios de gravidade desde a apresentação, refractária a terapêutica imunossupressora múltipla. Além da disfunção renal e desnutrição severa, durante o internamento o doente apresentou diversos quadros de hemorragia digestiva alta (HDA), manifestada por melenas, queda da Hb (valor mínimo 5,2 g/dL) e repercussão hemodinâmica.

A primeira endoscopia digestiva alta (EDA) documentou mucosa do bulbo e D2 edemaciada

e ulcerada de forma contínua e circunferencial. Este padrão estendia-se distalmente por cerca de 5cm. A hemorragia era difusa, em várias áreas do bulbo e D2. As biópsias duodenais mostraram edema e congestão vascular da lâmina própria, identificando-se na submucosa infiltrado inflamatório misto, com raros eosinófilos, de predomínio peri-vascular condicionando lesões de necrose fibrinoide, aspectos sugestivos de envolvimento duodenal por vasculite.

Durante o internamento foram realizadas 9 EDAs múltiplas terapêuticas endoscópicas eficazes (adrenalina, *clips*, *hemospay*), registando-se posteriormente, no entanto, recidiva hemorrágica. Realizou adicionalmente colonoscopia com ileoscopia terminal, videocápsula endoscópica e enteroscopia de pulsão, que excluíram envolvimento de outras porções do tubo digestivo.

Na impossibilidade de terapêutica médica e endoscópica eficaz, realizou arteriografia para embolização empírica da artéria gastroduodenal, não possível por estenose do tronco celíaco. Nesta intervenção, bem como em angio-TC, não foram documentados focos hemorrágicos. Houve necessidade de realização de mais de 30 UCE durante o internamento.

O envolvimento duodenal da vasculite e os quadros recorrentes de HDA foram os eventos dominantes do quadro clínico, não tendo sido possível terapêutica endoscópica, médica e radiológica eficaz, tendo o doente acabado por falecer cerca de 2 meses após a admissão.

A vasculite ANCA é um grupo de doenças autoimunes que afectam primariamente os pequenos vasos. Tipicamente, a doença afecta múltiplos órgãos, em particular o rim e pulmão. O envolvimento gastrointestinal está associado a mau prognóstico. A abordagem da hemorragia gastrointestinal recorrente, uma complicação rara e grave da vasculite ANCA, permanece um desafio.

O caso faz-se acompanhar da respetiva iconografia, nomeadamente endoscópica, radiológica e histológica.

CC 15

FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA PÓS REMOÇÃO DE BOTÃO DE GASTROSTOMIA

– COMO RESOLVER?

Catarina Martins da Cunha; Tânia Gago;
Joana Roseira; Pedro Campelo; Ana Margarida Vaz;
Bruno Peixe; Paulo Caldeira; Horácio Guerreiro
*Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar
Universitário do Algarve*

Introdução: As fístulas gastrocutâneas são uma reconhecida complicação decorrente da remoção do dispositivo de gastrostomia e são classificadas como persistentes se se mantiverem patentes findo um mês. De entre os fatores de risco associados à sua ocorrência destacamos o tempo de permanência da gastrostomia como o de maior valor preditivo.

Caso clínico: Trata-se de uma doente de 17 anos com antecedentes de fibrose quística e transplante pulmonar bilateral submetida a colocação de gastrostomia por via cirúrgica há três anos. Em janeiro deste ano procedeu-se à remoção do botão de gastrostomia verificando-se, contudo, um extravasamento permanente de conteúdo entérico pela fístula gastrocutânea. Deste modo, e priorizando uma abordagem menos invasiva, avançamos com a tentativa de encerramento do trajeto fistuloso por via endoscópica através da coagulação com argon plasma nos bordos do orifício seguida da aplicação de dois clips. Embora com melhoria inicial do quadro, constatou-se recidiva da drenagem com a progressão na dieta. Nesta fase, optámos por nova tentativa de encerramento endoscópico em detrimento da estratégia cirúrgica, uma decisão ponderada tendo em consideração o status de imunossupressão da doente. Assim sendo, prosseguimos com a colocação de um over-the-scope clip (OTSC) de 10 mm possibilitando o encerramento da fístula e permitindo manter, aos 2 meses de seguimento, a nutrição entérica per os.

Conclusão: O dispositivo OTSC tem emergido

como uma alternativa segura e eficaz no encerramento de fístulas gastrocutâneas, nomeadamente em relação aos clips hemostáticos convencionais. Apesar dos dados acerca da sua utilização em população jovem e em contexto de gastrostomia cirúrgica serem escassos, cremos que a sua utilização poder-se-á tornar uma alternativa terapêutica formal nesta indicação.

CO 01

ESCLEROSE COM POLIDOCANOL ESPUMOSO NA DOENÇA HEMORROIDÁRIA – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Luísa Martins Figueiredo; Filipa Bordalo Ferreira; Maria Ana Rafael; Gonçalo Alexandrino; Alexandra Martins; Ana Maria Oliveira
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: As hemorróidas internas são estruturas vasculares que se localizam acima da linha pectínea. As queixas mais comuns associadas são hemorragia durante a defecação, prurido, prolapso ou escorrência. Estas classificam-se (classificação de Goligher) em grau I a IV. A laqueação elástica (LE) e a escleroterapia são as duas terapêuticas instrumentais mais realizadas. Embora a LE seja considerada mais eficaz no alívio sintomático do que a escleroterapia com a maioria dos esclerosantes, têm-se verificado resultados promissores com a escleroterapia utilizando polidocanol espumoso 2%.

Objetivos: O presente estudo teve como objetivo avaliar a eficácia e a segurança do polidocanol espumoso no tratamento das hemorróidas internas sintomáticas.

Métodos: Estudo retrospectivo a partir de uma base de dados colhida prospetivamente de doentes observados em consulta de proctologia do departamento de Gastroenterologia de um centro hospitalar entre Janeiro de 2017 e Julho de 2019. O mesmo gastroenterologista tratou todos os doentes. Os critérios de inclusão foram idade ≥ 18 anos; hemorróidas internas graus I, II ou III; consentimento informado por escrito. Os critérios de exclusão foram idade < 18 anos, fissura anal, infeção/supuração anal, trombose hemorroidária e alergia conhecida ao polidocanol.

O sucesso foi definido como redução autorreferida ou desaparecimento da hemorragia e prolapso no final do *follow-up*, sem grandes complicações.

Resultados: Foram incluídos 243 doentes, 130 (53,5%) do sexo masculino, idade média de 61,6 anos. 33 doentes (13,6%) apresentavam hemorróidas grau I; 176 (72,4%) grau II e 34 (14%) grau III.

69 doentes (28,4%) estavam medicado com anticoagulantes e/ou antiagregantes.

Obteve-se sucesso terapêutico em 88,8% ($n = 151$) dos doentes. 73 doentes aguardam consulta após tratamento. O *follow-up* médio foi de 50,7 semanas.

O sucesso terapêutico não foi influenciado pelo facto dos doentes estarem medicados com antiagregantes ou anticoagulantes ($p = 0,380$).

Registaram-se complicações em 9 (5,3%) doentes: dor leve a moderada, associada a trombose hemorroidária externa ($n = 6$), desconforto perianal ($n = 1$), hemorragia imediata pós procedimento ($n = 1$) ou proctalgia defecatória ($n = 1$).

9 (5,3%) doentes foram encaminhados para cirurgia.

Conclusão: O polidocanol espumoso demonstrou ser uma terapêutica eficaz e segura no controlo da doença hemorroidária sintomática, mesmo em doentes a fazer terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes.

CO 02

INDICADORES DE QUALIDADE EM COLONOSCOPIA: O PAPEL DA AUDITORIA E DO FEEDBACK

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

Introdução: Na última década, as sociedades de endoscopia digestiva definiram a qualidade em colonoscopia como uma prioridade na sua agenda, dada a discrepância significativa entre gastroenterologistas/unidades de endoscopia no que concerne à taxa de entubação cecal, taxa de deteção de adenomas ou qualidade da lim-

peza intestinal. Neste sentido, foi identificado um conjunto de indicadores de qualidade que permitiam aferir o desempenho do gastroenterologista ou da unidade de endoscopia, com o objetivo de implementar medidas de otimização da performance. Os estudos de auditoria para avaliação destes indicadores, com posterior divulgação dos resultados (*feedback*), poderão melhorar a performance individual e coletiva.

Objetivo: Avaliar o impacto da auditoria interna e posterior apresentação dos resultados nos indicadores de qualidade em colonoscopia

Métodos: Estudo de intervenção realizado num grupo de gastroenterologistas e internos de gastroenterologia. Seleccionada uma amostra aleatória de 350 colonoscopias de utentes com ≥ 50 anos encaminhados para realização de colonoscopia de rastreio ou diagnóstica entre Setembro/2017 e Agosto/2018, e avaliação dos indicadores de qualidade de acordo com as recomendações da ESGE (2017). Em Novembro/2018, foram apresentados os resultados da auditoria ao grupo. Posteriormente, foi seleccionada do mesmo modo outra amostra de 350 colonoscopias realizadas entre Janeiro/2019 e Setembro/2019.

Resultados: Incluídos 700 utentes (55% homens; idade média 67 ± 10 anos). 86% dos exames realizados sem sedação.

No grupo pós-intervenção, verificaram-se melhorias estatisticamente significativas no que concerne à taxa de entubação cecal (90,9% vs 94,9%, $p < 0,05$), fotodocumentação do orifício apendicular (65,4% vs 80,1%, $p < 0,001$), referência à qualidade da limpeza intestinal (87,1% vs 99,1%, $p < 0,001$) e utilização de uma escala quantitativa para avaliação da limpeza (66,9% vs 92,9%, $p < 0,001$).

Também se verificou um incremento na taxa de deteção de pólipos (41,8% vs 47,2%) e de adenomas (33,3% vs 36,4%) após a intervenção, embora sem significado estatístico.

Conclusões: Na nossa amostra, o estudo de

auditoria interna e *feedback* permitiu aumentar a adesão dos gastroenterologistas aos indicadores de qualidade em colonoscopia. Se encarado como um processo dinâmico de aperfeiçoamento contínuo, este tipo de estudo pode ser útil para sensibilizar os gastroenterologistas para a adopção de estratégias de otimização da performance individual e coletiva.

CO 03

SERÁ QUE PODEMOS OPTIMIZAR O CEA COMO MARCADOR DE RESPOSTA NO CANCRO DO RECTO?

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

Introdução: O CEA é um biomarcador comumente usado no cancro colorectal (CCR), no entanto a sua utilização como valor prognóstico ainda é controverso. Estudos recentes têm demonstrado que o CEA produzido localmente pelas células tumorais tem maior valor prognóstico do que o CEA sérico. Neste sentido pretende-se utilizar o rácio CEA sérico/extensão tumoral (CEA/ExT) para corrigir o valor de CEA, que poderá refletir melhor a malignidade do CCR.

Objectivos: Pretende-se determinar se existe associação entre CEA/ExT e a resposta tumoral patológica em doentes com adenocarcinoma (ADC) do reto, submetidos a radio-quimioterapia neoadjuvante (RQT-NA), seguida de ressecção tumoral cirúrgica.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com ADC do recto submetidos a RQT-NA seguida de cirurgia curativa entre março/2012 e outubro/2017. Análise do CEA e da extensão tumoral para o cálculo CEA/ExT pré-tratamento, assim como da resposta patológica e downstaging tumoral nas peças operatórias após tratamento. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS v24.

Resultados: Incluídos 89 doentes, 60,7% homens, média de idade $63,8 \pm 10,42$ e 79,8%

dos doentes com PSO. Na maioria dos casos o tumor situava-se no recto baixo (43,8%) e tinha < 5cm (57,3%). A maioria dos doentes foram submetidos a cirurgia entre as 6-10 semanas após a RQT-NA (58,4%). Existiu boa resposta à RQT-NA em 41,6% dos doentes, downstaging-tumoral em 83,1% e resposta patológica completa em 23,6%. O CEA/ExT médio foi 2,01 ng/ml por cm. Na análise univariada, valores mais elevados de CEA/ExT relacionaram-se com o aumento do CA19.9 ($p = 0,04$), com a diminuição da hemoglobina ($p = 0,03$), com menor frequência de resposta patológica ($p = 0,04$) e com menor frequência de downstagingtumoral ($p = 0,02$). Na análise multivariada o CEA/ExT relacionou-se de forma independente com o downstagingtumoral (OR: 0,72; 95% IC-0.53-0.98, $p = 0.036$).

Conclusões: Valores mais baixos de CEA/ExT pré-tratamento parecem estar associados ao downstagingtumoral, podendo este parâmetro ser promissor como preditor de resposta mais favorável, nos doentes com ADC do recto submetidos a tratamento com RQT-NA.

CO 04

EFICÁCIA DA NUTRIÇÃO ENTÉRICA EXCLUSIVA (NEE) NA DOENÇA CROHN (DC) ADULTA, NAIVE E COMPLICADA

Joana Roseira; Helena Tavares de Sousa; Tânia Gago; Ana Catarina Cunha; Pedro Campelo; Francisca Pulido Valente; Horácio Guerreiro
Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ABC - Algarve Biomedical Center

Introdução: A NEE é terapêutica de primeira linha na DC pediátrica. Coortes selecionados de doentes adultos podem beneficiar de esquemas de indução de remissão com NEE.

Objetivo: Avaliar eficácia da NEE para indução de remissão na DC adulta, naive, ativa e complicada com fistula, abscesso ou estenose.

Material e métodos: Identificação de doentes com DC naive que fizeram esquema de indu-

ção de remissão apenas com NEE durante 6 semanas (2016-2019). Todos os doentes com confirmação de abscesso/fistulização cumpriram antibioterapia com/sem drenagem percutânea. Caracterização sociodemográfica, clínica e avaliação de outcomes: remissão clínica (CDAI < 150), melhoria endoscópica (SES-CD < 50%) ou imagiológica (enterografia) e variação de marcadores nutricionais e inflamatórios à semana 6 (hemoglobina, albumina, peso, leucocitose, PCR). Estatística (SPSS v25): paired *t-student test*

Resultados e conclusões: Estudados 6 doentes do sexo feminino (idade média 39 ± 22 anos) que cumpriram 6 semanas de NEE por DC complicada de estenose ileal ($n = 1$) ou doença penetrante ($n = 5$). Uma das doentes era gestante. Verificou-se 100% adesão terapêutica, sem efeitos adversos. Todos os doentes cumpriram critérios de remissão clínica e melhoria endoscópica/imagiológica à 6ª semana. Verificou-se uma melhoria global dos parâmetros nutricionais e inflamatórios (hemoglobina 9.1 vs. 10.7, $p = 0.02$; albumina 2.6 vs. 3.2, $p = 0.18$; peso 49.2 vs. 52.8, $p = 0.03$; leucocitose 12.2 vs. 7.3, $p = 0.01$; PCR 175.9 vs. 3.5, $p = 0.04$). Posteriormente os doentes iniciaram terapêutica de manutenção com anti-TNF em monoterapia ($n = 3$) ou combinação com imunossupressor ($n = 3$). Uma doente foi operada eletivamente com ressecção segmentar limitada (face ao estimado na imagiologia inicial). A NEE mostrou-se uma opção exequível e eficaz para indução de remissão na DC naive, ativa e complicada, sem os efeitos adversos potencialmente atribuíveis à corticoterapia ou cirurgia emergente. Importa a seleção de doentes motivados e uma estratégia de manutenção eficaz. É importante denunciar uma direção de investigação corroborada pela descritiva deste estudo, que aponta para uma melhoria em todos os parâmetros avaliados.

CO 05

AVALIAÇÃO NÃO INVASIVA DE FIBROSE HEPÁTICA – COMPARAÇÃO ENTRE ELASTOGRAFIA POR ARFI E SCORES SÉRICOS

Pedro Campelo; Marta Eusébio; Francisco Velasco; Tânia Gago; Joana Roseira; Ana Catarina Cunha; Horácio Guerreiro
Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário de Algarve

Introdução: A informação sobre o estadió da fibrose hepática é essencial na abordagem terapêutica, definição de prognóstico e seguimento dos doentes com infeção pelo vírus da hepatite C (VHC). A biópsia hepática tem sido tradicionalmente considerada o *gold-standard* na avaliação da fibrose hepática, no entanto, trata-se de um procedimento invasivo, com risco de complicações e sujeito a erros de amostragem. Estas limitações conduziram ao desenvolvimento de métodos não invasivos de avaliação da fibrose.

Objetivos: Avaliar a concordância entre o grau de fibrose hepática avaliada pela tecnologia ARFI (*Acoustic Radiation Force Impulse*) e por scores baseados em marcadores séricos.

Métodos: Seleccionados doentes da consulta de hepatologia com infeção por VHC e elastografia hepática por ARFI entre julho 2015 e julho 2019. Foram calculados os scores séricos *AST to Platelet Ratio Index* (APRI), *Fibrosis-4* (Fib-4), *AST-ALT Ratio* (AAR), *King's Score* e *Fibrosis Index* através de estudos analíticos peri-elastografia. A elastografia por ARFI foi realizada utilizando o ecógrafo Siemens Acuson S2000 - os valores *cut-off* definidos para os estadios de fibrose hepática foram: F ≥ 2 - 1.34 m/s; F ≥ 3 - 1.55 m/s; F4 - 1.80 m/s.

Resultados: Incluídos 287 doentes, sendo 72,9% do sexo masculino. A idade média foi de 49 anos ($\pm 10,23$). Relativamente ao genótipo do VHC: 74,5% genótipo 1, 1,8% genótipo 2, 15,7% genótipo 3 e 8% genótipo 4. A mediana do valor

ARFI foi de 1,41m/s (IQR 1,23-2,00). 40,3% dos doentes apresentou valor de ARFI correspondente a F0/1, 20,5% a F ≥ 2 , 10,4% a F ≥ 3 e 28,8% a F4. Verificou-se uma correlação positiva, estatisticamente significativa e moderada entre o ARFI e os scores séricos avaliados: APRI ($r_s = 0,56$; $p < 0,001$), Fib-4 ($r_s = 0,53$; $p < 0,001$), *King's Score* ($r_s = 0,59$; $p < 0,001$) e *Fibrosis Index* ($r_s = 0,50$; $p < 0,001$). O grau de concordância para avaliação de cirrose ou fibrose avançada entre ARFI e os scores séricos estudados foi: moderado com APRI ($K = 0,54$; $p < 0,001$), Fib-4 ($K = 0,45$; $p < 0,001$) e King's score ($K = 0,42$; $p < 0,001$) e baixo com AAR ($K = 0,14$; $p = 0,02$) e *Fibrosis Index* ($K = 0,27$; $p < 0,001$).

Conclusão: Verificou-se uma correlação significativa e moderada na avaliação da fibrose hepática entre a elastografia por ARFI e os scores séricos. A concordância entre o ARFI e a maioria dos scores séricos analisados na avaliação de cirrose permite uma validação mútua e vem reafirmar a sua utilização na prática clínica como alternativa à biópsia hepática.

CO 06

ISOLAMENTO DE MICROORGANISMOS NA BÍLIS EM DOENTES COM COLANGITE AGUDA

Bárbara Morão; Catarina Gomes; Rui Loureiro; António Alberto Santos; Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A antibioterapia empírica deve ser iniciada o mais precocemente possível nos doentes com colangite aguda, sendo a identificação do microorganismo causal e respetivo antibiograma essenciais para o tratamento adequado destes doentes. Nas últimas *guidelines* de Tokyo 2018 é recomendada por rotina a coleiha de bÍlis para exame cultural em todos os doentes, reservando as hemoculturas apenas para o contexto nosocomial.

Objetivo: avaliar se o isolamento de microorganismos na bÍlis é concordante com o isolamento em hemoculturas e se influencia a evolução clínica de doentes com colangite aguda.

Métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico incluindo todos os doentes com diagnóstico de colangite aguda (ICD9 e ICD10) submetidos a CPRE e com colheita de bÍlis para exame cultural, entre 2013 e 2018. Os outcomes definidos foram o tempo de internamento, taxa de reinternamento e morte. Análise estatística em SPSS v23.

Resultados: De um total de 304 doentes com colangite aguda submetidos a CPRE, foi realizada colheita de bÍlis em 6.6% (20/304) doentes que foram incluídos no estudo (50% homens com idade média de 77 ± 8 anos). A etiologia mais frequente foi patologia benigna (80%). A gravidade da colangite foi severa em 45% (9/20) dos casos, moderada em 45% (9/20) e ligeira em 10% (2/20) dos casos. As hemoculturas foram positivas em 75% dos doentes, com isolamento unimicrobiano. As culturas da bÍlis foram positivas em todos os doentes, com isolamento de 2 ± 1 microorganismos. Houve isolamento do mesmo microorganismo em cada meio em 53% (8/15) dos casos, com teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA) semelhante em 30% (6/15) dos casos. A antibioterapia foi ajustada em 80% (16/20) dos doentes, de acordo com o TSA das hemoculturas (31.3%) ou da bÍlis (68.8%). Não houve diferença no tempo de internamento ($p = 0.65$), taxa de reinternamento ($p = 0.57$) ou morte ($p = 0.62$) nos doentes em que o antibiótico foi ajustado de acordo com o TSA da bÍlis.

Conclusão: A colheita de bÍlis para exame cultural durante a CPRE foi realizada apenas numa minoria dos doentes (6.6%), com um rendimento de 100%. Foi isolado o mesmo microorganismo no sangue e na bÍlis em cerca de metade dos doentes, com um TSA concordante apenas em 30% dos casos. Nos doentes que ajustaram o antibiótico de acordo com o TSA da bÍlis não se verificaram diferenças no tempo de internamento ($p = 0.65$), taxa de reinternamento ($p = 0.57$) ou morte ($p = 0.62$), existindo, contudo, uma limitação associada ao reduzido tamanho da amostra.

CO 07

PREDITORES DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA NA CIRROSE HEPÁTICA

Catarina Frias Gomes, Bárbara Morão, Catarina Neto, Joana Nunes, Alexandre Ferreira, Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Os doentes com cirrose hepática têm maior risco de mortalidade pós-operatória. O *score* de Mayo foi desenvolvido para avaliar o risco de morte destes doentes após cirurgia maior. O nosso objectivo foi identificar factores de risco de mortalidade pós-operatória em doentes com cirrose hepática e aplicar o *score* de Mayo na nossa população.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo de doentes cirróticos operados num hospital distrital, entre 2013 e 2018. Incluídos doentes submetidos a cirurgia abdominal e extra-abdominal (ortopédica, vascular, ORL). Os outcomes primários foram mortalidade a 30 dias, 90 dias e 1 ano.

Resultados: Incluídos 66 doentes com cirrose hepática (93% sexo masculino; média idade $62,2 \pm 10,2$ anos; CHILD A 71,2%, CHILD B 28,8%, CHILD C 0). A etiologia mais frequente foi o álcool (84,8%). A maioria dos doentes foi submetido a cirurgia abdominal (63,9%) e 43,9% foram submetidos a cirurgia urgente. A taxa de mortalidade a 30 dias, 90 dias e 1 ano foi de 4,5%, 9,1% e 12,1%, respectivamente. Nenhum factor influenciou a mortalidade a 30 dias. Necessidade de cirurgia urgente (100% vs 0%, $p = 0,005$), ASA > III (66,7% vs 33%, $p = 0,008$), MELD (OR 1,20 IC 95% 1,01-1,4, $p = 0,03$) e MELD Na (OR 1,25 IC 95% 1,04-1,50, $p = 0,02$) associaram-se a maior taxa de mortalidade a 90 dias. A albumina foi factor protetor (OR 0,22 IC 95% 0,07-0,99, $p = 0,04$) na mortalidade a 1 ano. A área sob a curva utilizando o *score* de Mayo como preditivo de mortalidade a 90 dias e 1 ano foi respectivamente 0,85 (IC 95% 0,76-0,95, $p = 0,005$) e 0,76 (IC 95% 0,6-0,9 $p = 0,02$).

Conclusão: Neste coorte de doentes com cirrose hepática CHILD A e B, a necessidade de cirurgia urgente, ASA > III, MELD e MELD Na associaram-se a maior mortalidade. O *score* de Mayo apresentou bom poder discriminativo de mortalidade a 90 dias e 1 ano.

CO 08

COLEDOCODUODENOSTOMIA COM PRÓTESE LUMEN-APPOSING – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Flor de Lima M; Nunes N; Chálim Rebelo C; Moura DB; Costa Santos V; Rego AC; Pereira JR; Paz N; Duarte MA

Serviço de Gastrenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

A drenagem biliar guiada por ecoendoscopia é uma alternativa quando a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) não é conseguida. A realização de coledocoduodenostomia guiada por ecoendoscopia (EUS-CDS) com prótese metálica *lumen-apposing* (Hot AXIOS™, Boston Scientific), procura simplificar a técnica e minimizar a taxa de efeitos adversos. Pretende-se, com este estudo, avaliar o sucesso clínico e técnico dos casos de EUS-CDS com LAMS (Hot AXIOS™, Boston Scientific), efetuadas no nosso serviço.

Procedeu-se a uma avaliação retrospectiva e unicêntrica dos casos de EUS-CDS por LAMS (Hot AXIOS™ 6 x 8 mm, Boston Scientific) realizados até à data. Foram avaliadas a taxa de sucesso técnico, definida pela correta colocação da prótese, e a taxa de sucesso clínico, definida pela descida de pelo menos 50% no valor da bilirrubina basal em duas semanas.

Analysaram-se nove casos de obstrução biliar maligna distal: oito casos de neoplasia do pâncreas e um caso de ampuloma. Em sete casos a CPRE prévia não foi conseguida: Quatro por falha na canulação e três por deformação duodenal. Dois casos foram realizados por abordagem ecoendoscópica direta. O diâmetro médio da via biliar principal era de 17 mm. Os pro-

cedimentos tiveram uma duração média de 11 minutos. A taxa de sucesso técnico e clínico foi de 89%. Em dois casos ocorrem complicações associadas à técnica: Um caso de libertação inadvertida da extremidade proximal da prótese na cavidade abdominal; noutro colangite aguda três dias após procedimento, resolvida com antibioterapia. O tempo de *follow-up* médio foi de 108 dias, tendo este terminado em sete dos casos no momento do óbito.

Nesta série verificou-se elevada eficácia técnica e clínica da EUS-CDS utilizando LAMS (Hot AXIOS™, Boston Scientific), apesar de limitada pela reduzida amostra. Salienta-se o papel da ecoendoscopia não só como alternativa à CPRE, mas também como abordagem de primeira linha na drenagem biliar paliativa da obstrução biliar maligna.

CO 09

COMO OTIMIZAR A PREPARAÇÃO INTESTINAL EM DOENTES INTERNADOS?

Tiago Leal; Sofia da Silva Mendes; Pedro Bernardes Antunes; Margarida Gonçalves; Dalila Costa; Paula Peixoto; Ângela Rodrigues; Bruno Gonçalves; Dália Fernandes; Rita Seara Costa; João Bruno Soares; Ana Rebelo; Ana Célia Caetano; Anibal Ferreira; Carla Rolanda; Nuno Dias; Bruno Arroja; Raquel Gonçalves
Hospital de Braga

Introdução: A preparação intestinal adequada é um critério de qualidade em endoscopia digestiva baixa. No entanto, esta é muitas vezes deficiente, com implicações nefastas decorrentes de exames inconclusivos. Esta problemática é mais grave nos doentes em regime de internamento, devido a inúmeros fatores associados a esta população.

Objetivos: Avaliação da qualidade da preparação intestinal dos doentes submetidos a colonoscopia em regime de internamento e identificação de fatores preditivos de má preparação.

Métodos: Estudo prospetivo, observacional, que decorreu entre Junho 2018 a Junho 2019.

Selecionaram-se os doentes internados propostos para realização de colonoscopia total. Excluíram-se doentes em regime de urgência ou em caso de repetição de exame no mesmo internamento após exame prévio com má preparação. Foram registadas variáveis demográficas, comorbilidades, medicação, motivo e horário do exame. A qualidade da preparação foi avaliada segundo a escala de Boston. Foi realizada análise descritiva e análise uni e multivariada para identificação de fatores associados a má preparação intestinal. Considerou-se significância estatística para valores de $p < 0,05$.

Resultados: A amostra foi constituída por 113 doentes, com idade mediana de 70 (IQR = 21) anos e 50,4% do sexo masculino. A maioria dos doentes era autónoma para atividades da vida diária (AVD) ($n = 90$; 79,6%) e a mediana do Índice de comorbilidades de Charlston foi de 4 (IQR = 4). O motivo de exame mais frequente foi estudo de anemia ($n = 43$; 38,1%). Verificou-se preparação intestinal deficiente em 39,8% ($n = 45$) dos exames. Os fatores associados a má preparação intestinal na análise univariada foram a dependência para AVD ($p = 0,031$) e o horário do exame ($p = 0,030$), sendo que a autonomia para AVD (OR 2,94 IC 95% 1,12-7,75; $p = 0,029$) e a realização do exame no período da tarde (OR 2,58 IC 95% 1,12-5,94; $p = 0,026$) foram fatores preditivos de preparação adequada.

Conclusão: Verificou-se uma elevada taxa de má preparação intestinal, apesar de coincidente com estudos prévios em regime de internamento. Os doentes dependentes têm maior risco de preparação inadequada, bem como exames realizados no período da manhã. A consideração destes resultados no protocolo de preparação intestinal em doentes internados poderá contribuir para a sua otimização.

CO 10

IMPACTO DO TIPO DE SEDAÇÃO NA QUALIDADE DA COLONOSCOPIA – DADOS DE UM PROGRAMA REGIONAL DE RASTREIO DO CANCRO COLORRETAL DE BASE POPULACIONAL

Catarina Martins da Cunha¹; Tânia Gago¹; Joana Roseira¹; Pedro Campelo¹; Bruno Peixe¹; Carlos Cardoso²; Paulo Caldeira¹; Filomena Correia²; Horácio Guerreiro¹

¹Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ²Núcleo de Rastreamentos da Administração Regional de Saúde do Algarve

Introdução: O cancro colorretal (CCR) mantém-se uma importante causa de morte a nível mundial sendo a colonoscopia um exame essencial no rastreio de base populacional. Atualmente, é unânime a sua realização sob sedação profunda, tanto para conforto do doente como para garantir uma boa acuidade do exame. Contudo, existe atualmente evidência de que a qualidade do exame sob sedação superficial não seja inferior à da profunda.

Objetivos: Pretendemos determinar qual a implicação do tipo de sedação na taxa de deteção de adenomas e adenomas avançados (AA), bem como na taxa de intubação cecal numa população de risco padrão para CCR.

Materiais/Métodos: Estudo observacional de um programa piloto de rastreio do CCR de base populacional que indica a realização de colonoscopia total após pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) positiva por método imunológico. Definiram-se dois grupos consoante o tipo de sedação administrada: superficial se realizada com benzodiazepina, isoladamente ou em associação com analgésico opioide; profunda se foi administrado propofol por anestesista. Os AA referiam-se a adenomas com pelo menos uma das características: diâmetro ≥ 10 mm, componente viloso e/ou displasia de alto grau.

Resultados/Conclusões: Partimos duma população de 257 indivíduos com PSOF positiva dos quais 55% ($n = 142$) realizaram colonos-

copia. Destes, 64,8% (n = 92) eram homens. A idade mediana era 64 (57-70) anos. No global observamos uma taxa de intubação cecal de 93% (n = 132), taxa de preparação intestinal adequada de 94,7% (n = 125) e taxa de deteção de adenomas de 41,5% (n = 59), sendo que destes 54% (n = 32) eram AA.

Em 59,9% (n = 85) das colonoscopias foi realizada sedação profunda e em 40,1% (n = 57) sedação superficial, sendo a preparação intestinal idêntica em ambos os grupos.

Relativamente às variáveis estudadas, não observamos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos sedação profunda *versus* superficial quanto à taxa de intubação cecal (95,3% (81/85) *versus* 89,5% (51/57), p = 0,200), taxa de deteção de adenomas (43,5% (37/85) *versus* 38,6% (22/57), p = 0,559) e taxa de deteção de AA (21,2% (18/85) *versus* 24,6% (14/57), p = 0,636).

Apesar das limitações inerentes ao tipo de estudo e à dimensão da amostra, esta análise mostra que a sedação superficial pode ser uma alternativa segura e fiável a ser equacionada no âmbito da colonoscopia de rastreio. Não obstante, reconhecemos que para a sua implementação seria igualmente pertinente avaliar a satisfação e o conforto do utente.

CO 11

RECORRÊNCIA APÓS MUCOSECTOMIA FRAGMENTADA DE LESÕES COLORRECTAIS PLANAS: APLICABILIDADE DO SERT

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

Introdução: A mucosectomia endoscópica é a terapêutica de eleição nas lesões colorrectais planas não invasivas. Quando existe necessidade de proceder a uma excisão fragmentada, é necessária vigilância endoscópica, dado o risco

de recorrência. O *Sydney Endoscopic Mucosal Resection Recurrence Tool* (SERT) é uma escala de 0 a 4 pontos que classifica as lesões em função da sua dimensão, ocorrência de hemorragia durante a sua excisão e presença de displasia de alto grau (DAG).

Objetivo: Pretende-se avaliar a aplicabilidade do SERT na predição de adenoma recorrente nas lesões excisadas por mucosectomia fragmentada.

Material e métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico com inclusão de todas as lesões planas ≥ 20 mm com excisão aparentemente completa por mucosectomia fragmentada, sem tentativas prévias de ressecção, entre Março de 2010 e Fevereiro de 2018, com pelo menos uma vigilância endoscópica.

Resultados e conclusões: Incluídas 181 lesões, correspondentes a 174 doentes com idade média de 68 anos e predomínio do sexo masculino (61%). A localização mais frequente foi o cólon ascendente (34%), seguido do recto (20%). As lesões foram avaliadas segundo a classificação de Paris (CP): 0-Ila: 34%; 0-Ilb: 29%; 0-Ila + Is: 23%; 0-Ila + Ilb: 6%; 0-Ila+Ilc: 2%. O tamanho médio das lesões foi de 33mm, tendo 25 (14%) dimensões ≥ 40 mm. Verificou-se hemorragia intraprocedimento em 9 casos (5%) e DAG em 44 lesões (24%). A taxa global de recorrência adenomatosa aos 6 meses foi 16%. De acordo com a classificação SERT a taxa de recorrência foi a seguinte: lesões SERT = 0: 11% (14/122); SERT = 1: 18% (6/33); SERT = 2: 25% (3/12); SERT = 3: 30% (3/10); SERT = 4: 75% (3/4). Cumulativamente, a taxa de recorrência aos 24 meses foi 23%. A presença de adenoma recorrente aos 6 meses associou-se à dimensão das lesões ≥ 40 mm (p = 0,003) e à ocorrência de hemorragia intraprocedimento (p = 0,017). A DAG e a CP não mostraram relação com a recorrência. As lesões SERT = 0 apresentaram um risco significativamente menor de recidiva (p = 0,016), correspondendo a um valor preditivo negativo de

89% para adenoma recorrente aos 6 meses. Procedeu-se a ablação com APC nos bordos da escara em 37% das lesões, não se verificando relação com a recorrência. Em conclusão, a excisão de lesões planas por mucossectomia fragmentada apresenta uma taxa de recorrência considerável, sobretudo em lesões SERT ≥ 1 . As lesões SERT = 0 apresentam menor risco de recidiva, o que poderá possibilitar um prolongamento do intervalo de vigilância endoscópica.

CO 12

RESULTADOS DO PRECORTE POR FISTULOTOMIA COM FACA EM FUNÇÃO DA MORFOLOGIA ENDOSCÓPICA DA AMPOLA DE VATER E DO TAMANHO DA VIA BILIAR

João Fernandes¹; Marta Moreira¹; Dalila Costa^{1,2}; Telma Brito³; Gonçalo Alexandrino⁴; Tarcísio Araújo¹; Sílvia Giestas¹; Helena Ribeiro¹; David Horta⁴; Luís Lourenço⁴; José Ramada¹; Jorge Canena^{4,5}; Luís Lopes^{1,6,7}

¹Department of Gastroenterology, Santa Luzia Hospital - Unidade Local de Saúde Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal; ²Department of Gastroenterology, Braga Hospital, Braga, Portugal; ³Department of Surgery, Santa Luzia Hospital - Unidade Local de Saúde Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal;

⁴Department of Gastroenterology, Fernando Fonseca Hospital, Amadora, Portugal; ⁵Department of Gastroenterology – Nova Medical School/Faculty of Medical Sciences, Lisbon, Portugal; ⁶Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal; ⁷ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal;

Introdução: Estudos prévios sugerem que o sucesso e complicações do acesso biliar por fistulotomia com faca (NKF) dependem em grande parte da morfologia endoscópica da ampola de Vater e do tamanho da via biliar principal. No entanto, nenhum estudo abordou esse tópico.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo avaliar os resultados da NKF com base na morfologia da papila e no tamanho da via biliar principal.

Métodos: Este foi um estudo retrospectivo multicêntrico que incluiu uma série consecutiva de doentes submetidos a NKF precoce para acesso à via biliar, que decorreu entre Agosto de 2017 e Agosto de 2019. Avaliámos a taxa de sucesso e as complicações da NKF com base nos seguintes parâmetros: medidas transversais e longitudinais das papilas usando um método de medição visual; diâmetro da via biliar principal terminal medida a 1 cm da papila usando imagens fluoroscópicas (t-VBP). As papilas foram classificadas segundo uma classificação internacional previamente validada que inclui 7 categorias. Os resultados foram avaliados por modelos de regressão de resposta binária.

Resultados: Foram incluídos 251 pacientes submetidos a NKF, com uma mediana de idades de 75 anos (18-97), das quais 148 mulheres (59%). A NKF foi realizada em: 43 papilas do tipo flat (17,13%), 92 prominent tubular non-pleated (36,65%), 67 prominent tubular pleated (26,69%), 26 prominent bulging (10,36%), 3 intradiverticular (1,20%), 11 diverticular border (4,38%), 9 unusual (3,59%). A taxa de canulação foi de 96,41%. A taxa de complicações pós-CPRE foi de 7,96% (n = 20), com uma taxa de pancreatite = 5,97%, sem registo de óbitos. O sucesso e as complicações da canulação não foram significativamente diferentes em função das sete categorias de papilas. No modelo de regressão, a canulação e as complicações não são explicadas pela morfologia da papila nem pelo diâmetro terminal da VBP (*Overall F-Test* = 0,46; p < 0,80).

Conclusões: A canulação biliar e as complicações pós-CPRE não estão associadas à morfologia papilar ou ao tamanho distal da VBP. Desta forma a decisão de usar NKF para o acesso biliar não deve ser condicionada pela morfologia papilar.

Instantâneos endoscópicos

IE 01

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA ESOFÁGICA PÓS CIRÚRGICA

Nélia Abreu; Vítor Pereira; Rute Gonçalves;
Filipa Freitas; Filomeno Gomes; Goreti Faria;
Luís Jasmins
Hospital Central do Funchal

Historicamente, a abordagem cirúrgica foi considerada durante muitos anos o *gold standard* no tratamento das fístulas esofágicas, associando-se, contudo, a elevada morbimortalidade. Atualmente observamos a uma mudança de paradigma com a abordagem endoscópica a surgir como um método minimamente invasivo e promissor.

Apresentamos o caso clínico de uma criança do sexo feminino, com 5 anos e antecedentes pessoais de hérnia do hiato esofágico, por deslizeamento, congénita, submetida aos 2 anos de idade a Funduplicatura de Nissen e re-intervencionada aos 4 anos por recidiva. Cerca de 1 ano após da 2ª intervenção dá entrada no serviço de Urgência por um quadro de febre, dor abdominal intensa, no quadrante abdominal superior esquerdo, associado analiticamente a elevação significativa dos parâmetros inflamatórios. De modo complementar, realizou tomografia computadorizada que mostrou coleção infra-diafragmática esquerda, com nível hidroaéreo, medindo 58 x 55 x 30 cm de maiores eixos e aparente comunicação desta com o lúmen gástrico através de um trajeto fistuloso, com um calibre de cerca de 5 mm e uma expansão de aproximadamente 20 mm. Face aos achados imagiológicos, clínicos e analíticos, foi colocada como principal hipótese de diagnóstico: uma coleção abcedada subfrénica com fistulização para o lúmen gástrico.

Para caracterização dos achados fez endoscopia digestiva alta que evidenciou no 1/3 inferior do esófago, fio de sutura de cirurgia anterior, aderente à parede esofágica e em continuidade com orifício fistuloso, cuja migração terá estado

na origem da sua formação da fístula e consequente coleção.

Após discussão em equipa multidisciplinar, realizou endoscopia digestiva alta terapêutica, com recurso a endoscópio de duplo canal. Com o auxílio da pinça de corpos estranhos, procedeu-se ao isolamento e elevação do fio de sutura migrado na parede esofágica. Simultaneamente, através do canal acessório, utilizou-se a faca de dissecação com tração proximal da porção mais interna do fio de sutura com sucesso. Após o corte observaram-se dois fragmentos de fio de sutura que se recuperaram endoscopicamente. No final do procedimento procedeu-se ao encerramento do orifício fistuloso com 2 endoclips. Seguiu-se uma boa evolução clínica e analítica com TC de controlo 1 semana após procedimento a evidenciar regressão volumétrica da coleção abcedada, sem aparente solução de continuidade solução de continuidade com a cavidade gástrica.

IE 02

LITOTRÍCIA AVANÇADA GUIADA POR COLANGIOSCOPIA NUM DOENTE COM GASTRECTOMIA BILLROTH II

Marta Moreira¹; Dalila Costa^{1,2}; Telma Brito³;
João Fernandes¹; Tarcísio Araújo¹; Helena Ribeiro¹;
Sílvia Giestas¹; José Ramada¹; Jorge Canena⁴;
Luís Lopes^{1,5,6}

¹Department of Gastroenterology, Santa Luzia Hospital - Unidade Local de Saúde Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal; ²Department of Gastroenterology, Braga Hospital, Braga, Portugal; ³Department of Surgery, Santa Luzia Hospital - Unidade Local de Saúde Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal; ⁴Department of Gastroenterology – Nova Medical School/Faculty of Medical Sciences, Lisbon, Portugal; 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

Nesta imagem em Gastreenterologia apresentamos o vídeo de um homem de 73 anos referenciado para CPRE por coledocolitíase. O doente apresentava uma gastrectomia sub-total Billroth

II. Durante a CPRE não foi possível progredir em segurança através da ansa aferente com o duodenoscópio, pelo que se optou pela utilização de um gastroscópio convencional. A canulação biliar foi realizada com um cateter biliar. A colangiografia mostrou um cálculo com 14 mm na VBP. Para orientar a esfinterotomia com faca colocou-se uma prótese biliar de 5 Fr. Por fim, procedeu-se à tentativa de remoção do cálculo com um balão extrator e cesto de Dormia sem sucesso, tendo-se colocado uma prótese biliar plástica temporária. O doente foi submetido a uma 2ª CPRE, utilizando desta vez um gastroscópio terapêutico, para permitir a passagem do colangioscopio. Procedeu-se à litotricia do cálculo com laser Holmium guiada por *Spyglass* DS com sucesso e sem complicações.

A remoção endoscópica de cálculos grandes da VBP em doentes com gastrectomia Billroth II é difícil e complexa. Este é um dos primeiros doentes em que é descrito a utilização da litotricia assistida por *Spyglass* num doente com uma gastrectomia Billroth II. Descrevemos uma técnica com grau de complexidade III demonstrando várias adaptações técnicas para assegurar o êxito do tratamento.

IE 03

DRENAGEM ENDOSCÓPICA DE COLEÇÃO PERI-PANCREÁTICA APÓS COMPLICAÇÃO DE PANCREATECTOMIA DISTAL

Frederico Ferreira; Rui Silva; Cátia Leitão; José Soares

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local Saúde de Matosinhos

Introdução: A localização retroperitoneal e sua íntima relação com estruturas vasculares dificultam a ressecção pancreática e aumentam o risco de complicações cirúrgicas, sendo a fístula pancreática uma das principais.

Caso clínico: Mulher de 72 anos, com antecedentes de púrpura trombocitopénica idiopática e diabetes Mellitus tipo2. Em TAC abdominal identificada lesão no corpo pancreático com invasão

das artérias hepática e esplénica, localmente irrissecável, com histologia de adenocarcinoma. Iniciou quimioterapia neoadjuvante/paliativa, com redução da massa tumoral, tendo sido programada exploração cirúrgica. Submetida a pancreatectomia corpo-caudal e esplenectomia, inicialmente por laparoscopia com conversão para laparotomia por impossibilidade de isolar a veia esplénica. Laceração da veia porta com necessidade de rafia, com controlo hemostático. Duas semanas após por distensão abdominal, dificuldade de esvaziamento gástrico e elevação dos marcadores inflamatórios realizou TAC abdominal que revelou colecção peri-pancreática de 165 x 210mm de maiores dimensões. Foi colocado um dreno de 7Fr na colecção guiado por ecografia abdominal e foi aspirado líquido compatível com fístula pancreática. Após uma semana repetiu TAC abdominal que revelou aumento de dimensões da colecção.

De seguida foi realizada drenagem da colecção por ecoendoscopia com punção com agulha de 19Fr, aspirado líquido para análise bacteriológica, colocado fio guia de 0.035 e de seguida com cistótomo de 10Fr (Cook medical®) foi realizada cistogastrotomia ao nível da face posterior do corpo distal. Posteriormente dilatou-se o orifício cistogastrotomia com balão dilatador *through-the-scope* até 12 mm com saída de 1000 ml de líquido escuro. Colocou-se uma prótese plástica de 10Fr na colecção. Após 3 dias foi realizada extracção da prótese plástica e dilatou-se o orifício com balão dilatador *through-the-scope* até 18 mm, permitindo a passagem de endoscópio para dentro da loca peri-pancreática; realizou-se a inspecção e lavagem, com saída de algum pus mas sem identificação de necrose significativa. Colocou-se uma nova prótese plástica de 7Fr que foi removida após 10 dias com resolução completa da colecção.

Discussão: A drenagem de colecções com utilização de ecoendoscopia e a necrosectomia

endoscópica são meios minimamente invasivos de tratamento de complicações pós-operatórias que anteriormente necessitavam de re-intervenção cirúrgica com elevado risco de morbi-mortalidade associada.

IE 04

APOSIÇÃO DOS BORDOS – UMA TÉCNICA DE ENCERRAMENTO APÓS DISSECÇÃO DA SUBMUCOSA

Chálím Rebelo C.; Nunes N.; Flor de Lima M.; Moura D. B.; Pereira J. R.; Costa Santos V.; Rego A. C.; Paz N.; Duarte M. A.

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

A dissecação endoscópica da submucosa (DSM) é uma opção terapêutica na abordagem de lesões epiteliais e subepiteliais. Dentro das potenciais complicações estão a hemorragia, a perfuração e a peritonite. O encerramento das escaras após dissecação da submucosa está indicado em doente com elevado risco hemorrágico e em escaras de grandes dimensões. Além disso, o encerramento reduz o risco de síndrome pós-polipectomia.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, com 72 anos, com pólipó sésil (Paris 0-IIa) no recto, com 25 mm. Foi realizada DSM da lesão, com encerramento final por aposição dos bordos. A técnica de encerramento consiste na injeção da mucosa, com realização de duas incisões superficiais em faces opostas da mucosa, seguindo-se a aplicação de clip em cada uma das incisões. A aposição dos bordos e consequente encerramento da escara é feita com o fecho de um único *clip*.

As técnicas de encerramento são variadas e devem ser aplicadas de acordo com o tipo de lesão, a profundidade da ressecção e o risco de complicações do doente. O caso apresentado mostra a simplicidade da técnica, com encerramento completo da escara com a aplicação de um único *clip*.

IE 05

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO COM TÉCNICA ARMS-A

Chálím Rebelo C.; Nunes N.; Flor de Lima M.; Moura D. B.; Pereira J. R.; Costa Santos V.; Rego A. C.; Paz N.; Duarte M. A.

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

Apresentamos um caso de tratamento endoscópico de doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) com a técnica de anti-reflux mucosectomy (ARMS), empregada como opção em doentes com DRGE refractária à terapêutica com inibidores da bomba de prótons (IBP) e que recusam cirurgia. Para avaliação da gravidade clínica foi utilizado o questionário validado de diagnóstico de doença do refluxo (RDQ).

Trata-se de doente do sexo masculino, com 42 anos, com quadro de ardor retro-esternal, náuseas e vômitos pós-prandiais, RDQ de 20. A endoscopia digestiva alta mostrava esofagite péptica grau C (classificação de Los Angeles). O doente mantinha a sintomatologia e as alterações endoscópicas após 8 anos de seguimento e de otimização terapêutica com IBP.

A técnica consiste na aplicação de argon-plasma na mucosa circundante da junção gastroesofágica, na vertente gástrica, criando uma ulceração circunferencial da mucosa, levando a um estreitamento do hiato diafragmático. A cicatrização e consequente fibrose visa induzir um efeito análogo à funduplicatura.

Dois meses após o procedimento verificou-se melhoria da esofagite péptica para grau B. Na pH-metria de controlo houve diminuição do número de episódios de refluxo e a pontuação RDQ traduziu a melhoria clínica, sendo de 10 pontos.

A técnica ARMS-A poderá vir a tornar-se uma das opções de primeira linha no tratamento endoscópico da DRGE pela oportunidade de suspender o IBP, aliada à simplicidade da técnica e à possibilidade de um alívio sustentado das queixas.

IE 06

COLECISTODUODENOSTOMIA NA ABORDAGEM DA PATOLOGIA BENIGNA DA VIA BILIAR – THINKING OUTSIDE THE BOX

Chálim Rebelo C.; Nunes N.; Flor de Lima M.; Moura D. B.; Pereira J. R.; Costa Santos V.; Rego A. C.; Paz N.; Duarte M. A.

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

Doente do sexo feminino, 83 anos de idade, que recorreu ao serviço de Urgência por dor abdominal localizada no hipocôndrio direito, de agravamento progressivo, com início pós-prandial e um episódio de vômito aquoso. Sem outros sintomas associados. Antecedentes pessoais de diabetes, dislipidemia e hipertensão arterial. Analiticamente apresentava um padrão de citocolestase, com hiperbilirrubinemia de 3,15 mg/dL. A ecografia abdominal de urgência mostrou um foco hiperecótico com cone de sombra posterior, com 3.5 mm, no terço distal da via biliar principal.

Foi proposta para colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) direta, que mostrava um divertículo de grandes dimensões em D2, com impossibilidade de canulação da papila apesar do pré-corte com faca de Mori. Por agravamento do padrão de citocolestase e da hiperbilirrubinemia foi repetida CPRE cinco dias depois, mantendo-se impossibilidade de canulação da VBP. Foi colocada a prótese lumen-apposing Hot Axios 10 x 15mm por ecoendoscopia, criando assim uma colecistoduodenostomia com o objetivo de drenagem da via biliar e posterior *rendez-vous*. Após o procedimento assistiu-se a uma melhoria dos parâmetros analíticos, com normalização da bilirrubina. A doente faltou ao procedimento posterior e recusou remarcação.

As próteses *lumen-apposing* têm sido progressivamente utilizadas na abordagem da patologia benigna das vias biliares. Neste caso verifica-se uma obstrução biliar por coledocolitíase, com divertículo grande de D2 e impossibilidade de

canulação da VBP. Assim, a prótese lumen-apposing permitiu a descompressão temporária da VBP, com criação de um acesso à via biliar para posterior *rendez-vous* ou terapêutica anterógrada.

IE 07

DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÃO SUBEPITELIAL GÁSTRICA: A SOLUÇÃO AO FUNDO DO TÚNEL

Chálim Rebelo C.; Nunes N.; Flor de Lima M.; Moura D. B.; Pereira J. R.; Costa Santos V.; Rego A. C.; Paz N.; Duarte M. A.

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

Doente sexo feminino, com 67 anos de idade, que recorreu ao seu médico assistente por dispepsia. Tratava-se de doente com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia. Realizou endoscopia digestiva alta que mostrava, na face anterior do antro, lesão polipóide sésil bilobulada com 22 mm de diâmetro, sugestiva de lesão subepitelial. Para melhor caracterização da mesma realizou ecoendoscopia que confirmou lesão hipocogénica e homogénea da terceira camada, com sinal de doppler negativo e bordos regulares; não se identificavam adenopatias peri-lesionais e havia intensa captação após injeção de contraste em veia periférica com hexafluoreto de enxofre (SonoVue®).

Foi proposta dissecação da submucosa (DSM) por tunelização, tendo sido utilizada a fonte de eletrocirurgia ERBE VIO® 3 e faca hybrid-knife T. O procedimento foi iniciado com a injeção da submucosa com solução de glicerol com índigo de carmim e adrenalina. De seguida, realizou-se incisão da mucosa com *hybrid-knife*, utilizando-se corrente *dry-cut* efeito 4 e dissecação da submucosa com tunelização, com corrente swift coagulation efeito 3, com excisão total da lesão no final do procedimento. Histologicamente tratava-se de um tumor do estroma gastrointestinal (GIST) excisado totalmente, sem ruptura da cápsula.

A ressecção endoscópica tem-se mostrado uma ferramenta eficaz e segura na abordagem de GISTs gástricos. A DSM por tunelização conduziu assim à resolução curativa, com preservação de órgão e evitando a necessidade de *follow-up* endoscópico/ecoendoscópico prolongado.

IE 08

FÍSTULA AORTOESOFÁGICA SECUNDÁRIA A PSEUDOANEURISMA MICÓTICO – QUANDO O DIAGNÓSTICO É ENDOSCÓPICO

Catarina Martins da Cunha; Tânia Gago;
Joana Roseira; Pedro Campelo; Bruno Peixe;
Horácio Guerreiro

*Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar
Universitário do Algarve*

Introdução: As fístulas aorto-esofágicas (FAE) constituem uma causa rara de hemorragia digestiva alta carecendo de suspeita clínica judiciosa e diagnóstico célere como premissas potencialmente modificadoras dum prognóstico que é, ab initio, reservado e com desfecho inevitavelmente fatal na ausência de tratamento.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 41 anos admitido por choque hipovolémico na sequência de hematemese maciça sem pródromos. Como antecedentes de relevo destacava-se historial de hábitos toxifílicos incluindo uso de drogas endovenosas. Após ressuscitação volémica procedeu-se à realização de endoscopia digestiva alta (EDA) que, apesar do jejum e de procinéticos, foi inconclusiva pela presença de sangue no lúmen. O doente manteve-se em vigilância tendo permanecido hemodinamicamente estável. A segunda EDA, repetida num intervalo de 6 horas, revelou a existência de área procidente com ulceração central e pequeno coágulo adjacente aos 28 cm da arcada dentária. Perante este achado, que tornava imperativo descartar ponto de rotura parietal, foi de imediato efetuada uma angiotomografia computadorizada do tórax que confirmou a presença de FAE sendo

esta secundária a pseudoaneurisma da crosse da aorta/aorta descendente. Dada a necessidade de intervenção vascular emergente, seguiu-se a transferência do doente para um hospital com apoio diferenciado em que se realizou a reparação aórtica com prótese colocada por via endovascular. Ao 3º dia pós procedimento, na sequência de hematemese autolimitada, foi realizada nova EDA persistindo pequena solução de continuidade da parede esofágica que foi encerrada com clips. A estratégia terapêutica incluiu, adicionalmente, antibioterapia de largo espectro e antiagregação plaquetária. Volvidos dois meses após o episódio, o doente mantém-se a evoluir favoravelmente.

Conclusão: A abordagem das FAE é reconhecidamente exigente, partindo do desafio diagnóstico e passando pelo tratamento em tempo útil com recurso à reparação vascular. Atualmente, o uso de *stents* aórticos endoluminais tem-se revelado uma opção viável em casos de instabilidade iminente, permitindo um controlo rápido e eficaz da hemorragia sem expor o doente ao risco de uma intervenção aberta. Com a descrição deste caso pretendemos, mais do que sensibilizar para a importância do elevado grau de suspeição, salientar, sobretudo, a pertinência de equacionar este diagnóstico perante um achado endoscópico tal como o apresentado.

IE 09

ADENOMA DA AMPOLA DE VATER – AMPULECTOMIA ENDOSCÓPICA REVISITADA

Flor de Lima M.; Nunes N.; Chálim Rebelo C.;
Moura D. B.; Costa 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*

O adenoma é a lesão benigna mais comum da ampola de Vater. No entanto, por estar associada a um potencial de transformação maligna, esta lesão deverá ser excisada. As opções terapêuticas são cirúrgicas ou endoscópica. A

ampulectomia endoscópica poderá ser considerada em casos de lesões de pequenas dimensões e sem invasão das vias biliares ou do ducto pancreático.

Apresentamos o caso de doente do sexo feminino, com 73 anos, que no contexto de dispepsia realizou endoscopia digestiva alta, que revelou lesão polipóide da ampola de Vater, de cerca de 30 mm, de contornos irregulares, consistência mole ao toque da pinça e sem ulceração ou hemorragia espontânea, cujas biópsias identificaram adenoma com displasia de baixo grau. Efetuada ecoendoscopia, observando-se lesão circunscrita à mucosa, sem invasão das vias biliares ou do ducto pancreático.

Neste contexto, a doente foi proposta para realização de ampulectomia endoscópica. A lesão ampular foi removida em bloco, utilizando ansa diatérmica. Foram colocadas próteses plásticas no ducto pancreático e na via biliar principal (VBP). A avaliação anatomopatológica da lesão revelou adenoma com displasia de baixo grau, com foco superficial de displasia de alto grau (< 1%), sem sinais de infiltração da submucosa, com margens cirúrgicas de excisão livres.

Aos 10 dias verificou-se radiograficamente a ausência de prótese no ducto pancreático. Um mês depois foi retirada prótese da VBP e foram efetuadas biópsias da papila, que não identificaram lesão residual.

Este caso pretende revisitar as indicações e aspectos da execução técnica da ampulectomia endoscópica, em casos selecionados, como técnica eficaz e segura no tratamento do ampuloma.

IE 10

COLANGIOSCOPIA PERORAL NA LITÍASE DIFÍCIL: QUANDO A CPRE NÃO BASTA

Flor de Lima M.; Nunes N.; Chálim Rebelo C.; Moura D. B.; Costa 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 colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é uma modalidade diagnóstica e terapêutica de primeira linha na abordagem da coledocolitíase. Os casos de litíase difícil estão associados a um menor sucesso terapêutico e à necessidade de realização de múltiplos procedimentos, podendo haver necessidade de recurso à colangioscopia peroral com litotricia electrohidráulica ou laser para a resolução clínica.

Doente do sexo feminino, 27 anos, com quadro de dor abdominal, náuseas, vômitos e icterícia da pele e escleróticas. Tinha como antecedentes pessoais conhecidos uma colecistectomia subtotal, realizada dois anos antes no contexto de colecistite aguda, assim como obesidade e síndrome depressivo. Analiticamente verificou-se citocolestase (AST 330U/L, ALT 507U/L, γ -GG 1066U/L, fosfatase alcalina 616U/L) e hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 7.56 mg/dL, direta 6.79 mg/dL). A ecografia abdominal superior mostrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas (VBIH) e da via biliar principal (VBP) de 10 mm, sem evidência de cálculo endoluminal. Realizou CPRE, que revelou litíase da VBP com deformação na zona de inserção do cístico. Após esfínterotomia, fez-se tentativa de remoção de cálculo com cesto de Dormia, tendo-se verificado encravamento do último, resolvido por litotricia mecânica (litotritor Schoendra®), com extração do cesto e de alguns fragmentos do cálculo. Por drenagem incompleta, foi colocada prótese plástica duplo-pigtail (10Fr/6cm). Repetida CPRE após 4 semanas, para remoção da prótese e resolução da litíase residual, verificando-se presença de cálculo encastado

na junção do canal cístico com a VBP. Posteriormente, foi efetuada colangioscopia com *Spyglass* (*SpyGlass Direct Visualization System*, Boston Scientific, Marlborough, MA, USA) e litotricia electrohidráulica, com fragmentação e remoção do cálculo remanescente. Colocou-se prótese plástica (10Fr/9 cm), removida passado um mês. A doente mantém-se assintomática. Com este caso, salientamos a importância da colangioscopia peroral com *Spyglass* na resolução da litíase difícil.

IE 11

ISQUEMIA DUODENAL APÓS TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE ÚLCERA DUODENAL COM HEMORRAGIA ATIVA

Pedro Campelo; Marta Eusébio; Joana Roseira; Tânia Gago; Ana Catarina Cunha; Horácio Guerreiro
Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: Apesar do tratamento endoscópico da hemorragia por doença ulcerosa péptica ser um procedimento eficaz e seguro quando utilizado por profissionais experientes, pode estar associado a complicações potencialmente graves.

Descrição do caso: Homem de 47 anos admitido no serviço de Urgência por quadro de hematocúezias. Antecedentes de distrofia miotónica de Steinert. Estava medicado com ibuprofeno há 15 dias. Ao exame objetivo, apresentava palidez cutânea, hipotensão arterial e taquicardia. Analiticamente, destacou-se anemia normocítica normocrómica (Hb 7,0g/dL), BUN 66 (LSN 20,6). Após estabilização clínica e suporte transfusional, fez-se endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou uma úlcera no ápex bulbar com hemorragia ativa (Forrest Ib). Fez-se tratamento com injeção de adrenalina (1:10.000, 8 mL) e polidocanol (3 mL) com controlo da hemorragia. Por recidiva hemorrágica com repercussão hemodinâmica, repetiu-se EDA 12h após endoscopia inicial, que mostrou extensa área de mucosa violácea ao nível do ápex bulbar e D2

proximal, sugestiva de lesão isquémica. Fez TC abdominal onde se observou, a nível do bulbo, parede muito fina e hipocaptante na face posterior, sem complicações associadas. Evolução posterior favorável sob terapêutica com inibidor da bomba de prótons, sem recidiva hemorrágica. Na EDA de reavaliação, apresentava franca melhoria das lesões com hiperemia e congestão da mucosa duodenal e área de mucosa desnudada em relação com úlcera em cicatrização.

Conclusão: Destaca-se este caso pela iconografia e alerta-se para possíveis complicações do tratamento endoscópico de úlceras pépticas, sendo estas infrequentes mas potencialmente graves.

IE 12

ACALÁSIA: MÉTODO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS SLING FIBERS

Moura, D. B.; Nunes, N.; Chálim, C.; Flor de Lima, M.; 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, EPER

Doente do sexo masculino, 44 anos de idade, com disfagia para sólidos e líquidos associada a perda ponderal clinicamente significativa. Na endoscopia digestiva alta verificou-se dificuldade na passagem do endoscópio para o estômago com ressalto.

Estabelecido o diagnóstico clínico radiológico e manométrico de acalásia de tipo 2, foi proposto para miotomia endoscópica peroral (POEM).

Apresenta-se uma modificação técnica que permite a identificação das sling fibers por forma a evitar a sua incisão durante a miotomia, minimizando a possibilidade de refluxo gastroesofágico posterior.

A modificação técnica consiste na identificação dos dois vasos penetrantes que funcionam como marcadores da junção entre as fibras circulares esofágicas e as oblíquas (*sling*) que permitem a manutenção do ângulo de His.

A identificação das *sling fibers* gástricas e a sua

preservação poderão contribuir para diminuir o risco de refluxo gastroesofágico após o procedimento.

IE 13

ABORDAGEM BILIAR GUIADA POR ECOENDOSCOPIA: COLEDOCODUODENOSTOMIA

Moura, D. B.; Nunes, N.; Chálim, C.; Flor de Lima, M.; 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, EPER

Doente do sexo feminino, 77 anos de idade, com perda de peso progressiva e estudo analítico com padrão de citocolestase. Posteriormente verificou-se icterícia de agravamento progressivo com prurido e dor abdominal. No estudo por tomografia computadorizada abdominopélvica verificou-se ectasia do colédoco e das vias biliares intra-hepáticas com vesícula distendida, devido a massa heterogênea na porção cefálica do pâncreas com 4,0 cm por 3,9 cm compatível com neoplasia pancreática, condicionando também dilatação do canal pancreático. Optou-se por uma estratégia com intuito paliativo de icterícia. Na abordagem por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) não foi possível aceder à papila duodenal. Foi realizada coledocoduodenostomia guiada por ecoendoscopia com prótese *lumen-apposing* (Hot Axios™, Boston Scientific®), com abundante drenagem biliar posterior.

A drenagem biliar guiada por ecoendoscopia constitui uma alternativa quando a drenagem biliar não é possível por CPRE. A realização de coledocoduodenostomia guiada por ecoendoscopia com prótese metálica lumen-apposing, acoplada a um sistema de eletrocauterização, é uma técnica de elevado sucesso técnico e clínico e permite minimizar a ocorrência de complicações.

Doente do sexo feminino, 77 anos de idade, com perda de peso progressiva e estudo analítico com padrão de citocolestase. Posteriormente

verificou-se icterícia de agravamento progressivo com prurido e dor abdominal. No estudo por tomografia computadorizada abdominopélvica verificou-se ectasia do colédoco e das vias biliares intra-hepáticas com vesícula distendida, devido a massa heterogênea na porção cefálica do pâncreas com 4,0 cm por 3,9 cm compatível com neoplasia pancreática, condicionando também dilatação do canal pancreático. Optou-se por uma estratégia com intuito paliativo de icterícia. Na abordagem por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) não foi possível aceder à papila duodenal. Foi realizada coledocoduodenostomia guiada por ecoendoscopia com prótese lumen-apposing (Hot Axios™, Boston Scientific®), com abundante drenagem biliar posterior.

A drenagem biliar guiada por ecoendoscopia constitui uma alternativa quando a drenagem biliar não é possível por CPRE. A realização de coledocoduodenostomia guiada por ecoendoscopia com prótese metálica lumen-apposing, acoplada a um sistema de eletrocauterização, é uma técnica de elevado sucesso técnico e clínico e permite minimizar a ocorrência de complicações.

IE 14

DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA PARA REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO

Ana Carvalho; Francisco Pires; Sofia Ventura; Ricardo Araújo; Ricardo Cardoso; Juliana Pinho; Diana Martins; Paula Sousa; Eugénia Cancela; António Castanheira; Paula Ministro; Américo Silva
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Mulher, 56 anos, com história de internamento há um ano por suspeita de perfuração gástrica por corpo estranho. Durante o internamento realizou tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal que evidenciou uma estrutura linear hiperdensa que atravessa a parede superior do antro gástrico e cuja extremidade distal se encontra junto ao bordo posterior do lobo hepático esquerdo, sugestivo de perfuração por corpo

estranho, sem sinais de pneumoperitônio ou líquido livre. A endoscopia digestiva alta (EDA) revelou uma erosão na face anterior do antro gástrico. Após abordagem conservadora com antibioterapia, teve alta assintomática e manteve seguimento em consulta.

Cerca de seis meses após o internamento, refere recorrência das queixas de epigastria, tendo sido efetuada TAC e EDA. Na EDA identificou-se área congestiva com 12 mm e erosão punctiforme fibrinosa para-central, localizada na face anterior do antro gástrico a 2 cm do píloro. Não se observou qualquer corpo estranho. As biópsias da lesão foram inconclusivas, revelando apenas alterações inflamatórias ligeiras. Os achados na TAC não revelaram alterações relativamente ao exame anterior.

Dadas as queixas da doente e achados imagiológicos, foi decidida inspeção da parede gástrica por técnica de disseção endoscópica submucosa (uso de DualKnife e ITKnife2). Foi identificado e isolado o corpo estranho (espinha de peixe) embutido na parede gástrica. Procedeu-se à sua remoção por tração, inicialmente com pinça de biópsia e posteriormente com ansa, correspondendo a um fragmento com 13 mm. O ponto de inserção foi encerrado com a utilização de dois clips endoscópicos.

Dois meses após o procedimento, a doente mantém-se assintomática.

IE 15

REMOÇÃO ENDOSCÓPICA DE BANDA GÁSTRICA MIGRADA

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

A obesidade é uma doença com incidência crescente nas últimas décadas, sendo a banda gástrica (BG) ajustável uma das opções cirúrgicas no seu tratamento.

Apresentamos um caso de uma mulher de 64 anos submetida a colocação de BG em 2006, referindo aumento ponderal no último ano. Rea-

lizou endoscopia digestiva alta que revelou BG migrada para o lúmen gástrico (logo a jusante da transição esófago-gástrica) em 50% do seu perímetro. Procedeu-se à remoção endoscópica da BG com a utilização de endoscópio terapêutico (Olympus® GIF-H185), sob sedação profunda. Passou-se fio guia Jagwire™ (Boston Scientific; 0.035inch) entre a parede gástrica e a porção migrada da BG, recuperando-se a ponta do fio guia com pinça de corpo estranho efetuando-se *loop* entre a BG. Posteriormente sob apoio fluoroscópico realizou-se fragmentação da BG com litotritor mecânico de Soehendra (Cook Medical), removendo-se a BG na sua totalidade com ansa de polipectomia. A doente não apresentou complicações tendo alta às 48 horas após o procedimento.

A migração da BG por erosão da parede gástrica ocorre entre 1-10% dos casos, sendo considerada uma complicação tardia com um tempo de diagnóstico entre 1 a 2 anos. A sua remoção atempada é de extrema importância devido ao risco de infeção, obstrução e perfuração tardia. A remoção cirúrgica por via laparoscópica é um dos métodos tradicionais, contudo várias técnicas endoscópicas têm sido descritas nos últimos anos com eficácia de 92-95%, semelhante à opção cirúrgica.

Com a crescente utilização de técnicas endoscópicas, está disponível atualmente um kit de remoção de BG próprio (A.M.I *Gastric Band Cutter System*), no entanto, os autores apresentam esta técnica por ser de fácil execução, com “*devices*” de utilização quotidiana em sala de endoscopia terapêutica, evitando-se assim a aquisição de material endoscópico específico.

IE 16

FRATURA DE STENT ESOFÁGICO: RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE UMA COMPLICAÇÃO RARA

Diana Ramos; Richard Azevedo; Flávio Pereira;
Marisa Linhares; Ana Caldeira; Rui Sousa; João Pinto;
António Banhudo

ULS Castelo Branco

Introdução: Os stents metálicos auto-expansíveis são amplamente utilizados para o tratamento paliativo de neoplasia esofágica, sendo uma opção segura e eficaz, com taxas reduzidas de complicações. Migração e oclusão da prótese, crescimento do tumor e perfuração são algumas das raras complicações descritas. A fratura do *stent* e a subsequente migração das porções fragmentadas é uma complicação extremamente rara, relatada apenas algumas poucas vezes na literatura.

Caso: Homem de 71 anos com disfagia total por neoplasia esofágica estadio IV, colocou prótese de 150 x 20mm parcialmente coberta (Hannarostent). Três meses depois, o paciente, que se encontrava assintomático, realizou uma tomografia computadorizada de rotina que surpreendentemente revelou prótese fragmentada com um fragmento proximal no esófago e um segundo fragmento migrado no estômago. A endoscopia alta confirmou um *stent* completamente fragmentado no seu ponto médio, com uma linha de fratura irregular. A metade proximal estava *in situ*, ancorada na mucosa esofágica, sem sinais de crescimento tumoral. Havia uma ligeira estenose do lúmen a nível da linha da fratura, mas permeável à passagem do gastroscópio. O segundo fragmento foi encontrado no estômago.

Pelo risco de migração distal do fragmento gástrico, tentou-se a sua remoção endoscópica. Como o lúmen esofágico se encontrava ligeiramente estenosado pelo fragmento remanescente no esófago, decidiu-se aumentar o diâmetro do lúmen esofágico usando a técnica *stent-in-*

-stent. Assim, foi inserida uma nova prótese totalmente coberta de 120 x 24 mm (Taewoong Niti-S), cobrindo a porção esofágica do *stent* fragmentado. Uma semana depois, foi realizada endoscopia para remoção do fragmento gástrico. Algumas tentativas de remoção foram feitas com pinça e ansa sem sucesso, uma vez que o fragmento gástrico ficava ancorado no novo *stent* esofágico. Por fim, puxando o fragmento pelo seu laço de recuperação, o fragmento invaginou e extraiu-se com sucesso através do novo *stent* esofágico.

Conclusão: A fratura de *stent* metálico auto-expansível é uma complicação rara. Geralmente é sintomático, exigindo abordagem endoscópica ou cirúrgica para remoção dos fragmentos migrados. O reconhecimento e abordagem precoces destes casos podem evitar outras complicações.

No nosso caso, o paciente era assintomático e a fratura foi um achado acidental. Conseguimos remover endoscopicamente o fragmento migrado e colocar novo *stent* esofágico sobre o fragmento esofágico remanescente

IE 17

REDUÇÃO TRANSORAL DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL COM SISTEMA DE SUTURA ENDOSCÓPICA APOLLO APÓS BYPASS GÁSTRICO

Gonçalo Nunes¹; Paulo Massinha^{1,2}; Ivo Boškoski²;
Guido Costamagna²

¹*Serviço de Gastrenterologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal;* ²*Unidade de Endoscopia Cirúrgica, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma, Itália*

O *bypass* gástrico é um tratamento cirúrgico eficaz para a obesidade grave, contudo, em cerca de 20% dos doentes não é possível a manutenção a longo prazo do peso perdido. A dilatação da anastomose gastrojejunal parece ser um fator importante para o reganho ponderal, cujos mecanismos fisiopatológicos não se encontram completamente esclarecidos.

Os autores apresentam um caso com iconografia endoscópica em vídeo relativo a uma doente de 46 anos, com hipertensão arterial e obesidade grau II (IMC: 36 kg/m²), submetida a sleeve gástrico em 2001, posteriormente convertido a cirurgia de bypass por via laparoscópica em 2007 por aumento de peso. Após a segunda intervenção cirúrgica constatou-se emagrecimento de 50 kg que a doente manteve durante 7 anos, com posterior reganho ponderal de 20 kg. Na endoscopia digestiva alta não se observaram alterações da mucosa e a anastomose gastrojejunal encontrava-se ampla e permeável. Neste contexto e após abordagem multidisciplinar foi proposta para redução do diâmetro da anastomose com dispositivo de sutura endoscópica. O procedimento foi realizado com o sistema Apollo Overstich®, após cauterização dos bordos da anastomose com Árgon Plasma e posterior colocação de 4 pontos de sutura não reabsorvível 2-0 (demeLENE™), sendo possível a redução do lumen em cerca de 90%, sem complicações imediatas. Na consulta de reavaliação aos 3 meses a doente referia saciedade precoce que condicionava diminuição do aporte energético diário e perda ponderal de 12 kg. A correção cirúrgica do bypass gástrico é um procedimento complexo, estando associado a morbilidade significativa. Os dispositivos de sutura endoscópica permitem diminuir o diâmetro da anastomose gastrojejunal de forma eficaz, segura e minimamente invasiva, contribuindo para a manutenção da perda ponderal em conjugação com as alterações do estilo de vida.

IE 18

AN UNUSUAL RECTAL PERFORATION

F. Ralaizanaka, B. Lesgourgues, P. Claudé, E. Belot
Hôpital de Mulhouse

Posters

PO 01

EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE ELBASVIR/GRAZOPREVIR NA PRÁTICA CLÍNICA NACIONAL EM DOENTES COM HEPATITE C GENÓTIPOS 1 E 4

A. Ferreira¹²; A. Prisca¹; R. Marinho²; F. Calinas³; J. Mendez⁴; G. Macedo⁵; L. Maia⁶; L. Carvalho⁷; C. Valente⁸; M. Mota⁹; N. Marques¹⁰; I. Casella¹¹; A. Ferreira¹²; A. Gaspar¹³; J. Pinto¹⁴; L. Santos¹⁵; M. Costa¹⁶; F. Roxo¹⁷; V. Pereira¹⁸; A. Silva¹⁹; A. Simão²⁰; M.L. Mocho²¹

¹*Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;* ²*Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa;* ³*Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa;* ⁴*Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar do Porto, Porto;* ⁵*Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar de São João, Porto;* ⁶*Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Porto, Porto;* ⁷*Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Lisboa Ocidental, Lisboa;* ⁸*Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra;* ⁹*Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Gaia;* ¹⁰*Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Garcia de Orta, Almada;* ¹¹*Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal;* ¹²*Serviço de Gastroenterologia do Hospital Beatriz Ângelo, Loures;* ¹³*Departamento de Farmácia Hospitalar do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, Barreiro;* ¹⁴*Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel;* ¹⁵*Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar de São João, Porto;* ¹⁶*Serviço de Gastroenterologia do Hospital Fernando Fonseca, Amadora;* ¹⁷*Hospital de Dia de Doenças Infecciosas do Hospital Distrital de Santarém, Santarém;* ¹⁸*Serviço de Gastroenterologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal;* ¹⁹*Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu;* ²⁰*Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra;* ²¹*Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu*

Introdução: O regime Elbasvir/grazoprevir (EBR/GZR) mostrou elevada eficácia no tratamento de doentes com hepatite C, genótipos 1 e 4, atin-

gindo elevadas taxas de resposta virológica sustentada (RVS) nos ensaios clínicos de fase 2 e 3.

Objetivos: Avaliar o resultado do regime EBR/GZR na prática clínica nacional em doentes infetados pelo vírus C.

Materiais e métodos: Estudo observacional retrospectivo de doentes com hepatite C crónica tratados com EBR/GZR em 21 serviços hospitalares em Portugal. Todos os doentes foram tratados com EBR/GZR ± RBV iniciando o tratamento entre 1 de Fevereiro de 2017 e 31 de Janeiro de 2019. Os doentes previamente tratados com regimes de antivirais de ação direta (AAD) serão analisados separadamente. Os doentes para os quais se perdeu o seguimento foram excluídos da análise. RVS é definida pela indetetabilidade do ARN-VHC 12 semanas após o fim do tratamento.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 770 doentes dos quais 741 eram naïve a AADs e 29 eram experimentados a AADs. Entre os 741 doentes naïve a AADs, a maioria eram homens (535, 72%), com uma idade mediana de 50.1 (18-90) anos, 322 (43.4%) estavam infetados com o GT1a, 251 (33.9%) com o GT1b, 3 (0.4%) com o GT1 sem subtipo determinado e 165 (22.2%) com o GT4. 91.6% (679 doentes) eram naïve para tratamento e 62 (8.4%) eram experimentados a regimes com interferão, 130 (17.5%) era cirróticos, 81 (10.9%) eram coinfectados com VIH e 382 (51.6%) tinham carga vírica basal ≥ 800.000 UI/ml. A maioria (598 doentes, 81%) recebeu EBR/GZR sem RBV 12 semanas, 127 (17%) receberam EBR/GZR com RBV 16 semanas, 15 (2%) receberam EBR/GZR sem RBV 8 semanas e 1 doente recebeu EBR/GZR sem RBV for 16 semanas. Dos 506 doentes com FUP12, 490 (96.8%) atingiram RVS. Na tabela 1 mostram-se as RVS dos subgrupos de doentes que fizeram tratamento com qualquer regime contendo EBR/GZR. Entre os 29 doentes experimentados a AADs, a maioria eram homens, 20 (69%), com uma mediana de 52.4

(29-64) anos, 17 (58.6%) estavam infetados com GT1a, 4 (13.8%) com GT1b e 8 (27.6%) com GT4. Dez doentes (34.5%) eram cirróticos e 3 (10.3%) tinham coinfeção VIH. Estes doentes receberam regimes de EBR/GZR com ou sem SOF+RBV e a RVS global foi de 95.8%. Na prática clínica em Portugal, o EBR/GZR foi altamente efetivo nos doentes com infeção crónica por VHC. As taxas de resposta foram consistentemente elevadas e independentes do genótipo e subtipo, da história de tratamento prévio, da carga vírica basal ou do grau de fibrose.

PO 06

ANEMIA E DEFICIÊNCIA DE FATORES HEMATOPOIÉTICOS EM 472 DOENTES SUBMETIDOS A GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA

Mariana Brito; Gonçalo Nunes; Carla Santos; Jorge Fonseca

GENE – Artificial Feeding Team, Serviço de Gastroenterologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Introdução: Doentes submetidos a gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) encontram-se frequentemente desnutridos, podendo apresentar anemia e deficiência de fatores hematopoiéticos, nomeadamente ferro, folato e vitamina B12. Presentemente, não existem estudos sobre anemia ou alterações hematológicas em pacientes submetidos a PEG.

Objetivos: O nosso objetivo foi avaliar o estado hematológico em doentes com disfagia, submetidos a gastrostomia e sua associação com o prognóstico.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes seguidos na nossa consulta de Nutrição artificial, submetidos a PEG entre 2010 e 2018. Os doentes foram agrupados em dois grupos etiológicos: disfagia neurológica (DN) e neoplasia da cabeça e pescoço/distúrbios esofágicos (CPE). Para cada doente foram registados os seguintes parâmetros laboratoriais, antes do procedimento: Albumina, Hemoglobina, Volume Globular Médio, Ferritina,

Transferrina, Ferro, Vitamina B12 e Folato. A sobrevida foi estimada em meses até à data do óbito ou até Dezembro de 2018.

Resultados e conclusões: Foram avaliados 472 doentes, sendo que 250 (53%) apresentavam anemia à data do procedimento, a maioria com anemia normocítica ($n = 129$) e achados laboratoriais sugestivos de anemia da doença crónica (ADC). Seis doentes (1.3%) evidenciavam deficiência de vitamina B12 e 57 (12.1%) deficiência de folato. Não se encontrou diferença estatisticamente significativa nos níveis de hemoglobina entre os grupos etiológicos ($p = 0.230$). Os níveis de folato e vitamina B12 foram significativamente mais baixos no grupo CPE ($p < 0.01$). Encontrou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre os níveis de hemoglobina e sobrevida ($p < 0.01$, $r = 0.289$) e os valores de hemoglobina foram significativamente inferiores nos doentes falecidos ($p < 0.01$).

Conclusão: A anemia é muito frequente em doentes submetidos a PEG, apresentando-se sobretudo com características de ADC ou multifatorial. Está associada a significativa redução da sobrevida e poderá ser encarada como marcador de stress metabólico em doentes referenciados a PEG, indicando pior prognóstico.

PO 09

NOVAS APLICAÇÕES DE PRÓTESES METÁLICAS LUMEN – APPOSING: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Diana Ramos; Ana Caldeira; Marisa Linhares; Richard Azevedo; Flávio Pereira; Eduardo Pereira; João Pinto; Rui Sousa; António Banhudo
ULS Castelo Branco

Introdução: O uso de stents metálicos lumen-apposing (LAMS) na endoscopia tem aumentado ao longo dos anos. Atualmente, a sua utilização na resolução de coleções pancreáticas (pseudoquistos e wall off necrosis) está bem estabelecida. No entanto, cada vez mais surgem e são relatadas na literatura outras novas aplicações de LAMS.

Objetivo: Apresentação da experiência de um centro relativamente ao uso alternativo de LAMS, mostrando a sua utilidade além drenagem de coleções pancreáticas.

Material e métodos: Descrição de alguns casos clínicos que relatam outras aplicações alternativas das LAMS

Resultados: Série de 5 casos clínicos ilustrativos do sucesso e utilidade da colocação de LAMS em contextos alternativos:

Caso 1: Doente submetido a ressecção anterior do reto por adenocarcinoma, com desenvolvimento de abscesso pélvico como complicação pós-cirúrgica. Procedeu-se à colocação de prótese HOT axios 10 x 15 mm transcólica para drenagem do abscesso. Prótese manteve-se in situ durante 10 dias, mantendo drenagem e permitindo limpeza da cavidade, verificando-se resolução completa de abscesso.

Caso 2: Doente em pós-operatório de enucleação de tumor neuroendócrino do corpo do pâncreas complicado com fístula pancreática. Consequente formação de coleção líquida peri-pancreática que resolveu após drenagem transgástrica com prótese HOT axios 10 x 15 mm.

Caso 3: Doente com lesão neoplásica da papila de Vater com quadro de icterícia obstrutiva, dilatação da VBP e colangite. CPRE não conseguida. Realizada coledocoduodenostomia com prótese Hot Axios 6 x 8 mm, com resolução sintomática.

Caso 4: Doente submetido a gastrectomia total. Consequente estenose de anastomose cirúrgica refratária a dilatações seriadas. Colocação de LAMS Hanarostent de 40 x 16 mm com resolução da estenose.

Caso 5: Doente com lesão tumoral da 2ª porção do duodeno em tratamento paliativo. Por icterícia obstrutiva tentativa de CPRE não conseguida. Realizada drenagem transgástrica da vesícula biliar com prótese HOT Axios 6 x 8 mm com resolução de sintomas.

Conclusão: O uso de LAMS tem sido difundido

além drenagem de coleções pancreáticas. Novas indicações para o seu uso são relatadas, cada vez mais, na literatura.

Esta pequena série de casos mostra a utilidade do uso de LAMS noutros contextos clínicos. Assim sendo, o seu uso deve ser difundido e considerado como alternativa terapêutica em outras situações, por ser uma opção minimamente invasiva, com baixa morbimortalidade e com bons resultados clínicos.

PO 10

DRENAGEM ECOENDOSCÓPICA DE WALLED-OFF NECROSIS – A EVOLUÇÃO TÉCNICA DE UM CENTRO

Diana Ramos; Ana Caldeira; Richard Azevedo; Flávio Pereira; Marisa Linhares; Eduardo Pereira; António Bahudo
ULS Castelo Branco

Introdução: *Walled-off necrosis* (WON) é uma complicação tardia da pancreatite aguda grave que geralmente requer algum tipo de intervenção. A drenagem endoscópica tem sido cada vez mais utilizada como uma alternativa minimamente invasiva à drenagem cirúrgica, sendo que a técnica endoscópica tem evoluído ao longo dos anos

Objetivo: Avaliar os resultados clínicos, taxas de sucesso e eventos adversos da drenagem endoscópica de WON, comparando as diferentes técnicas e próteses usadas ao longo do tempo no nosso centro

Material e métodos: Estudo retrospectivo, incluindo pacientes submetidos a drenagem endoscópica de WON entre 2013 e 2019. Avaliação de dados demográficos, características imagiológicas, sucesso técnico (posicionamento correto do stent) e sucesso clínico (resolução dos sintomas e redução da coleção) das diferentes técnicas de drenagem endoscópica usadas ao longo dos anos

Resultados: Foram incluídos 22 pacientes com WON após pancreatite aguda grave: todos os pacientes eram sintomáticos e 3 deles mostraram

sinais de infeção na tomografia computadorizada. A drenagem transmural ecoendoscópica foi realizada em todos os casos: nos 3 primeiros foi feita uma abordagem em duas etapas (uso de ecoendoscópio + colonoscópio/duodenoscópio) com colocação de pigtail ou stents lumen apposing; em 11 doentes foi feita drenagem numa etapa usando ecoendoscópio com colocação de prótese lumen apposing Hanarostent e, mais recentemente, 8 doentes foram submetidos a drenagem numa etapa com ecoendoscópio e colocação prótese HOT axios.

Sessões de necrosectomia foram realizadas em 36% dos doentes submetidos a drenagem com prótese hanarostent, enquanto que foram feitas em 87% dos doentes com drenagem com HOT axios; necrosectomia não foi feita nos 3 casos mais antigos de drenagem em 2 etapas.

Sucesso técnico verificou-se em todos os doentes, exceto num caso de drenagem com prótese axios. Sucesso clínico foi atingido em todos os doentes com drenagem com axios, enquanto que no grupo de doentes submetidos a drenagem por outras técnicas, um deles não teve melhoria clínica, necessitando de intervenção cirúrgica.

Conclusão: A experiência do nosso centro demonstra que a abordagem endoscópica de WON constitui uma alternativa eficaz e segura à cirurgia. A técnica endoscópica evoluiu, e apesar de não haver diferenças significativas no sucesso clínico entre técnicas, a que técnica atual que usamos (prótese HOT axios) é de manuseamento mais simples e prático e permite realização de necrosectomia.

PO 11

EXPRESSÃO DO GENE MGP NO CARCINOMA COLORRETAL: HAVERÁ RELAÇÃO COM O CA 19.9?

Tânia Gago^{2,4}; Helena Caiado¹; Natércia Conceição^{1,2}; Daniel Tiago¹; Ana Margarida Vaz^{2,4}; Susana Vicente³; Jose Luis Enriquez³; Paulo Caldeira^{2,4}; Horácio Guerreiro⁴; M. Leonor Cancela^{1,2}
¹Centro de Ciências do Mar (CCMAR). Universidade do Algarve, Faro, Portugal; ²Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina e Centro Académico do Algarve, Universidade do Algarve, Faro, Portugal; ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar do Algarve, Faro, Portugal; ⁴Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar do Algarve, Faro, Portugal

Introdução: O gene MGP codifica uma proteína da matriz extracelular (Matrix Gla Protein) que recentemente se demonstrou ter um papel na oncogénese, nomeadamente na diferenciação celular e progressão tumoral, mas o seu papel no cancro colo-rectal (CCR) ainda é pouco conhecido.

Objetivo: Pretende-se relacionar a expressão do gene MGP nos doentes com CCR com diferentes marcadores laboratoriais que possam ter significado prognóstico.

Material/Métodos: Análise da expressão do gene MGP por *Reverse transcription polymerase chain reaction* (RT-PCR) quantitativa, em biópsias de tecido tumoral e de mucosa adjacente normal em pacientes com CCR e em mucosa normal de um grupo de controlo (indivíduos sem CCR). Analisados parâmetros laboratoriais: CEA, CA19.9, hemoglobina, Albumina e Leucócitos, prévios ao início de tratamento.

Resultados: Analisados 42 doentes com CCR, a maioria: homens (69%), localização no recto (40,5%), bem diferenciados (33,3%) essencialmente em estadio II (28,6%) e III (33,3%). Os valores médios da expressão do gene MGP na mucosa normal dos doentes com CCR são superiores aos controlos ($p = 0,019$) e existe sobreexpressão do gene MGP no tecido tumoral comparativamente com mucosa normal, na

maioria dos doentes (32/42). Os doentes com valores mais elevados de sobreexpressão do gene MGP na mucosa tumoral estão associados a valores mais elevados de CA19.9 ($p = 0,02$). No entanto não existiu evidencia de associação significativa com outras variáveis laboratoriais, nomeadamente com o CEA. Valores mais elevados de sobreexpressão do gene MGP associaram-se ainda ao género feminino ($p=0,038$). No subgrupo de doentes com estadiamento mais avançado, os valores mais elevados de sobreexpressão do gene MGP associaram-se a menor sobrevida ($p = 0,04$).

Conclusão: Parece existir uma sobreexpressão do gene MGP no tecido tumoral e uma associação entre os valores mais elevados de expressão do gene MGP na mucosa tumoral e o CA19.9, no entanto estudos mais robustos poderão clarificar melhor esta relação. A sobreexpressão do gene MGP na mucosa tumoral, poderá ter alguma relevância prognóstica, dada a sua associação com a sobrevida, pelo menos nos doentes com estadiamento mais avançado.

PO 12

EXEQUIBILIDADE, SEGURANÇA E INDICADORES PROGNÓSTICOS EM DOENTES COM NEOPLASIA ESOFÁGICA SUBMETIDOS A GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA

Laranjo A.; Brito M.; Sabino J.; Nunes G.; Fonseca J.
Hospital Espírito Santo de Évora Hospital Garcia de Orta, Almada

Introdução e objetivos: O diagnóstico da neoplasia do esófago (NE) é habitualmente tardio, associando-se a grande morbilidade e mortalidade. Estes doentes tendem a desenvolver desnutrição grave, o que torna o suporte nutricional fundamental no seu tratamento. O objetivo deste estudo foi avaliar a exequibilidade, utilidade e segurança da gastrostomia endoscópica (PEG) na NE e identificar indicadores de mau prognóstico nestes doentes.

Métodos: Estudo retrospectivo e observacio-

nal utilizando registos da consulta de Nutrição artificial. Dos doentes propostos/submetidos a PEG por NE recolhemos: idade, género, tipo histológico, indicação para PEG e mortalidade/sobrevida. Recolhemos dados obtidos no dia da gastrostomia: NRS 2002, índice de massa corporal (IMC), hemoglobina, albumina, transferrina e colesterol total.

Resultados: Avaliaram-se 41 doentes (36 homens), idades entre 39-88 anos (média: 62), 37 carcinomas pavimentosos, 4 adenocarcinomas. Gastrostomia efetuada em 27 como suporte nutricional para terapêutica de intenção curativa, em 14 como suporte nutricional em doentes sem perspetiva de cura. Foi possível efetuar PEG em todos os doentes propostos. Não ocorreram complicações major. Sobrevida média pós-PEG foi 18,1 meses, mortalidade foi 87.8% (36/41 doentes). A maioria (34 doentes (82.9%)) morreram a utilizar PEG. Em 7 doentes (17.1%) o tubo de PEG foi retirado por retoma da nutrição oral. Todas as mortes ocorreram pela evolução da NE. O IMC médio foi 21.3 Kg/m² e 14 doentes (34,1%) apresentavam IMC reduzido, configurando desnutrição aquando da gastrostomia. Anemia estava presente em 17 doentes (41.5%). Albumina estava reduzida em 10 doentes (24.4%), transferrina em 20 (48.8%), colesterol em 18 (43.9%). IMC (R 0.30), albumina (R = 0.41) e transferrina (R = 0.47) elevados correlacionam-se positivamente com maior sobrevida ($p < 0.05$).

Conclusão: A PEG é um acesso exequível, efetivo e seguro para o suporte nutricional dos doentes com NE. IMC, albumina e transferrina avaliados no dia da gastrostomia podem ser importantes e úteis indicadores prognósticos.

PO 13

MICROPERFURAÇÃO DURANTE A DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA: TO TREAT OR NOT TO TREAT?

Bárbara Morão; Alexandre Ferreira; Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A perfuração evidente durante a disseção endoscópica da submucosa (DES) pode ser manejada com clips. Contudo, o tratamento de microperfurações (áreas de dano muscular com exposição de vasos) não está ainda bem estabelecido. A aplicação de clips nas áreas de maior dano nem sempre previne a hemorragia pós-DES, o que pode ser explicado por uma distribuição do fluxo com aumento da pressão e risco de hemorragia em vasos adjacentes. Objetivo: avaliar se a aplicação de clips em microperfurações aumenta a incidência de hemorragia pós-DES.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo doentes com lesões removidas por DES de Janeiro/2018 a Agosto/2019. O *outcome* primário foi definido como a incidência de hemorragia digestiva clinicamente significativa (queda de hemoglobina $> 2\text{g/dL}$ ou necessidade de hemostase endoscópica) nos 15 dias após o procedimento. Análise multivariada ajustada para fatores de confundimento.

Resultados: Foram incluídos 45 doentes (73% homens com idade média de 71 ± 8 anos), dos quais 38% (17/45) estava sob medicação anti-trombótica, 7% (3/45) tinha antecedentes de doença renal crónica e 4% (2/45) de cirrose hepática. Foram removidas lesões de 29 ± 19 mm de maior diâmetro, 51% (23/45) localizadas no estômago, 2% (1/45) no esófago, 9% (4/45) no cólon e 38% (17/45) no reto. A duração média do procedimento foi de 131 ± 92 minutos. Foi realizada hemostase de vasos visíveis no final do procedimento em 84% (38/45) dos casos, com necessidade de hemostase com coagrasper em 18% (8/45). Houve perfuração intra-procedimento em 7% (3/45) dos casos, manejada

com aplicação de clips. Em 53% (24/45) dos casos houve aplicação de clips em áreas de microperfuração. 16% (7/45) dos doentes tiveram hemorragia digestiva clinicamente significativa, com uma mediana de 24 horas após o procedimento (IQR 6-432). A incidência foi superior nos doentes com microperfuração e aplicação de clip (71% vs. 29%, OR 2.5, IC95% 0.43-14.5), sem atingir significado estatístico ($p = 0.31$). Não houve alteração estatisticamente significativa do risco de hemorragia quando se ajustou para fatores de confundimento: tamanho da lesão (OR 3.646, IC95% 0.58-22.77, $p = 0.17$), tamanho da peça OR 6.38, IC95% 0.80-51.15, $p = 0.08$) e toma de antitrombóticos (OR 2.19, IC95% 0.37-13-15, $p = 0.39$).

Conclusão: Não houve aumento significativo da incidência de hemorragia nos doentes que foram submetidos a aplicação de clip em áreas de microperfuração.

PO 14

COLANGITE AGUDA: QUAL O IMPACTO DO MOMENTO DE REALIZAÇÃO DE CPRE?

Catarina Frias Gomes; Bárbara Morão;
Catarina Neto; Alexandre Ferreira; Rui Loureiro;
António Alberto Santos; Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A abordagem da colangite aguda incluiu estabilização hemodinâmica, antibioterapia e drenagem da via biliar. O momento de realização da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) pode ser influenciado por vários factores (controlo de factores de coagulação, co-morbilidades). O nosso objectivo foi comparar a evolução clínica dos doentes que realizaram CPRE antes e após 72h de internamento.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo de doentes internados por colangite aguda num hospital distrital, entre 2014 e 2018. Os *outcomes* clínicos avaliados incluíram tempo de internamento, tempo de antibioterapia, necessidade de re-internamento e morte.

Resultados: Incluídos 304 doentes consecutivos (50% sexo masculino, média de idade $75,9 \pm 11,9$ anos). A colangite foi ligeira em 40,1% (122/304) dos casos, moderada em 42,1% (128/306) e grave em 17,8% (54/304). A CPRE foi realizada antes das 72h em 60,5% (184/304) dos casos e após as 72h em 39,5% (120/304). A etiologia mais frequente foi patologia biliar benigna (86,5%). A taxa de re-internamento foi 4,9% (15/304) e de mortalidade de 2,6% (8/304). Os doentes submetidos a CPRE após as 72h de internamento apresentaram maior tempo de internamento (13,2 vs 9,9 dias, $p < 0,001$). A diferença da média de internamento foi superior no grupo $> 72h$ após ajustar para a gravidade (13,6 vs 9,6 dias, $p < 0,001$). A taxa de re-internamento (5,8% vs 4,3%, $p = 0,37$), mortalidade (2,2% vs 3,3%, $p = 0,40$) e o tempo de antibioterapia não foram diferentes entre os 2 grupos (7 vs 7 dias, $p = 0,51$).

Conclusão: O tempo de internamento foi superior nos doentes submetidos a CPRE após 72h, independentemente da gravidade.

PO 15

ELASTOGRAFIA POR ARFI: MODIFICAÇÃO APÓS TRATAMENTO DA INFEÇÃO POR VHC COM ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA

Pedro Campelo; Marta Eusébio; Francisco Velasco;
Tânia Gago; Joana Roseira; Ana Catarina Cunha;
Horácio Guerreiro
*Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar
Universitário do Algarve*

Introdução: A avaliação do grau de fibrose hepática é fundamental para definir o seguimento dos doentes com infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) após uma resposta virológica sustentada (RVS). O Fibroscan é o método não invasivo mais utilizado nessa avaliação, no entanto, novas tecnologias têm surgido como alternativas válidas, nomeadamente a elastografia por ARFI (Acoustic Radiation Force Impulse). Vários trabalhos associam a RVS à não progressão ou regressão de fibrose avaliada por Fibroscan,

contudo escasseiam estudos que utilizem a tecnologia ARFI.

Objetivos: Avaliar o impacto do tratamento da hepatite C com antivirais de ação direta (AAD) na velocidade da onda de cisalhamento (VOC) na elastografia tipo ARFI.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes com infecção por VHC que atingiram RVS após tratamento com AAD. Foi avaliada a fibrose hepática por tecnologia ARFI no pré-tratamento e no segundo ano após tratamento, utilizando o ecógrafo Siemens AcusonS2000. Os valores cut-off definidos para os graus de fibrose hepática foram: $F \geq 2$ - 1.34 m/s; $F \geq 3$ - 1.55 m/s; $F4$ - 1.80 m/s.

Resultados: Foram incluídos 75 doentes, sendo 70,7% do sexo masculino. A idade média foi de 52,1 anos (\pm 11,2). Relativamente à distribuição dos genótipos: 70,7% genótipo 1, 17,3% genótipo 3 e 12% genótipo 4. A VOC mediana diminuiu de 1,76m/s (IQR 1,26-2,61) pré-tratamento para 1,31m/s (IQR 1,05-1,76) após o tratamento, $p < 0,001$. Previamente ao tratamento, 58,7% dos doentes apresentavam valores de ARFI compatíveis com fibrose avançada ($F \geq 3/F4$). Neste grupo, houve uma diminuição do estadio de fibrose em 40,9% (27,3% para estadio F0/1). Nos doentes com F4, houve uma diferença estatisticamente significativa na redução da fibrose entre doentes com e sem sinais clínicos de cirrose hepática ($p = 0,003$). Um valor pré-tratamento compatível com fibrose avançada ($p < 0,001$) e ALT $> 2 \times$ LSN ($p < 0,001$) associaram-se significativamente a uma maior diminuição da VOC.

Conclusão: No presente estudo, uma RVS após o tratamento do VHC associou-se globalmente a uma diminuição do valor de ARFI. Contudo, a maioria dos doentes com fibrose avançada não apresentou diminuição do grau de fibrose, o que reforça a importância de uma terapêutica precoce do VHC com AAD. De referir ainda que um valor de ALT aumentado pré-tratamento se

associou a uma maior diminuição da VOC, o que poderá estar relacionado com uma redução da atividade necroinflamatória.

PO 16

LESÕES AMPULARES BENIGNAS – TRATAMENTO ENDOSCÓPICO OU CIRÚRGICO?

Laranjo A.; Libânio D.; Dinis Ribeiro M.

Hospital Espírito Santo de Évora Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

Introdução: As lesões ampulares apresentam baixa prevalência e a sua abordagem pode ser endoscópica ou cirúrgica. Contudo, atualmente não existem recomendações quanto ao tratamento de eleição destas lesões.

Objetivo: Comparar a eficácia e segurança da abordagem endoscópica e cirúrgica nas lesões ampulares benignas

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo doentes consecutivos com lesões ampulares benignas (adenoma com displasia de baixo/alto grau, sem invasão ductal) submetidos a ressecção endoscópica (RE) vs duodenopancreatectomia cefálica (DPC) de Junho de 2008 a Julho de 2019.

Resultados: Incluídos 18 doentes (5 submetidos a RE e 13 submetidos a DPC), 72% do sexo masculino, com uma idade média 68 ± 12 anos. Ao diagnóstico, no grupo RE, 60% estavam assintomáticos e 40% apresentavam dor abdominal. No grupo DPC, apenas 23% estavam assintomáticos, apresentando os restantes icterícia obstrutiva (54%), perda ponderal (31%) e dor abdominal (31%). No grupo RE, 80% dos doentes realizou ultrassonografia endoscópica (EUS) e 20% RM para estadiamento pré-tratamento. No grupo DPC, todos os doentes realizaram RM e 31% completaram estudo com EUS. Quanto à histologia da lesão após tratamento: no grupo RE, 40% das lesões apresentavam displasia de baixo grau (DBG), 40% displasia de alto grau (DAG) e 20% adenocarcinoma (ADC); no grupo DPC, 15% tinham DBG; 23% DAG; 62% ADC. Em ambos os grupos, todos os doentes apre-

sentaram margens negativas (R0). O tamanho médio das lesões foi superior no grupo DPC (14.2 vs 21.5mm, $p > 0.05$).

No subgrupo de doentes que apresentaram displasia após o tratamento (excluindo aqueles com carcinoma), a taxa de eventos adversos (AEs) pós-tratamento foi significativamente superior nos doentes submetidos a DPC (80% vs 25%, $p < 0.05$). No grupo RE, 25% tiveram pancreatite aguda. No grupo DPC, 80% apresentaram infeções pós-operatórias, 40% fistula pancreática, 20% complicações cardiovasculares, hemorragia major e *leak* biliar. Em 20% houve necessidade de reintervenção cirúrgica. O tempo de internamento foi significativamente maior no grupo DPC (43 vs 4 dias, $p < 0.05$). Verificou-se uma taxa de mortalidade de 0% em ambos os grupos ao primeiro mês e de 20% no grupo DPC vs 0% no grupo RE ($p > 0.05$) aos 3 meses.

Conclusão: Nas lesões ampulares benignas, a RE apresenta taxas de ressecção completa semelhantes à DPC com maior segurança, devendo ser preferida sempre que tecnicamente exequível.

PO 17

RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSMURAL – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Laranjo A.; Libânio D.; Dinis Ribeiro M.
Hospital Espírito Santo de Évora Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

Introdução: A mucosectomia (EMR) e a disseção da submucosa (ESD) são técnicas endoscópicas avançadas com eficácia comprovada na ressecção de lesões do trato gastrointestinal. Contudo, estas técnicas permitem apenas a excisão de lesões limitadas às camadas superficiais da parede gastrointestinal, particularmente da mucosa e da submucosa. Para colmatar esta limitação, a ressecção endoscópica transmural (EFTR) é uma técnica inovadora que permite o tratamento de lesões não passíveis de excisão por EMR ou ESD, evitando deste modo a neces-

sidade de cirurgia.

Objetivos: Demonstrar a experiência de um centro na realização de EFTR através da utilização do device FTRD *Ovesco Endoscopy*.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo doentes consecutivos submetidos a EFTR, através da utilização do device FTRD *Ovesco Endoscopy* de Julho de 2018 a Julho de 2019. O sucesso técnico foi definido por ressecção completa endoscópica num fragmento.

Resultados: Foram incluídos 4 doentes, 3 do sexo feminino com uma média de idade de 66.5 anos (56-76 anos). 2 doentes foram submetidos a EFTR por recidiva de adenoma após EMR, 1 por tumor neuroendócrino (TNE) e 1 por adenoma localizado peri-orifício diverticular. Em relação às características endoscópicas das lesões, o tamanho médio foi de 15 mm (10-20 mm); 3 lesões eram do tipo 0-IIa e 1 do tipo 0-IIa+b (classificação de Paris); 1 lesão estava localizada no reto, 2 no sigmóide e 1 no ascendente. Em todos os doentes foi possível aceder à lesão com o dispositivo com um sucesso técnico de 100% e sem eventos adversos relacionados com a técnica. Não se verificaram complicações após o procedimento, sendo a média de internamento de 3.5 dias. Relativamente à histologia, 3 doentes apresentaram adenomas com displasia de alto grau e 1 doente o diagnóstico de TNE bem diferenciado. O tamanho médio das lesões foi de 22 mm (20-24 mm). 3 doentes apresentaram ressecção com margens negativas (R0). O doente que apresentou margens positivas apresentava a lesão de maiores dimensões (24 mm). No *follow-up*, não se verificou recidiva das lesões.

Conclusão: O presente estudo demonstra que, com adequado treino e selecção dos doentes, a utilização do device FTRD *Ovesco Endoscopy* para EFTR surge como complemento eficaz às técnicas de exérese clássicas.

PO 18

AValiação DO IMPACTO DO TRATAMENTO COM ALBUMINA HUMANA EM DOENTES COM CIRROSE HEPÁTICA DESCOMPENSADA

Sofia S. Mendes; João Soeima; Tiago Leal;
Ana Célia Caetano; Raquel Gonçalves
Hospital de Braga

Introdução: Atualmente, os dados sobre o impacto da administração de albumina humana (AH) na melhoria da sobrevida de doentes com cirrose hepática descompensada são controversos.

Objetivos: Este estudo teve como objetivos, determinar os efeitos da administração de AH na sobrevida e na variação de parâmetros laboratoriais de doentes internados por cirrose hepática descompensada (CHD).

Material e métodos: Foi realizado um estudo unicêntrico do tipo coorte retrospectivo. Foram identificados os doentes com um primeiro internamento por CHD no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2017. Os doentes foram divididos em dois grupos, de acordo com a administração ou não de albumina durante o internamento. Com base em registos clínicos, foram analisados os motivos de internamento e a variação no internamento de diversos parâmetros clínicos e analíticos que permitiram calcular scores com valor prognóstico. Os doentes foram acompanhados até 30 de junho de 2019 e analisou-se a sua sobrevivência através do teste de Kaplan-Meier.

Resultados e conclusão: Um total de 146 doentes foram divididos em 2 grupos: 66 doentes (45%) receberam infusões de AH no primeiro internamento e 80 doentes (55%) não receberam. A maioria dos doentes internados era do sexo masculino ($n = 105$, 72%), com uma idade média de $59,6 \pm 0,9$ anos. A etiologia da cirrose foi maioritariamente associada a álcool ($n = 108$, 74%) e os motivos de internamento mais frequentes foram hemorragia digestiva alta ($n = 47$, 32,2%) e encefalopatia hepática ($n = 38$, 26,0%). Não se

identificaram diferenças na variação de valores de creatinina, sódio, bilirrubina e INR séricos à admissão e alta hospitalar entre os dois grupos. A sobrevida média global foi significativamente melhor nos doentes sem tratamento com AH (43,5 vs 27,7 meses, $p < 0,001$). Analisando os doentes com pior prognóstico à admissão de acordo com a escala Child-Pugh (classe C), a sobrevida média a longo prazo foi semelhante entre os dois grupos (31,9 meses nos doentes sem toma de AH vs 31,5 meses nos doentes que receberam AH, $p = 0,507$).

Neste estudo observou-se uma maior sobrevida a longo prazo dos doentes com cirrose hepática que não receberam AH no primeiro internamento por descompensação. Tal pode dever-se a uma maior gravidade dos doentes tratados com AH uma vez que esta diferença se dissipa com o agrupamento de acordo com o prognóstico. São necessários mais estudos prospetivos e controlados para esclarecer o impacto da administração de AH na sobrevida destes doentes.

PO 19

CONSULTA DE PEG – A REALIDADE DE UM CENTRO DO INTERIOR

Maria Margarida Carvalho¹; Andreia Rei¹;
Ana Laranjo¹; Sara Pires¹; Irina Mocanu²;
Nuno Veloso¹; Lurdes Gonçalves¹; Rogério Godinho¹;
Isabel Medeiros¹

¹Hospital Espírito Santo de Évora; ²Hospital Garcia de Orta

Introdução: A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é a via preferencial de alimentação entérica de longo-prazo. A abordagem e seguimento dos doentes com PEG, por uma equipa dedicada, permite melhorar o acesso aos cuidados de saúde e diminuir as complicações.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes observados na consulta de PEG desde a sua criação (Março 2018) até Setembro 2019. Recolheram-se dados relativos à organização da consulta, demográficos, indicação para a gastrostomia, método de colocação e

complicações.

Resultados: A equipa da consulta de PEG é constituída por um gastroenterologista e três enfermeiros do serviço, contando também com o apoio de nutricionista. A consulta programada ocorre uma vez por semana; nos restantes dias, durante o horário de funcionamento do serviço, a equipa observa os doentes que recorrem em episódios não programados, por complicações. Todos os contactos são registados nas fichas individuais dos doentes.

No período considerado, foram observados 79 doentes (49% homens), com média de idade de 70 anos (18-94 anos), 75% dos quais institucionalizados. Os principais motivos para a realização da PEG foram as doenças neuro-musculares (42%), as doenças cérebro-vasculares (39%) e as neoplasias da cabeça e pescoço (15%). 58% das PEGs foram colocadas no nosso serviço, com sondas de 24 Fr pelo método de Pull, registando-se apenas 1 complicação major (peritonite) e 3 complicações minor (2 hemorragias incisionais e 1 alergia ao antibiótico) precoces (< 4 semanas após colocação de PEG). As complicações tardias foram frequentes, destacando-se as remoções acidentais (33%), as infecções do estoma (13%) e um caso de Buried Bumper *syndrome*.

Discussão/Conclusão: A criação de uma consulta de PEG com uma equipa dedicada surgiu da necessidade de dar uma resposta eficaz e organizada a este grupo de doentes. Permittiu-nos identificar as principais dificuldades e complicações associadas aos cuidados com a PEG, criar estratégias para as ultrapassar (revisão de protocolos, formação interna, ensino a cuidadores) e promoveu uma maior proximidade e facilidade de acesso destes doentes aos cuidados de saúde.

PO 20

EZICLEN® – UM NOVO ALIADO NA LIMPEZA DO INTESTINO?

Maria Margarida Carvalho; Andreia Rei; Ana Laranjo; Sara Pires; Nuno Veloso; Lurdes Gonçalves; Rogério Godinho; Isabel Medeiros
Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A má preparação na colonoscopia é um fator limitante para a sua realização conferindo um maior risco de lesões perdidas e um maior custo. Eziclen® é uma nova solução de limpeza intestinal composta por sulfato de sódio, sulfato de magnésio e sulfato de potássio. O composto pode ser administrado num esquema de toma única ou split dose.

Objetivos: Avaliar a adesão, tolerabilidade e eficácia da preparação.

Material e métodos: Análise prospetiva em 50 doentes de ambulatório, submetidos a colonoscopia. Os doentes efectuaram o esquema de toma única. A eficácia foi avaliada através da Boston Bowel Preparation Scale, considerando-se uma preparação adequada quando total ≥ 6 pontos e todos os segmentos ≥ 2 pontos. Excluíram-se crianças, grávidas e doentes com contraindicações para o composto.

Resultados: Incluíram-se 50 doentes (56% sexo masculino; idade média 66anos). As principais indicações foram vigilância de pólipos (38%) e Anemia (14%). 20% dos doentes não apresentava co-morbilidades e a hipertensão arterial foi a co-morbilidade mais frequente (70%; $n = 28$). 26% afirmou-se obstipado, mas apenas 16% ($n = 8$) apresentava < 7 defeções/semana. 8% ($n = 4$) dos doentes referia toma regular de laxantes e 4% ($n = 2$) afirmou ter tomado bisacodilo além da preparação. 98% ($n = 49$) efectuou toma completa da preparação e destes 91,8% ($n = 45$) considerou o volume de toma adequado. 42,9% ($n = 21$) relatou mau sabor. 68% irá optar pela preparação numa ocasião futura. 66% apresentou náuseas, 46% dor abdominal, 42% vómitos, 2% lipotimia e

28% não apresentou qualquer tipo de efeito adverso. Todos os doentes cumpriram a dieta pré-exame. 76% (n = 37) revelou preparação adequada, dos quais 30% com score = 3 no cólon direito. Pontuação média por segmento foi: cólon direito = 2 (σ 0,670); cólon transverso = 2.45 (σ 0,497); cólon esquerdo = 2.43 (σ 0,670). 4% (N = 2) de exames incompletos, apenas 2% (N=1) por deficiente preparação.

Conclusão: Obteve-se preparação adequada numa percentagem considerável, embora abaixo do limiar de desempenho sugerido pela ESGE (\geq 90% dos exames). A evidência favorece a administração em split dose para melhorar os resultados, mas este é um esquema difícil de aplicar pelas particularidades da nossa região. Apesar da maioria dos doentes ter relatado efeitos adversos, estes foram maioritariamente de gravidade ligeira.

PO 21

EFICÁCIA E COMPLICAÇÕES DOS STENTS BILIARES METÁLICOS COLOCADOS POR CPT, NA OBSTRUÇÃO BILIAR MALIGNA

Gago, T.¹; Gamelas V.²; Coelho M.³; Figueiredo L.M.⁴; Costa N.V.⁵; Luz J.H.⁵; Bilhim T.⁵; Veloso Gomes F.⁵; Coimbra E.⁵

¹*Serviço de Gastrentrologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro;* ²*Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central;* ³*Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Setúbal;* ⁴*Serviço de Gastrenterologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca;* ⁵*Serviço de Radiologia de Intervenção do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

Introdução: A colocação de stents biliares metálicos por CPT (colangiografia percutânea trans-hepática) é um tratamento efectivo na obstrução da via biliar de origem maligna, irrecutível. No entanto existem estudos e opiniões controversas relativamente às complicações associadas, dependendo da localização do *stent* – acima da papila vs transpapilar, nomeadamente disfunção do mesmo, ocorrência de complicações e sobrevivência.

Objectivo: Avaliar a eficácia e as complicações dos stents endobiliares colocados por CPT, localizados acima da papila vs transpapilares.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes submetidos a CPT para colocação de stent endobiliar entre 2014 e 2018 num centro de referência a sul do país. Os *endpoints* primários analisados foram: alterações do valor de bilirrubina sérica (BT), complicações, tempo até disfunção do stent e sobrevivência.

Resultados: Revistos 658 CPT, excluídos 481 por não preencherem critérios de inclusão e por perda de *follow up*. Dos 177 Incluídos, 54,8% eram homens, com mediana de idade 69 anos (35-97), sendo as causas mais comuns de obstrução, a neoplasia do pâncreas (36,2%) e o colangiocarcinoma (28,8%). Em 71 doentes (grupo A) foi colocado *stent* acima da papila maior e em 106 (grupo B) transpapilar. Não existiu diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos relativamente a complicações, nomeadamente colangite (p = 0,24). A percentagem de redução dos valores séricos da BT do grupo A vs grupo B após a colocação do *stent* foi: 51,7% vs 54,9% aos 7 dias (p = 0,09) e de 69,3% vs 79,8% aos 30 dias (p = 0,007). A média de tempo até à disfunção do stent e a sobrevida foi de 109 e 185 dias para o grupo A e de 102 e 153 dias para o grupo B. Não houve diferença com significado estatístico entre os grupos no que se refere à disfunção do stent (36,6% grupo A e 26,4% no grupo B, p = 0,13), tempo livre de disfunção do *stent* (p = 0,56) ou na sobrevida cumulativa (p = 0,29).

Conclusão: Não se observou diferença nos outcomes avaliados: complicações, tempo livre de disfunção do stent e sobrevivência, comparando a localização do posicionamento do stent na obstrução biliar maligna. No entanto, a redução da BT aos 30 dias parece ser superior nos doentes com stent transpapilares.

PO 22

COMPARAÇÃO DE SCORES DE RISCO NA PREDIÇÃO DE OUTCOMES EM DOENTES COM HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

Cristiana Sequeira; Inês Costa Santos; Mariana Coelho; Eduardo Dantas; João Mangualde; Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo

Introdução: A hemorragia digestiva baixa (HDB) cessa espontaneamente na maioria dos doentes, mas pode exigir intervenção hemostática ou suporte transfusional (ST) se for contínua/recorrente. Os scores de risco podem estratificar e identificar quem necessita de intervenção precoce, tais como o NOBLADS, preditor de HDB grave, e o score de Oakland (SO), validado recentemente para identificar doentes sem necessidade de internamento.

Objetivo: Comparar a capacidade preditiva do SO e do NOBLADS nos seguintes outcomes: risco de HDB grave; recorrência; necessidade de ST; necessidade de intervenção terapêutica (NIT) endoscópica/cirúrgica/radiológica; mortalidade intra-hospitalar e readmissão hospitalar a 30 dias por HDB.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes admitidos por HDB de 1/1/2017 a 31/7/2019. Aplicaram-se retrospectivamente o SO e NOBLADS e obtiveram-se as respetivas AUROC com intervalo de confiança de 95% para os outcomes. A comparação das AUROCs foi efectuada com recurso ao método DeLong com utilização MedCalc e a restante análise com SPSS v25. Resultados: Incluíram-se 119 doentes (idade média $77,0 \pm 10,9$ anos, mulheres: 54,6%). As causas mais frequentes de HDB foram colite isquémica ($n = 46$) e hemorragia diverticular ($n = 27$). Do total, 28,6% apresentaram-se com HDB grave, 41% receberam ST, em 16% ocorreu recorrência e 18% necessitaram de intervenção (endoscópica: $n = 18$, cirúrgica: $n = 4$). A mediana de duração

do internamento foi 5 dias (1-10 dias), a mortalidade foi 5,9% e a taxa de re-internamento aos 30 dias 5,1%. Relativamente à necessidade de ST e à predição de HDB grave o NOBLADS mostrou-se um bom preditor com AUROC = 0,79 (0,612-0,806) e AUROC = 0,725 (0,635-0,815), respetivamente. O SO foi estatisticamente superior ao NOBLADS para a predição dos outcomes supracitados ($p < 0,01$), com AUROC = 0,942 (0,903-0,981) e AUROC = 0,897 (0,838-0,956), respetivamente. Nos restantes outcomes os scores tiveram semelhante capacidade preditora: boa na recidiva hemorrágica (AUROC SO = 0,754 vs. NOBLADS = 0,710) e razoável na NIT, mortalidade e readmissão.

Conclusão: O SO contempla 7 variáveis rotineiramente obtidas na avaliação inicial do doente com HDB, sendo de aplicação simples e prática. O SO parece ser superior ao NOBLADS na identificação de doentes em risco de HDB grave e dos que precisarão de ST. Ambos são úteis para prever os doentes que requerem intervenção endoscópica/cirúrgica e aqueles com maior risco de recidiva, reinternamento e mortalidade.

PO 23

DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÕES GÁSTRICAS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Francisco Pires; Ana Carvalho; Sofia Ventura; Ricardo Araújo; Juliana Pinho; António Castanheira; Diana Martins; Paula Sousa; Ricardo Cardoso; Eugénica Cancela; Paula Ministro; Américo Silva
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução e objectivos: A dissecação endoscópica da submucosa (DES) é uma técnica de utilização crescente na ressecção em bloco de neoplasias gastrointestinais. O objectivo deste estudo foi avaliar a eficácia e segurança da DES de lesões gástricas no nosso centro.

Material e métodos: Análise retrospectiva unicêntrica de uma coorte de doentes consecutivos com lesões gástricas ressecadas por DES, entre Abril de 2016 e Outubro de 2019. Todos

os procedimentos foram realizados sob sedação profunda no bloco operatório central após obtenção do consentimento informado.

Resultados: Foram ressecadas 23 lesões gástricas de 20 doentes, 60% do sexo masculino, com idade média de $69,52 \pm 10,45$ anos. Relativamente à localização das lesões, 12 encontravam-se no antro, 7 no corpo, 1 na transição corpo-antro e 3 lesões encontravam-se confinadas à incisura angularis. Três lesões apresentavam envolvimento do piloro. O diâmetro médio das lesões foi de $4,34 \pm 1,54$ cm, com diâmetro mínimo de 1,2 cm e máximo de 7,5 cm. A duração média do procedimento foi de $100 \pm 37,63$ minutos e o tempo médio de internamento foi de $4,86 \pm 2,01$ dias. A avaliação anatomopatológica revelou 8 lesões com displasia de baixo grau, 9 com displasia de alto grau, 1 com metaplasia intestinal, 1 com adenocarcinoma in situ, 1 com adenocarcinoma invasor limitado à mucosa e submucosa (SM2) e 2 pâncreas heterotópicos. Obteve-se ressecção curativa (R0) em 100% das lesões. Incluída na análise a excisão por técnica de DES de lesão polipoide séssil sob a qual se encontrava encastado um corpo estranho (espinha), com o objectivo de remover o mesmo. O estudo anatomopatológico evidenciou área fibrótica de tipo cicatricial. Verificada apenas uma complicação associada à DES, nomeadamente hemorragia na escara 20 horas após a realização do procedimento que se debelou com a aplicação de hemoclips.

Conclusões: Apesar do número reduzido de DES realizada no nosso centro, esta provou, até à data, ser uma técnica segura e eficaz na excisão de lesões gástricas pré-malignas e malignas em estadio inicial, e também na remoção de corpos estranhos.

PO 24

METORRAGIAS & TUMOR DE KRUKENBERG

António M. Oliveira; Joana Carvão; Nelia Abreu; Vítor Magno Pereira; Nuno Ladeira; Luis Jasmins
Hospital Central do Funchal

O tumor de Krukenberg é um tumor metastático do ovário com origem principalmente do trato gastrointestinal. Os sintomas comuns de apresentação incluem ascite acompanhada de dor e distensão abdominal.

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 24 anos, sem antecedentes pessoais relevantes e sem medicação habitual, que iniciou quadro de dor abdominal intermitente durante a gravidez (39 semanas) que persistiu nos 4 meses pós parto. Foi medicada com sucralfato e ranitidina, com melhoria sintomática. Passado um ano e meio recorre ao serviço de Urgência por quadro metrorragias e astenia, com um mês de evolução. No exame físico apresentava uma massa pélvica, com extensão desde a fossa ilíaca esquerda até ao umbigo, de consistência pétreo e bordos mal definidos. O exame ginecológico revelou colo uterino sem lesões e metrorragia escassa. Analiticamente apresentava anemia, alteração das provas hepáticas com padrão misto e elevação CA125 (481UI). Realizou ecografia ginecológica que revelou útero com $92 \times 53 \times 55$ mm, presença de massa anexial esquerda com áreas sólidas e líquidas, vascularizada, com 151×152 mm. A TAC Torco-abdomino-pélvica realçava massas anexiais de 80×82 e 104×114 mm respectivamente à direita e à esquerda. Coexistiam adenopatias nas cadeias ilíacas internas e externas, lesões nodulares no terço distal dos músculos rectos abdominais e presença de líquido ascítico. Submetida a laparotomia exploradora e anexetomia bilateral, observando-se implantes peritoneais. A peça operatória apresentava $155 \times 10 \times 60$ mm, com aspectos morfológicos sugestivos de adenocarcinoma com células em anel de sinete.

A endoscopia digestiva alta revelou lesão ulcerada de bordos irregulares no corpo gástrico, ao longo da pequena curvatura, sendo a histologia da lesão um adenocarcinoma com células em anel de sinete. A doente acabaria por falecer 10 meses depois, por progressão da doença.

Os autores realçam a forma incomum de apresentação dum tumor de Krukenberg, reforçando a necessidade de exclusão de neoplasia do tracto digestivo neste contexto.

PO 25

UM CASO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARIZ ECTÓPICA

Mariana Brito; Gonçalo Nunes; Marta Patita; Manuela Canhoto; Pedro Pinto Marques; Jorge Fonseca

Serviço de Gastrenterologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

A hemorragia digestiva por varizes ectópicas é pouco frequente, sendo importante a suspeição clínica para o seu diagnóstico e tratamento. O objetivo deste caso é alertar para esta causa incomum de hemorragia digestiva. Os autores trazem o caso de uma mulher de 25 anos com antecedentes pessoais de ganglioneuroma abdominal operado aos 15 anos de idade, com múltiplas complicações peri-operatórias, nomeadamente necrose do colédoco e vesícula biliar com necessidade de colecistectomia e derivação bilio-digestiva em Y de Roux. Evolução clínica complicada com cavernoma da veia porta, condicionando hipertensão portal, com seguimento noutra instituição prévio ao episódio actual. Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos por quadro de melenas com instabilidade hemodinâmica, tendo realizado endoscopia digestiva alta (EDA) com exploração de ambas as ansas jejunais que revelou varizes esofágicas grandes sem estigmas de hemorragia ou sinais vermelhos e varizes gástricas pequenas (GOV-2), mas sem identificação do foco de hemorragia e sem vestígios hemáticos na cavidade gástrica. Por recidiva da hemorragia,

repetiu EDA com exploração prolongada e profunda nas ansas jejunais e identificação de ponto sangrante ao nível da anastomose bilio-digestiva, tendo sido efetuada injeção de polidocanol. No dia seguinte é submetida novamente a EDA identificando-se, na zona de injeção prévia com polidocanol, coágulo fresco que se removeu com ansa, desencadeando hemorragia de alto débito. Procedeu-se de imediato a injeção com mistura de cianoacrilato e lipiodol (1:1, 4cc), com hemostase eficaz. A doente mantém-se após um ano depois sem novos episódios de hemorragia. Os autores apresentam iconografia em video de hemorragia de alto débito em variz ectópica e o procedimento de hemostase, destacando a importância da suspeição clínica e exploração endoscópica cuidadosa na sua detecção, bem como a terapêutica com injeção de cianoacrilato.

PO 26

PSEUDOACALÁSIA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Margarida Carvalho; Andreia Rei; Ana Laranjo; Sara Pires; Nuno Veloso; Lurdes Gonçalves; Rogério Godinho; Isabel Medeiros
Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A pseudoacalásia é uma entidade que mimetiza os achados da Acalásia e foi descrita como uma manifestação de malignidade inicialmente por Howarth em 1919 e, mais tarde, por Ogilvie. A etiologia é neoplásica em 70% dos casos, ocorrendo por invasão microscópica do plexo mioentérico ou do nervo vago e os Adenocarcinomas (ADC) da junção esófago-gástrica são os tumores mais frequentemente implicados.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher, 87 anos, com quadro de vómitos pós-prandiais e perda ponderal com várias semanas de evolução. Nesse contexto realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou um esófago tortuoso e dilatado com estase alimentar marcada, redução progressiva do calibre do lúmen do

esófago distal com convergência de pregas com mucosa regular, sendo identificada aos 30cm da arcada dentária superior (ADS) a junção esôfago-gástrica, regular e franqueável pelo aparelho com ressalto moderado-severo, seguindo-se hérnia do hiato com 4cm (impressão diafragmática aos 34cm da ADS) com mucosa granular, congestiva e infiltrativa compatível com ADC infiltrativo (Siewert II/III) confirmado histologicamente (ADC difuso com células de anel de sinete) associado a Pseudoacalásia. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou distensão dos 2/3 proximais do esófago e espessamento parietal irregular do 1/3 distal do esófago, cárdia e saco herniário, associado a adenopatias locorregionais. Em consulta de decisão terapêutica, pela idade, performance status e tipo de cirurgia necessária, a doente foi considerada *unfit for surgery* sendo proposta para colocação de Prótese metálica auto-expansível (PMAE) parcialmente coberta que a doente e familiares concordaram. Após colocação de PMAE a doente apresentou boa tolerabilidade à progressão da dieta.

Conclusão: Esta doente apresentava características endoscópicas típicas de Acalásia com ADC subjacente. Um curto período de duração dos sintomas, idade >60 anos e uma perda de peso desproporcional são mais sugestivos da Pseudoacalásia em oposição a uma verdadeira Acalásia.

PO 28

HELICOBACTER HEILMANNI COMO CAUSA POUCO FREQUENTE DE ÚLCERA GASTRODUODENAL:

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marisa Linhares; Diana Ramos; Flávio Pereira; Ana Caldeira; Rui Sousa; António Banhudo
Serviço de Gastroenterologia, ULS Castelo Branco

Mulher de 82 anos, previamente autónoma. Antecedentes de patologia osteoarticular e toma de naproxeno sem IBP.

Em Janeiro de 2019 recorre ao SU por epigastralgia e hematemeses. Analiticamente apresentava uma Hb 6.8 gr/dL. Foi realizada uma en-

doscopia onde se observou uma úlcera gástrica pré-pilórica profunda, com cerca de 50 mm e com coágulo aderente, e outra úlcera duodenal circunferencial entre o piloro e DII de base nacarada. A doente foi internada para tratamento.

Uma semana depois observa-se uma franca melhoria endoscópica de ambas as úlceras. Ao fim de duas semanas a doente teve alta medicada com IBP bidiário com diagnóstico de úlcera péptica associada à toma de AINE's.

Um mês depois a doente foi reinternada por vômitos em contexto de estenose duodenal. Na EDA observava-se a úlcera gástrica mas com sinais de cicatrização. Foi iniciado procinético fixo e dieta líquida enriquecida com tolerância alimentar e a doente teve alta com estas indicações além do IBP bidiário e suplementos.

Nas biópsias efectuadas na úlcera gástrica não havia evidência histológica de neoplasia. Na reavaliação da úlcera ao fim de 2 meses, são realizadas novas biópsias. A histologia evidenciou a presença de *Helicobacter Heilmanni sensu lato* (sl).

A doente iniciou erradicação e fez duas sessões de dilatação por balão. Actualmente está assintomática com dieta líquida enriquecida, IBP e procinéticos. Endoscopicamente, a úlcera gástrica está resolvida e a reavaliação histológica já não mostrava colonização pela bactéria.

Helicobacter Heilmanni sl é um termo referente a um conjunto de bactérias *helicobacter* não-*Pylori* que infecta animais e humanos. Ao contrário da *Helicobacter Pylori* (HP), esta coloniza preferencialmente animais sugerindo tratar-se de uma zoonose. A sua prevalência em biópsias gástricas nos países Ocidentais é < 1% e coloniza preferencialmente o antro e de forma focal. A *Helicobacter Heilmanni* sl tem sido associada a úlcera péptica, carcinoma gástrico e linfoma gástrico MALT. A patologia gástrica por norma é moderada, apesar de apresentar maior risco de linfoma gástrico MALT e ter uma colonização inferior quando comparada com HP.

Os doentes podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas gástricos. Neste momento o diagnóstico é histológico, não estando validados o teste da urease e antigénios. O tratamento é semelhante ao da *H. Pylori*.

Este caso relembra uma causa pouco frequente de úlcera gástrica. Neste caso a doença, provavelmente, foi exacerbada pela toma de AINE's.

PO 29

COLITE QUÍMICA: UMA SURPRESA ETIOLÓGICA

Mariana Coelho, Eduardo Dantas, Cristiana Sequeira, Ricardo Freire, Élia Gamito, Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar de Setúbal

Homem de 51 anos, com hábitos alcoólicos marcados e obstipação crónica com vários anos de evolução. Recorreu ao serviço de Urgência por dor abdominal e hematoquézias de sangue vivo, com início algumas horas após clister de limpeza inadvertidamente feito com rum.

À observação destacava-se dor à palpação na fossa ilíaca esquerda. Analticamente, a realçar leucocitose de $21.2 \times 10^9/L$. Realizou TC abdomino-pélvica que mostrou espessamento difuso da parede do recto e cólon até ao transversos. Foi submetido a rectossigmoidoscopia com progressão até aos 50 cm da margem anal, que mostrou mucosa congestionada, edemaciada, erosionada e ulcerada com gradiente de gravidade crescente ao longo da progressão e continuando-se para montante.

Foi admitido no Serviço de Gastreenterologia para vigilância, tendo evoluído favoravelmente sob terapêutica conservadora, pelo que teve alta ao 5º dia. Não desenvolveu complicações durante o seguimento posterior.

Apresenta-se o presente caso pela exuberância dos aspectos endoscópicos, imagiológicos e pela etiologia pouco habitual.

PO 30

MANIFESTAÇÃO RARA DE TUMOR INESPERADO

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

Homem de 46 anos com nódulo no pulmão direito detectado incidentalmente, em investigação, com PET-TC a sugerir doença localizada e a aguardar caracterização histológica.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal nos quadrantes superiores com irradiação dorsal, náuseas, vômitos, colúria e icterícia. Da avaliação inicial destacava-se hiperlipasémia associada a elevação moderada da ALT, AST e bilirrubina e TC abdominal, sem contraste EV, que mostrou discreta densificação da gordura peripancreática e vias biliares dilatadas, com imagem sugestiva de coledocolitíase. Assumiu-se o diagnóstico de pancreatite aguda litiásica e ficou internado no Serviço de Gastreenterologia. Foi submetido a CPRE que revelou estenose do colédoco distal com microlitíase a montante. Face à melhoria clínica teve alta a aguardar TC com contraste EV, para avaliação da referida estenose.

Regressou ao SU passados 2 dias por dor abdominal intensa. Repetiu TC abdomino-pélvica, com contraste EV, que mostrou lesão no processo uncinado do pâncreas e inúmeras lesões nodulares peritoneais, mesentéricas e retroperitoneais sugestivas de implantes secundários. Colocada a hipótese de duas lesões distintas, pulmonar e pancreática, foi equacionada punção da massa pancreática por ecoendoscopia, que não se realizou por entretanto se ter obtido a histologia da lesão pulmonar, que mostrou tratar-se de metástase de melanoma ocular. O doente teve uma evolução desfavorável, tendo falecido um mês depois.

O melanoma maligno tem grande capacidade de metastização, a qual é pouco previsível. O pulmão é um dos locais mais comuns de me-

tastização visceral, sendo o pâncreas e o peritoneu localizações menos frequentes, existindo poucos de casos descritos na literatura.

PO 31

PÓLIPO CLOACOGÉNICO: UMA ENTIDADE RARA

Mariana Coelho; Eduardo Dantas; Cristiana Sequeira; Cláudio Martins; Ricardo Freire; Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar de Setúbal

Mulher de 57 anos, sem patologia associada, referenciada a Consulta de Proctologia por tumefação perianal e hematoquézias de sangue vivo, em pequena quantidade, com vários anos de evolução. No exame proctológico observou-se póliipo parcialmente prolapsado através do canal anal, de aspeto morulado, com cerca de 2 cm de diâmetro e pedículo longo, de aparente inserção no reto baixo. Foi submetida a colonoscopia com polipectomia da referida lesão, cuja histologia foi compatível com póliipo cloacogénico.

Descritos pela primeira vez em 1981, os pólipos cloacogénicos são um tipo de póliipo benigno raro, normalmente encontrado em mulheres adultas com patologia proctológica de base, como doença hemorroidária, prolapso rectal ou obstipação terminal. Existem descrições de pólipos cloacogénicos com focos de displasia e evolução para carcinoma cloacogénico, pelo que a excisão é recomendada. Nos doentes cujo mecanismo de base não é corrigido, há risco de recidiva da lesão. Pelo risco de recidiva e de evolução maligna, a vigilância endoscópica é recomendada, mesmo que na ausência de focos displásicos.

PO 32

PROCTITE ISQUÉMICA: UM DIAGNÓSTICO INFREQUENTE

Mariana Coelho; Eduardo Dantas; Cristiana Sequeira; Ricardo Freire; Isabelle Cremers; Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar de Setúbal

Mulher de 63 anos com diabetes mellitus insulinotratada, sem complicações, e hipertensão arterial sistémica controlada com perindopril,

proposta para colonoscopia por história familiar de adenoma avançado. Na véspera do exame, ainda antes do início da preparação anterógrada, iniciou hematoquézias de sangue vivo, sem outra sintomatologia associada. No exame observou-se, no reto, mucosa congestionada e de aspeto “vinhoso”, com distribuição não circunferencial, aspetos estes sugestivos de proctite isquémica. Não se verificou nenhuma repercussão a nível hemodinâmico ou analítico, tendo a doente evoluído favoravelmente com tratamento conservador. A histologia corroborou a hipótese diagnóstica e foi realizada reavaliação endoscópica e histológica, que mostrou completa cicatrização da mucosa. A proctite isquémica é uma entidade pouco frequente dada a extensa rede de colaterais do reto, principalmente em doentes sem patologia vascular preexistente. Segundo a literatura, a mortalidade desta condição atinge os 20-40%, sendo que muitos dos doentes requerem proctectomia como tratamento definitivo. Apresenta-se o caso não só pela raridade do diagnóstico, como pela apresentação atípica.

PO 35

SÍNDROME DA RAPUNZEL – MANIFESTAÇÃO RARA DE UM TRICOBEOZAR

Catarina Nascimento; Marisa Ferreira; Sara Oliveira; João Goulão; Alexandre Ferreira
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A formação de bezoares é um processo raro que afeta o trato gastrointestinal. De acordo com a sua composição, os bezoares são classificados em fitobezoares (matéria vegetal), tricobezoares (cabelo), fármacobezoares (fármacos) e lactobezoares (fórmulas lácteas concentradas). Os tricobezoares localizam-se geralmente no estômago, mas podem estender-se ao intestino delgado (Síndrome da Rapunzel).

Caso clínico: Menina, de 9 anos de idade, com antecedentes pessoais de obstipação, admitida no SU por dor abdominal epigástrica, recusa alimentar e obstipação com 5 dias de evolução. Ao exame objetivo o abdómen era doloroso à

palpação da região epigástrica e do hipocôndrio direito, onde se palpava tumefação dura e de bordos lisos. No hipogastro, palpava-se massa compatível com corda cólica/fecalomas múltiplos. Assumido quadro de obstipação grave, pelo que permaneceu em vigilância sob terapêutica conservadora, sem melhoria das queixas e com vômitos biliares de novo. Realizou radiografia abdominal que mostrou distensão das ansas intestinais com presença de níveis hidro-aéreos. A ecografia abdominal revelou mínima lâmina de ascite peri-hepática e marcada aerocolia. A TC-AP mostrou aspetos compatíveis com extensa invaginação intestinal na FIE, íleo-ileal, moderada distensão das ansas intestinais a montante, bem como do estômago e duodeno e volumosa quantidade de conteúdo heterogêneo endoluminal gástrico. Foi realizada EDA com identificação de volumoso bezoar no estômago que se prolongava ao duodeno não permitindo a progressão do gastroscópio. As tentativas de fulguração e recuperação revelaram-se fúteis perante o tamanho do bezoar, pelo que se optou pela abordagem cirúrgica por laparotomia. Iniciou antibioterapia com ampicilina, gentamicina e metronidazol e foi submetida a gastrotomia anterior com remoção de extenso tricobezoar e de corpo estranho intra-luminal ao nível do jejuno que condicionou 3 microperfurações com consequente ressecção segmentar de delgado e anastomose termino-terminal.

Discussão: O desenvolvimento de tricobezoares é condição que afeta predominantemente jovens do sexo feminino, afetando quase sempre em associação com tricotilomania, tricofagia ou outras doenças psiquiátricas. A remoção endoscópica, quando possível, deve ser privilegiada. Contudo, os tricobezoares gástricos são mais resistentes à fragmentação endoscópica, pelo que a abordagem cirúrgica por laparotomia ou laparoscopia é frequentemente necessária.

PO 36

MANIFESTAÇÃO RENAL DE LINFOMA MALT

Maria Ana Rafael; Afonso Santos;
Luísa Martins Figueiredo; Ana Maria Oliveira;
Alexandra Martins

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Estão descritos raros casos de glomerulonefrite (GN) em doentes com linfoma de tecido linfóide associado à mucosa (MALT), sendo o padrão histológico mais frequentemente encontrado do tipo membranoproliferativo (MP).

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 70 anos, latino-americana, a residir em Portugal desde há 2 anos. Com antecedentes de gastropatia por *Helicobacter pylori*, para a qual terá feito erradicação.

Admitida por um quadro de dor abdominal, diarreia, febre, hipertensão arterial grave de novo, cefaleia e edema da face e dos membros inferiores. Analiticamente destaca-se uma creatinina que atingiu um valor máximo de 3 mg/dl, proteinúria de 1300 mg/24h e hipoalbuminémia de 1,9 g/dl. Ficou internada no serviço de Nefrologia com o diagnóstico de síndrome nefrítico-nefrótico. Realizou biópsia renal, que revelou uma GNMP associada a crioglobulinas (IgM lambda).

A tomografia computadorizada abdominal revelou um espessamento do intestino delgado proximal. Neste sentido, realizou enteroscopia de pulsão com progressão estimada até ao jejuno proximal, que revelou ao longo de todo o trajeto percorrido áreas focais de mucosa hiperemiada e duas úlceras com cerca de 7 mm, de fundo nacarado, a nível do jejuno. Concomitantemente, a mucosa do fundo e corpo gástrico apresentava-se hiperemiada e de aspeto granitado. As biópsias do corpo gástrico revelaram uma infiltração densa por células linfóides pequenas, imuno-reativas para CD20, CD43, BCL-2 e cadeias leves lambda, concluindo tratar-se de linfoma não Hodgkin de células pequenas B (CD20+) de baixo grau, de padrão difuso, com-

patível com linfoma MALT. A pesquisa de *Helicobacter pylori* foi negativa.

Assim, assumiu-se uma glomerulonefrite secundária ao linfoma MALT, pelo que foi encaminhada para a especialidade de Hematologia do Instituto Português de Oncologia.

PO 38

VARIZES PERICOLOSTOMIA: UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NOS DOENTES COM HIPERTENSÃO PORTAL

Bárbara Morão; Carolina Palmela;
Alexandre Ferreira; Joana Nunes; Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: As varizes ectópicas são uma causa rara de hemorragia no contexto de hipertensão portal (< 5%), sendo as varizes do estoma uma das principais causas.

Caso clínico: Homem de 63 anos com cirrose hepática alcoólica (Child Pugh B/7, MELD 9), com manifestações clínicas de hipertensão portal (pancitopénia, ascite e varizes esofágicas sob profilaxia primária). Tinha história de neoplasia do reto submetida a cirurgia e quimioterapia em 2013, portador de colostomia desde então. Internado em Out/2018 por quadro de astenia com queda, com anemia agudizada (Hb 5.6g/dL). Constatada presença de fezes castanhas e sangue vivo de novo em pequena quantidade no saco de colostomia, sem outras perdas hemáticas visíveis. Os exames endoscópicos revelaram varizes esofágicas grandes e diverticulose do cólon, sem sangue luminal. A TC-abdominal revelou ectasia da veia porta e colostomia com diversas estruturas vasculares sugestivas de varizes peri-estoma. Foi avaliado por Cirurgia Geral, com equimose peri-estoma, sem varizes. Desde Fev/2019 apresentou várias idas ao serviço de Urgência por hematoquézias, sem instabilidade hemodinâmica, por vezes com necessidade de suporte transfusional. Realizada colonoscopia total em 6 ocasiões que não revelaram sangue luminal, admitindo-se os episódios de hemorragia no contexto

de diverticulose. Foi novamente internado em Ago/2019 por hematoquézias com instabilidade hemodinâmica, analiticamente com Hb 7.4g/dL, plaq 98.000/L, INR 1.25, função renal e provas hepáticas normais. Fez colonoscopia após estabilização hemodinâmica, observando-se no bordo inferior do estoma um coágulo aderente não destacável e com hemorragia em toalha de baixo débito ao toque manual. Não se observou sangue luminal. Admitiu-se hemorragia com ponto de partida em varizes pericostomia, tendo iniciado perfusão de octreotido. O gradiente de pressão venosa hepática era de 8 mmHg, pelo que realizou embolização da variz com que decorreu sem intercorrências. Não apresentou recidiva hemorrágica (*follow-up* de 2 meses).

Conclusão: Apresentamos este caso e respetiva iconografia dada a sua raridade. A hemorragia de varizes pericostomia é raramente reportada na literatura, com uma taxa de mortalidade de 3-4%. O tratamento ideal não está bem estabelecido, sendo a esclerose, laqueação ou embolização de varizes ou a colocação de TIPS algumas opções terapêuticas. Apesar de incomum, o seu reconhecimento é fundamental para um diagnóstico precoce e tratamento atempado.

PO 39

VÓMITOS PERSISTENTES NA DOENÇA DE CROHN: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Tiago Leal; Pedro Antunes; Sofia da Silva Mendes;
Bruno Gonçalves; Bruno Arroja; Raquel Gonçalves
Hospital de Braga

Doente de 26 anos, do sexo masculino, que recorreu ao serviço de Urgência por quadro de dor abdominal tipo cólica, náuseas e vômitos incoercíveis com 4 dias de evolução. Referia episódios semelhantes recorrentes nos últimos 6 meses. Tinha sido diagnosticado com Doença de Crohn (A2L1B1) 4 meses antes e estava sob tratamento com Budesonido. Negava alterações dos hábitos intestinais, febre ou distensão abdominal. O exame físico era normal, exce-

tuando a dor abdominal à palpação da região periumbilical, sem sinais de irritação peritoneal. As análises sanguíneas e a radiografia do abdômen também eram normais. Durante o internamento hospitalar, apresentou escassa melhoria apesar de terapêutica anti-emética intensiva. Adicionalmente, desenvolveu alterações do humor com irritabilidade e ameaças à integridade física dos profissionais de saúde. Destacava-se, também, o tempo que passava no chuveiro, cerca de 1-2 horas, sob água quente, uma vez que segundo o doente melhorava os sintomas. Posto isto, foi realizada a pesquisa de canabinóides na urina que foi positiva. Consequentemente, foi novamente questionado o consumo de drogas que o doente havia previamente negado, tendo finalmente admitido a utilização de canábis há vários anos. A patologia foi explicada ao doente, levando à cessação dos consumos e à melhoria clínica.

A síndrome de hiperémese associada aos canabinóides constitui um desafio diagnóstico, condicionando um curso prolongado da doença até que o diagnóstico seja alcançado. Um comportamento de banho patológico é característico, visto que banhos prolongados aliviam os sintomas na fase de hiperémese. A abstinência de canabinóides representa tanto um teste diagnóstico como o tratamento, uma vez que a melhoria com a cessação do consumo é um critério diagnóstico.

PO 40

IATROGENIA ENDOSCÓPICA GRAVE EM DOENTE COM CIRROSE HEPÁTICA

Tiago Leal; Sofia da Silva Mendes; Pedro Antunes; Margarida Gonçalves; Ana Rebelo; Ângela Rodrigues; Bruno Arroja; Raquel Gonçalves
Hospital de Braga

Relata-se o caso de um doente de 52 anos do sexo masculino com cirrose hepática alcoólica Child-Pugh B que recorreu ao serviço de Urgência por hemorragia digestiva alta. Tratava-se de um doente com diagnóstico inaugural de cirrose

em internamento prévio também por hemorragia varicosa, com alta há 10 dias. Encontrava-se medicado com pantoprazol 40 mg, propranolol 60 mg/dia e ferro. Na endoscopia digestiva alta (EDA) de urgência foi observada hemorragia em toalha com origem em escara de laqueação prévia e o doente entrou em paragem cardio-respiratória. Após reversão, por insucesso do tratamento endoscópico foi colocada sonda de Sengstaken-Blakemore (SSB). No dia seguinte, foi repetida EDA e aplicados 3 anéis elásticos em cordões varicosos. Após 3 dias, o doente apresentou recidiva hemorrágica, sendo novamente colocada SSB antes do transporte para o Bloco Operatório, onde se realizou exame sob sedação e com proteção da via aérea, e se constatou perfuração esofágica ampla. A tomografia computadorizada (TC) toraco-abdominal confirmou a perfuração. A equipa de Cirurgia declinou o tratamento cirúrgico e não foi elegível para internamento nos Cuidados Intensivos, pelo que o doente ficou sob antibioterapia e sob nutrição parentérica na Enfermaria de Gastroenterologia. Apesar do prognóstico reservado, o doente apresentou evolução favorável, tendo sido realizado TIPS por risco elevado de recidiva hemorrágica. Após 4 semanas, na TC com contraste oral não se verificou fuga de contraste, pelo que foi realizada EDA que confirmou o encerramento da perfuração.

A hemorragia digestiva varicosa refratária é uma situação clínica de difícil controlo, constituindo a realização de TIPS por vezes a única solução. A perfuração esofágica associa-se frequentemente a elevada morbi-mortalidade, pelas suas consequências clínicas e difícil abordagem cirúrgica. Descrevemos um caso em que a associação destas duas condições extremas num doente com cirrose hepática faziam antever um desfecho fatal, mas que reforça a importância da persistência e resiliência nos cuidados prestados a estes doentes.

PO 41

ABCESSO HEPÁTICO E NEOPLASIA DO CÓLON: UMA COINCIDÊNCIA OU ASSOCIAÇÃO?

Diana Ramos; Eduardo Pereira; Flávio Pereira; Marisa Linhares; Richard Azevedo; Ana Caldeira; António Banhudo
ULS Castelo Branco

Introdução: Os abscessos hepáticos ocorrem habitualmente após peritonite, em contexto de infeção biliar ou até mesmo em contexto de infeção sistémica. Alguns estudos asiáticos sugerem uma associação com neoplasia colorretal subjacente.

Objetivo: Partilha de um caso curioso de um doente com abscesso hepático no qual se diagnosticou concomitantemente, no decorrer do estudo, uma neoplasia do sigmóide. Este caso vai de encontro a alguns relatos de associação entre estas duas entidades.

Caso: Homem de 65 anos, internado por abscesso hepático do lobo direito com cerca de 8 cm. Realizada drenagem percutânea ecoguiada do abscesso no serviço de gastroenterologia. Realizada exploração abdominal ecográfica peri-drenagem, que identificou, no hipogastro, formação sólida com mais de 3 cm no cólon sigmóide. Em continuidade com esta formação, identificou-se coleção hipocogénica que se prolongava para fora da parede intestinal que, após administração de contraste endovenoso, era compatível com pequeno abscesso. Realizada TAC abdomino-pélvica que descrevia, no cólon sigmóide, nódulo/pólipo com densidade mista associada a pequena reação líquida no espaço pélvico.

Realizou-se colonoscopia que revelou aos 35 cm da margem anal, pólipo semi-pediculado com cerca de 50 mm. Pólipo excisado em piecemeal após elevação da submucosa. Feita tatuagem a nível proximal e distal da lesão. A histologia revelou adenocarcinoma invasor precoce de baixo grau, pT1.

Doente foi submetido a sigmoidectomia laparoscópica. Além disso, também se verificou previamente resolução de abscesso após antibioterapia e drenagem percutânea ecoguiada.

Conclusão: Trata-se de um caso interessante uma vez que se diagnosticou precocemente uma neoplasia do sigmóide por via ecográfica no contexto do estudo de um abscesso hepático. Até se pode ter tratado de uma infeliz coincidência, no entanto, estas duas entidades podem estar relacionadas. No nosso caso, o adenocarcinoma do sigmóide tinha um pequeno abscesso associado que pode ter contribuído para o aparecimento do abscesso hepático.

PO 42

FÍSTULA ESÓFAGO-PULMONAR SECUNDÁRIA A CARCINOMA PAVIMENTOCELULAR DO ESÓFAGO TORÁCICO

Rei, Andreia; Carvalho, Maria; Laranjo, Ana; Pires, Sara; Veloso, Nuno; Gonçalves, Maria Lurdes; Godinho, Rogério; Medeiros, Isabel
Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: As fístulas malignas traqueo e brônquio-esofágicas complicam 5-15% das neoplasias do esófago. A fistula esófago-pulmonar foi raramente descrita, traduzindo invasão direta do parênquima pulmonar com lesão alveolar, pneumonite e abscesso pulmonar persistente.

Caso clínico: Doente do género masculino, 41 anos, carga tabágica 25 UMA, hábitos alcoólicos marcados, recorreu ao serviço de urgência por quadro de tosse produtiva com 4 semanas de evolução, toracalgia pleurítica direita e febre com 3 dias evolução. Analiticamente a destacar leucocitose 11.900 e proteína C-reactiva 34.9 mg/dL. Imagiologicamente na radiografia torácica objetivou-se lesão cavitada no lobo superior direito e na tomografia computadorizada do tórax consolidação extensa, com áreas de cavitação interior, infiltrado parenquimatoso perilesional peribroncovascular, inflamação com contiguidade mediastínica. Proposto para internamento

admitindo-se hipótese diagnóstica de infecção pulmonar cavitada (tuberculose pulmonar?) com possível mediastinite. A anamnese apurou disfagia progressiva para sólidos e líquidos com 3 meses de evolução, tosse e engasgamento na deglutição e perda ponderal de 14% do peso basal. Realizou endoscopia digestiva alta com apoio fluoroscópico que mostrou neoformação infiltrativa desde os 20 cm da arcada dentária superior com estenose não franqueável do lúmen, com histologia de carcinoma pavimentocelular ulcerado e necrosado. Evidenciou-se após injeção de contraste broncograma aéreo ao nível do lobo superior direito associado a tosse imediata, compatível com fistulização. A broncofibroscopia não evidenciou fístula esôfago-brônquica, com nova tomografia computadorizada a confirmar envolvimento do parênquima pulmonar e extensão mediastínica, com adenopatias regionais sem evidência de metastização à distância. Admitido estadiamento IIIc T4bN2M0 com decisão multidisciplinar de terapêutica paliativa endoscópica com stent esofágico autoexpansível e abordagem conservadora da pneumomediastinite.

Discussão/Conclusão: A fistulização para o parênquima pulmonar e extensão mediastínica, complicação rara na evolução do carcinoma esofágico, determinou o estadiamento e complicou o prognóstico do doente, ao traduzir doença locorregional avançada, cirurgicamente irressacável, com infecção mediastino-pulmonar. O stent esofágico permitiu assegurar via oral e controlar a disfagia, com melhoria da qualidade de vida apesar do risco de complicações e recorrência de infecção.

PO 43

ACALÁSIA COM MEGAESÓFAGO – QUANDO A SOLUÇÃO É CIRÚRGICA

Ana Carvalho; Francisco Pires; Sofia Ventura; Juliana Pinho; Ricardo Cardoso; Diana Martins; Paula Sousa; Ricardo Araújo; Eugénica Cancela; António Castanheira; Paula Ministro; Américo Silva
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Homem, 76 anos, com antecedentes de acalásia tipo 2 diagnosticada em 2016 após episódio de disfagia com vômito e pneumonite de aspiração, tendo realizado tratamento com toxina botulínica e dilatação endoscópica em 2017.

Em março de 2019, recorreu ao serviço de urgência por quadro de disfagia para sólidos e sensação de impactação alimentar, sem outra sintomatologia ou alterações no exame físico ou estudo analítico. Na endoscopia digestiva alta (EDA), observado lúmen esofágico muito dilatado e tortuoso, com volumosa impactação alimentar desde a zona do cricofaríngeo até ao cárdia (aos 42cm dos incisivos), tendo-se efetuado remoção progressiva do conteúdo alimentar através de endoscópio terapêutico com apoio de ansa de rede. Foi repetida EDA cinco dias depois, que revelou esôfago atônico, dilatado e tortuoso, com passagem sem dificuldade através do cárdia, em provável relação com megaesôfago no contexto de acalásia; efetuada dilatação endoscópica com balão pneumático de 30mm. O doente teve alta com melhoria sintomática, a tolerar dieta pastosa.

Dois meses depois, foi realizada EDA de reavaliação, observando-se abundante conteúdo alimentar no lúmen esofágico, impossibilitando a realização de nova dilatação endoscópica. Contudo, o doente apresentava-se assintomático, com *score* Eckardt de zero.

Após discussão multidisciplinar, dada a falência terapêutica da dilatação endoscópica e o benefício reduzido dessa abordagem, optou-se pela abordagem cirúrgica. Na TAC torácica pré-operatória foi observada exuberante dilatação e tor-

tuosidade do esôfago em toda a sua extensão, com 62 mm de maior calibre a nível torácico superior. Foi realizada esofagectomia de Ivor-Lewis com anastomose esôfago-gástrica ao nível do opérculo torácico, que decorreu sem complicações.

Após o procedimento, o doente teve alta clínica assintomático.

PO 45

EDEMA DE RE-EXPANSÃO PULMONAR PÓS-TORACOCENTESE POR HIDROTÓRAX HEPÁTICO

Rei, Andreia; Carvalho, Maria; Laranjo, Ana; Pires, Sara; Veloso, Nuno; Gonçalves, Maria Lurdes; Godinho, Rogério; Medeiros, Isabel
Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: O edema de re-expansão pulmonar traduz uma complicação rara, geralmente imediata da toracocentese, ocorrendo em menos de 1%, por reação inflamatória consequente a rápida expansão do pulmão previamente colapsado, associando-se a elevada mortalidade. Existe evidência de risco aumentado em toracocenteses de grande volume (> 1L), necessárias no doente com hidrotórax hepático por cirrose hepática descompensada terminal.

Caso clínico: Homem, 63 anos, antecedentes de cirrose hepática alcoólica, hipertensão portal com varizes esofágicas, trombose proximal portal e retenção hidrossalina com ascite intratável por diuréticos, e lesões nodulares hepáticas não esclarecidas. Em consulta revelou agravamento de ascite não tensa, mal-estar inespecífico e dor lombar em decúbito; ao exame objetivo eupneico, murmúrio vesicular abolido desde o terço médio do hemitórax direito; radiografia torácica com derrame pleural extenso à direita com desvio da linha média. Analiticamente sem agravamento da insuficiência hepática e função renal preservada. Programou-se toracocentese após correção de coagulopatia, com drenagem de 1.5 L com aspeto macroscópico de líquido

ascítico, sem intercorrências imediatas e no período de vigilância. Análise citoquímica compatível com transudado e gradiente de albuminas sugestivo de hipertensão portal, admitindo-se hidrotórax hepático. Recorreu ao serviço de urgência decorridas 6 horas por dispneia de surgimento súbito. Objetivou-se insuficiência respiratória parcial (pO₂ 44), sem clínica infecciosa, sem elevação de marcadores inflamatórios, mantendo hipotransparência direita. Na tomografia computadorizada torácica observou-se atelectasia compressiva adjacente e condensação difusa do pulmão direito com focos minor de condensação à esquerda. Admitido edema de re-expansão pulmonar, com boa resposta a oxigenoterapia (MV 60%) com desmame progressivo em 5 dias. Após resolução do edema instalou-se disfunção circulatória, encefalopatia portossistémica e disfunção renal inicialmente reversíveis, mas com agravamento do hidrotórax que condicionou insuficiência respiratória terminal com indicação paliativa.

Discussão/Conclusão: O edema de re-expansão pulmonar pós-toracocentese de grande volume por hidrotórax hepático é uma complicação rara mas potencialmente fatal no doente cirrótico, que complica o prognóstico pela insuficiência respiratória grave e por despoletar disfunção circulatória difícil de reverter na doença descompensada de estadió terminal.

PO 46

ADENOCARCINOMA DA TERCEIRA PORÇÃO DO DUODENO – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Francisco Pires; Ana Carvalho; Sofia Ventura; Juliana Pinho; Diana Martins; Paula Sousa; Ricardo Cardoso; Ricardo Araújo; Eugénia Cancela; António Castanheira; Paula Ministro; Américo Silva
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

O adenocarcinoma primário do duodeno constitui menos de 0,5% de todos os tumores gastrointestinais, sendo frequentemente um diagnóstico incidental. Os autores reportam o

caso clínico de uma doente de 71 anos, com antecedente pessoal de síndrome de Usher, que foi referenciada ao serviço de urgência pelo médico de família assistente por anemia ferropénica grave (hemoglobina de 6.9 g/dL). Referia astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada, e negava perdas hemáticas e alteração do trânsito intestinal. A doente foi admitida em internamento para estudo etiológico da anemia. Colonoscopia total com pólipó rectal diminuto excisado e endoscopia digestiva alta com lesão vegetante, hemircunferencial e com depressão central, com cerca de 2 cm, localizada na terceira porção do duodeno. Exame anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma in situ. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica com espessamento parietal focal ao nível da terceira porção do duodeno, numa extensão de cerca de 4 cm, sem invasão de estruturas adjacentes e sem evidência de doença metastática. Marcadores tumorais negativos. Dado o bom estado geral da doente, optou-se pela realização de duodenectomia da terceira e quarta porções do duodeno com anastomose duodenojejunal termino-terminal. Exame anatomopatológico da peça operatória com adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado (G2) do duodeno (estadio IIA da classificação da *American Joint Committee on Cancer* - AJCC). Após discussão do caso em reunião de decisão terapêutica e multidisciplinar, a doente iniciou quimioterapia adjuvante, não chegando a realizar o último ciclo por toxicidade gastrointestinal. A doente apresenta-se assintomática, com excelente estado geral e sem evidência de recidiva ou doença metastática quinze meses após a intervenção cirúrgica. O diagnóstico de adenocarcinoma primário do duodeno é geralmente tardio pois este apresenta sinais e sintomas inespecíficos. A avaliação do duodeno por endoscopia digestiva alta é desafiante pois a terceira e quarta porções do duodeno são frequentemente inacessíveis por

esta técnica, prolongado ainda mais o tempo de diagnóstico. Os autores reportam este caso pela sua raridade e diagnóstico precoce. A doente mantém vigilância em consulta.

PO 47

CAUSA RARA DE HEPATITE AGUDA NO DOENTE COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Nélia Abreu; Vítor Pereira; António Oliveira; Joana Carvão; Ana Paula Reis; Fátima Carneiro; Goreti Faria; Luís Jasmins
Serviço de Gastrenterologia, Hospital Central do Funchal Serviço de Infeciologia, Hospital Central do Funchal Serviço de Anatomia Patológica, Hospital São João

A alteração das provas hepáticas em doentes infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é uma manifestação clínica comum. Entre as causas mais frequentes destacam-se as hepatites víricas, infeções oportunistas e toxicidade. A hepatite autoimune (HAI) surge como uma causa rara, com apenas alguns casos descritos na literatura. Apresentamos o caso de uma mulher de raça negra, 34 anos, com antecedentes pessoais de VIH diagnosticado em 2016 e sob terapêutica antirretroviral, que recorreu ao serviço de urgência por um quadro de dor abdominal, náuseas e vômitos, icterícia mucocutânea e astenia acentuada, com uma semana de evolução. À observação consciente e orientada, sem sinais de encefalopatia hepática, apresentando escleróticas ictericas e dor à palpação abdominal no hipocôndrio direito. Do estudo analítico realizado a destacar elevação significativa dos marcadores de citólise hepática (transaminases > 1000 UI/L, INR (1.98) e bilirrubina total (12.5 mg/dl), salientando-se análises recentes com contagem de CD4 normal e carga viral do VIH indetectável. Fez tomografia computadorizada abdominal, a qual normal. Face ao quadro clínico sugestivo de hepatite aguda, foi internada no Serviço de Infeciologia para estudo complementar e vigilância. Durante a 1ª semana de

internamento apresentou melhoria da sintomatologia, verificando-se, contudo, agravamento progressivo do valor de bilirrubina embora com valores de INR sobreponíveis. Após discussão do caso com o serviço de Gastrenterologia e excluídas as hepatites víricas (A, B e C), bem como, as infeções pelos agentes oportunistas mais comuns colocaram-se como principais hipóteses de diagnóstico a hepatite tóxica ou HAI, tendo iniciado terapêutica com N-acetilcisteína. Tendo em conta título equívoco do anticorpo anti-músculo liso e hipergamaglobulinémia, realizou biópsia hepática que mostrou fígado de estrutura trabecular com lesões crónicas de hepatite de interface e intralobular (com necrose confluyente), achados compatíveis com o diagnóstico de HAI. Atendendo aos achados histológicos, a doente iniciou terapêutica com Prednisolona e, posteriormente, Azatioprina com normalização das provas hepáticas. Com o presente caso clínico, pretendemos realçar a importância da inclusão da HAI no estudo etiológico das alterações das provas hepáticas no doente com VIH, nomeadamente após restituição do sistema imunitário. Esta atitude torna-se crucial na abordagem terapêutica e consequente melhoria e estabilização clínica.

PO 48

UMA MANIFESTAÇÃO INICIAL RARA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR

Cristiana Sequeira; Sílvia Silva; Luísa Leal da Costa; Inês Mendes; Flávio Mendonça; Rita Faria; Manuel Sousa; Carlos Pereira

Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital Beatriz Ângelo

O carcinoma hepatocelular (CHC) constitui a terceira causa mais frequente de morte por neoplasia e a grande maioria dos casos ocorre em doentes com cirrose conhecida. A rotura de CHC é uma manifestação inicial potencialmente fatal e incomum, em particular no ocidente onde a incidência é inferior a 3%. O seu diagnóstico em doentes sem história prévia de cirrose constitui um desafio diagnóstico adicional.

Os autores relatam o caso de um homem de 59 anos com história de etanolismo crónico grave, sem outras patologias ou medicação habitual, admitido no serviço de urgência por dor abdominal generalizada e intensa e lipotimia. Nega febre, perdas hemáticas gastrointestinais e traumatismo recente. Clinicamente apresentava hipotensão, taquicardia sinusal e abdómen doloroso com defesa e sinais de irritação peritoneal e, analiticamente, anemia, lesão renal aguda e acidémia metabólica com hiperlactacidémia. A TAC abdomino-pélvica mostrou volumoso hemoperitонеu com sinais de extravasão ativa de contraste endovenoso nas fases arterial e portal, com provável ponto partida em lesão sólida hipervascular no segmento II. O fígado apresentava dimensões aumentadas e incontáveis nódulos. Não se identificaram alterações vasculares/presença de varizes ou alterações do baço, pâncreas e rins. Foi iniciada reposição volémica com cristalóides e hemoderivados, ácido tranexâmico e suporte aminérgico. Por instabilidade hemodinâmica procedeu-se a laparotomia onde se confirmou os achados imagiológicos e se identificou e excisou lesão rota. O doente foi admitido em UCI para estabilização hemodinâmica, com evolução clínica e laboratorial favorável, sem evidência de disfunção hepática. Da investigação destacava-se marcadores tumorais (CEA, CA 19.9, AFP e CA 125) normais. A anatomia patológica da lesão excisada foi compatível com CHC. Assumiu-se o diagnóstico de CHC multifocal e ficou definido em consulta de decisão terapêutica indicação para *best supportive care*.

O hemoperitонеu por rotura de CHC constitui uma manifestação inicial cada vez mais rara, muito devido ao diagnóstico mais precoce de cirrose e hepatocarcinoma e pela redução da incidência de infecção por vírus da hepatite B e C. A prioridade passa pela estabilização hemodinâmica do doente e controlo hemostático. A cirurgia pode ser uma opção válida, particu-

larmente em contexto de urgência se conhecimento imagiológico do local sangrante e instabilidade clínica.

PO 49

COLITE MICROSCÓPICA INDUZIDA PELO OLMESARTAN: UMA CAUSA RARA E SUBDIAGNOSTICADA DE DIARREIA

Cristiana Sequeira; Inês Costa Santos; Mariana Coelho; Eduardo Dantas; Cláudio Martins; João Mangualde; Ana Paula Oliveira
Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo

A iatrogenia medicamentosa representa 7% de todas as causas de diarreia. Recentemente têm sido reportados uma série de casos de diarreia induzida pelo olmesartan, maioritariamente por indução de uma enteropatia spruelike seronegativa e, em menor frequência, por indução de colite microscópica.

Relatamos o caso de uma mulher de 77 anos, com história de hipertensão arterial medicada com olmesartan, admitida por quadro com 3 semanas de evolução de diarreia aquosa grave associada a perda ponderal significativa. Clinicamente documentava-se desidratação e taquicardia sinusal e, analiticamente, lesão renal aguda, acidemia metabólica e hipocaliemia graves. Da investigação etiológica salientava-se função tiroideia, imunoglobulinas e calprotectina fecal normais; exame bacteriológico, micológico, parasitológico e toxina de *C. difficile* nas fezes negativos; serologias para VIH e anticorpos anti-transglutaminase negativos. A TAC abdominopélvica não evidenciou alterações pancreáticas nem lesões neoplásicas. A EDA e respectivas biopsias duodenais não revelaram alterações. A ileocolonosopia foi normal mas as biopsias seriadas do cólon mostraram aspectos compatíveis com colite microscópica, variante linfocítica. Estabeleceu-se a hipótese diagnóstica de colite linfocítica induzida pelo olmesartan tendo sido suspenso este fármaco com remissão do quadro.

Destaca-se o presente caso pela sua singularidade alertando-se para a inclusão do olmesartan no diagnóstico etiológico da colite microscópica. Sendo um fármaco amplamente utilizado, questiona-se a oportunidade de realização de prova terapêutica que inclua a sua suspensão/substituição, antes de submeter o doente à extensa investigação da diarreia subaguda/crónica.

PO 50

COLITE: UMA VIAGEM ATRIBULADA

Margarida Gonçalves; Pedro Antunes; Sofia Mendes; Tiago Leal; Dalila Costa; Ana Rebelo; Bruno Arroja
Hospital de Braga

Apresenta-se o caso de um homem de 50 anos, com antecedentes de colite ulcerosa extensa com treze anos de evolução associada a colangite esclerosante primária (CEP), encontrando-se medicado com ácido ursodesoxicólico e messalazina.

Após episódio inaugural de hemorragia digestiva alta por rotura de varizes esofágicas, foi efetuado reestadiamento, constatando-se a evolução para cirrose hepática complicada com hipertensão portal.

Apresentou novo episódio de hemorragia varicosa com necessidade de colocação de sonda de Blakemore pela ineficácia do tratamento endoscópico (elástico + injeção de polidocanol) e recidiva ao quinto dia de vigilância, novamente com impossibilidade de controlo endoscópico, culminando na realização urgente de *shunt* porto-sistémico intrahepático por via transjugular (TIPS). Desde então, o doente manteve-se hemodinamicamente estável e sem novas recidivas hemorrágicas e foi proposto para transplante hepático, que ocorreu 4 meses depois, sem complicações. No explante hepático foi identificado adenocarcinoma da vesícula biliar. A tomografia de estadiamento não mostrou metástases ou sinais de doença neoplásica à distância, pelo que foi decidido, em grupo multidisciplinar, manter-se em vigilância.

Atualmente, o doente encontra-se assintomático, com a doença inflamatória controlada com messalazina e sem complicações decorrentes do status pós-transplante hepático.

Este caso permite-nos refletir sobre a coexistência comum de duas entidades clínicas e todas as complicações que daí podem advir, nomeadamente a evolução para cirrose hepática e as suas descompensações, com necessidade de estabilização do doente, suporte de órgão e finalmente o transplante hepático. Os autores consideram essencial familiarizar os clínicos com os riscos associados a estas entidades e a necessidade constante de vigilância de complicações.

PO 51

O ETERNO MIMETIZANTE

Margarida Gonçalves; Pedro Antunes; Sofia Mendes; Tiago Leal; Dalíla Costa; Ana Rebelo; Bruno Arroja;

Hospital de Braga

Jovem de 18 anos, estudante, fumadora, com antecedentes de anemia ferropénica, sem medicação habitual.

Recorreu ao serviço de urgência por dor na fossa ilíaca direita e febre arrastadas, sem alterações do trânsito intestinal. Objetivamente com palpação abdominal dolorosa dos quadrantes direitos, sem defesa ou sinais de irritação peritoneal.

Do estudo analítico realça-se o valor de PCR de 150 mg/L e hemoglobina de 9,9 g/dL. A tomografia abdomino-pélvica demonstrou espessamento difuso da metade proximal do cólon transverso e principalmente do cólon ascendente, sem espessamento significativo da última ansa ileal e a presença de líquido livre no flanco direito e escavação pélvica.

Cumpriu ciclo de 5 dias de antibioterapia com ciprofloxacina e metronidazol, sem melhoria clínica evidente.

A ileocolonoscopia mostrou área de mucosa congestiva, irregular e ulcerada nos últimos 2

cm do ileon, e área de mucosa congestiva e erosionada com cerca de 10 mm no cego, cujas biópsias revelaram apenas ileíte inespecífica.

Decidiu-se, então, iniciar corticoterapia, com melhoria clínica e analítica nas 48 horas seguintes.

Na complementação do estudo pré-imunossupressão a doente foi enviada ao centro de diagnóstico pneumológico no qual foi realizada radiografia do tórax que evidenciou infiltrado no vértice esquerdo, e consequente colheita de exame direto de expetoração e realização de broncofibroscopia, tendo estes exames confirmado a presença de tuberculose pulmonar ativa. Após este diagnóstico foi suspensa a corticoterapia e iniciada terapêutica antibacilar com melhoria progressiva do estado geral, sem novos episódios de dor abdominal ou alteração do trânsito intestinal, bem como o desaparecimento da febre.

Dada a evolução clínica, presença de tuberculose pulmonar ativa, resposta favorável à terapêutica dirigida, bem como a ausência de elementos clínicos ou histológicos inequívocos de doença de Crohn, admitiu-se tratar-se de envolvimento entérico por micobactéria.

Diferenciar tuberculose intestinal de doença de Crohn mantém-se um dilema para muitos clínicos. Estas duas entidades partilham características clínicas, endoscópicas, histológicas e radiológicas indissociáveis, sendo as pequenas diferenças muito subtis e com uma baixa sensibilidade diagnóstica.

PO 54

LACERAÇÃO ESOFÁGICA EM DOENTE COM ESOFAGITE EOSINOFÍLICA

António Oliveira; Catarina Gouveia; Catarina Gomes; Rui Loureiro; Marília Cravo

Hospital Beatriz Ângelo

A esofagite eosinofílica (EEo) é uma doença em que existe o risco aumentado de perfuração e que pode ocorrer após o vómito, como síndrome de Boerhaave espontâneo, como complica-

ção de impactação alimentar ou após dilatação mecânica de estenoses esofágicas. Esta susceptibilidade deve-se a alterações inflamatórias crônicas com fragilidade da mucosa esofágica e remodelação.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 43 anos, com queixas de disfagia intermitente desde a infância sem medicação habitual e sem alterações no exame físico, com episódio prévio de impacto alimentar com resolução endoscópica. Na endoscopia realizada observaram-se aspectos endoscópicos compatíveis com esofagite eosinofílica bem como uma estenose a 22 cm da arcada dentária, ultrapassável apenas com endoscópio com 5.5 mm de diâmetro. As biópsias realizadas foram compatíveis com esofagite eosinofílica, pelo que foi medicada com inibidor da bomba de prótons.

Foi submetida a endoscopia de controlo na qual se observou persistência da estenose. Durante a tentativa de negociar a estenose com o gastroscópio, sem se exercer pressão apreciável, foi provocada uma laceração profunda a nível da estenose, atingindo cerca de metade da circunferência sem se observar extravasamento do contraste então injectado. Foi tentado o encerramento da laceração sem sucesso, por perda de acesso endoscópio à laceração por agravamento da estenose após aplicação do primeiro *clip*. A doente realizou tomografia computadorizada (TC) em contexto de urgência que revelou tratar-se de uma perfuração contida traduzida pela presença de ar periesofágico, quer a nível cervical quer torácico, principalmente nos planos acima da carina, sem evidência de extravasão do contraste ingerido.

Optou-se por terapêutica médica apenas com sucesso. Assistiu-se a uma boa evolução, sem evidência de intercorrências, tendo a TC realizada ao sexto dia sido normal após o que iniciou dieta pastosa com tolerância. Teve alta medicada com corticoide oral líquido e dieta de evicção de alimentos potencialmente alergénicos.

O caso apresentado demonstra como a EEO apresenta um risco acrescido de perfuração mesmo em procedimentos diagnósticos podendo o tratamento médico ser suficiente para a resolução das perfurações contidas.

PO 55

UMA CAUSA INCOMUM DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Mariana Brito; Gonçalo Nunes; Manuela Canhoto; Irina Mocanu; Jorge Fonseca
Serviço de Gastrenterologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

A fistulização entérica de um aneurisma é uma causa rara de hemorragia digestiva e está associada a uma mortalidade elevada. O objetivo deste caso é alertar para a importância da suspeição clínica na deteção de causas raras mas potencialmente fatais de hemorragia digestiva. Os autores trazem um caso de um homem de 73 anos que recorre ao serviço de Urgência (SU) por quadro de vômitos em borra de café e melenas com episódio de lipotímia associado, sem dor abdominal, dois dias após ter recorrido ao SU por desconforto na região supra-púbica, altura em que teve alta para ser reavaliado em consulta de Urologia onde é seguido por *follow-up* de neoplasia da bexiga. Analiticamente destacava-se queda de hemoglobina de 5 g/dL em relação ao valor basal do doente. Na endoscopia digestiva alta, a nível de D3/D4 identifica-se um coágulo aderente à mucosa não destacável com cerca de 15 mm, pulsátil em toda a extensão. Realizou de seguida uma AngioTAC que revelou imagem de rotura contida de aneurisma da artéria ilíaca primitiva direita com trombo periférico com cerca de 4 cm de extensão, em íntima relação com o duodeno. O doente foi intervencionado pela Cirurgia Vasculuar, tendo sido submetido a EVAR (*Endovascular Aneurysm Repair*) bi-ilíaco, sem intercorrências. Após a intervenção o doente manteve-se sem recidiva hemorrágica. Os autores destacam iconografia em vídeo de fistulização entérica de aneurisma,

a importância da suspeição clínica na detecção e reconhecimento desta causa rara, mas de elevada mortalidade, de hemorragia digestiva.

PO 56

VACUOTERAPIA ENDOLUMINAL NO MANEJO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NA CIRURGIA DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA

Catarina Frias Gomes; Carolina Palmela;
Rui Loureiro; Susana Ouro; Elídio Barjas;
Luisa Glória; Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo

Mulher de 52 anos, PS (ECOG) 0, com história pessoal de adenocarcinoma do colo do útero, submetida a histerectomia total e anexectomia bilateral com linfadenectomia pélvica bilateral em 2009. Em 2013 apresentou recidiva ganglionar, submetida a exérese parcial da lesão pélvica, seguida de quimioterapia e radioterapia. Em 2014 verificou-se aparecimento de metástase cutânea única, que foi totalmente excisada. Sem progressão de doença até 12/2017, altura em que a tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) de seguimento revelaram formação ganglionar nodular com 32 x 25 mm, que envolvia o mesorecto e o segmento distal do ureter pélvico esquerdo. A punção da massa pélvica por eco-endoscopia revelou recidiva de adenocarcinoma. A PET excluiu outros locais de metastização. Após discussão em reunião multidisciplinar de oncologia digestiva, a doente foi submetida a cirurgia de exenteração pélvica, com construção de conduto ileal e colostomia terminal. No pós-operatório, apresentou elevação de parâmetros inflamatórios com drenagem de exsudado purulento pela vagina. A TC pélvica revelou volumosa coleção pélvica (12 x 4 x 8 cm), que contactava o canal vaginal, pelo que iniciou antibioterapia. Na observação da vagina com gastroscópio, identificou-se cavidade necrosada com cerca de 13-14 cm e exsudado purulento. Optou-se por iniciar sessões de vacuoterapia endoluminal, com boa evolução clínica e laboratorial. Após 17 sessões, a doen-

te teve alta assintomática. Num seguimento de 12 meses, os exames endoscópicos revelaram redução significativa das dimensões, apresentando atualmente uma cavidade residual.

Apresentamos um caso de recidiva ganglionar de adenocarcinoma de cólo do útero, submetida a cirurgia de exenteração pélvica, complicada no pós-operatório por cavidade necrosada que contactava a vagina. Verificou-se evolução favorável, após realização de vacuoterapia endoluminal. Esta técnica tem sido aplicada no manejo de leaks anastomóticos pós-cirúrgicos, com poucos casos descritos na exenteração pélvica. Os autores salientam ainda a iconografia variada (vídeo).

PO 57

DISSEÇÃO DA SUBMUCOSA DE LESÃO PRECOCE DO RETO

Moura, D.B.; Nunes, N.; Chálim, C.; 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, EPER

A disseção endoscópica da submucosa é uma estratégia endoscópica eficaz na ressecção de lesões polipoides com maior risco de invasão superficial da submucosa.

Doente do sexo masculino, 57 anos de idade, realizou colonoscopia que revelou a presença de um pólipó sésil com cerca de 35 mm do reto. Esta lesão é classificada como Paris Is, JNET 2A, NICE 2 e KUDO III-L.

Optou-se pela 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 *hybrid-knife*, utilizando-se corrente *dry-cut* efeito 4. Efetuou-se disseção da submucosa com faca *hybrid-knife*, tendo sido utilizada corrente *swift coagulation* efeito 3, com excisão total do fragmento no final do procedimento.

A avaliação anatomopatológica do material excisado revelou tratar-se de um pólipó adeno-

matoso do cólon de tipo tubular predominando displasia epitelial de baixo grau, com foco de adenocarcinoma intramucoso que não invade a submucosa.

Neste caso, evidenciou-se o sucesso técnico na abordagem terapêutica da lesão descrita, com excisão completa da mesma.

PO 58

CAUSA RARA DE OCLUSÃO INTESTINAL EM IDADE ADULTA

Carina Leal; Pedro Marcos; Maria Silva; Catarina Atalaia-Martins; Pedro Russo; Antonieta Santos; Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria

A invaginação intestinal define-se como a migração distal ou deslizamento de um segmento intestinal para o lúmen adjacente, podendo manifestar-se por quadro oclusivo. Ao contrário do que acontece na população pediátrica, é uma causa rara de oclusão intestinal na idade adulta (1 a 5% dos casos), sendo secundária a causa maligna em 30%. O tratamento definitivo é cirúrgico, através da redução intraoperatória ou ressecção do segmento invaginado.

Reportamos o caso de um doente de 75 anos, do sexo feminino, com antecedentes pessoais de hipotireoidismo e osteoporose, que recorreu ao serviço de urgência por hematoquezias com 48h de evolução, sem dor abdominal, lipotímia ou síncope associadas. Adicionalmente, referia desde há 2 meses alternância dos hábitos intestinais. Ao exame objectivo apresentava-se hemodinamicamente estável e com abdómen depressível e indolor; ao toque rectal, identificava-se massa dura palpável de limites mal definidos. Analiticamente, a referir anemia microcítica hipocrômica. Realizou rectossigmoidoscopia que mostrou volumosa invaginação do cólon, ocupando a quase totalidade do lúmen do recto, desde os 2 cm da margem anal até aos 12 cm. Na porção mais distal da invaginação observava-se volumosa neoformação vegetante, irregular e friável, com cerca de 3,5 cm

de maior diâmetro, correspondendo ao lúmen da porção invaginada, infranqueável. Foram efectuadas biópsias e solicitada caracterização imagiológica adicional. A tomografia computadorizada abdomino-pélvica confirmou invaginação rectossigmoideia associada a marcado espessamento rectal e densificação da gordura perirectal. Optou-se pela realização de laparoscopia com apoio endoscópico, com diagnóstico intra-operatório de neoplasia do cólon sigmóide invaginada. Foi realizada sigmoidectomia, tendo a peça cirúrgica confirmado adenocarcinoma colorrectal bem diferenciado, com invasão da camada muscular própria, sem permeação vascular e com margens de excisão livres. Teve alta assintomática, encontrando-se em programa de vigilância e sem evidência de recidiva tumoral. Os autores apresentam este caso clínico pela raridade da invaginação em idade adulta e da forma de apresentação como hemorragia digestiva baixa. Salienta-se a iconografia recolhida.

PO 59

REMOÇÃO ENDOSCÓPICA DE BEZOARES GÁSTRICOS MÚLTIPLOS

Frederico Ferreira; José Soares
Serviço de Gastroenterologia do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local Saúde de Matosinhos

Introdução: O bezoar gástrico é uma acumulação hermética de material parcialmente ou não digerido que é impedido de sair do estômago devido as suas dimensões. São situações raras e podem ocorrer em qualquer faixa etária. Ocorrem mais frequentemente em pessoas com esvaziamento gástrico anormal (diabetes, hipotireoidismo ou doenças do tecido conjuntivo), com história uma cirurgia gastroduodenal ou com alterações psiquiátricas. Muitos são assintomáticos, mas alguns causam sintomas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 64 anos, pescador, com antecedentes de doença ulcerosa péptica complicada com perfuração duodenal há 20 anos submetido a cirurgia (rafia duodenal). Por dor abdominal intensa associada

a vómitos alimentares pós-prandiais frequentes é realizada uma endoscopia digestiva alta que identifica três volumosos bezoares gástricos, o maior com 100 x 80 x 60 mm e outros dois com 60 x 50 x 30 mm de maiores dimensões. Visualiza-se ainda ao nível da grande curvatura do antro algumas erosões e uma úlcera de 15 mm (benigna após confirmação com biopsias/histologia) e deformação do bolbo duodenal, com múltiplas áreas cicatriciais.

Submetido a alteração da dieta e medicado com domperidona e com omeprazol durante cerca de um mês. Porém com agravamento da sintomatologia é internado e submetido a dieta líquida, medicado com metoclopramida e com pantoprazol endovenoso e efectuada tentativa de dissolução química dos bezoares gástricos com ingestão oral de 990 ml/dia de coca-cola® durante 10 dias sem melhorias clínicas significativas.

Foi realizado tratamento endoscópico sob entubação oro-traqueal (prevenção de aspiração pulmonar), sendo os bezoares completamente fragmentados em pequenos fragmentos com utilização de pinças de corpos estranhos, litotritor, ansas de polipectomia de diferentes formas e dimensões e efectuada injeção e irrigação com soro fisiológico. Seguidamente procedeu-se à extracção completa de todos os fragmentos com rede Roth. Tratou-se de um procedimento moroso, com necessidade de múltiplas entubações (*overtube*) e com duração de cerca de 130 minutos. O doente teve alta após 48 horas assintomático.

Discussão: O tratamento do bezoar gástrico é empírico e não existem estudos científicos de qual o melhor método de remoção. Este caso é relevante devido à raridade da presença de três volumosos bezoares gástricos refractários à dissolução química, tendo sido possível a sua completa remoção endoscópica, evitando assim a realização de uma cirurgia gástrica.

PO 60

O USO DE ANTIBIÓTICO NA CPT COM COLOCAÇÃO DE STENTS BILIARES METÁLICOS, NA OBSTRUÇÃO BILIAR MALIGNA

Gago, T.¹; Gamelas V.²; Coelho M.³; Figueiredo L. M.⁴; Costa N. V.⁵; Luz J. H.⁵; Bilhim T.⁵; Veloso Gomes F.⁵; Coimbra E.⁵

¹*Serviço de Gastrentrologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Faro;* ²*Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central;* ³*Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Setúbal;* ⁴*Serviço de Gastrenterologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca;* ⁵*Serviço de Radiologia de Intervenção do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

Introdução: A colocação de *stents* biliares metálicos por CPT (Colangiografia Percutânea Trans-hepática) é um tratamento efectivo na obstrução biliar maligna. A Society of Interventional Radiology recomenda o uso de antibiótico profilático (AB), dada a possibilidade de ocorrência de bacteriemia transitória associada a este procedimento. Em alguns casos o uso dessa AB é prolongada por dias, no entanto, em muitos centros, não existe um protocolo standard no manuseamento de AB.

Objectivo: Avaliar se o uso de AB prolongado (ABp) na CPT com colocação de stent na obstrução biliar maligna reduz a ocorrência de complicações infecciosas.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes submetidos a CPT para colocação de stent endobiliar entre 2014 e 2018 num centro de referência a sul do país. O endpoint primário analisado foi a ocorrência de complicações infecciosas durante os 30 dias pós-procedimento e os endpoints secundários, as alterações do valor de bilirrubina sérica (BT), tempo até disfunção do stent e sobrevivência.

Resultados: Incluídos 177 doentes, 54,8% homens, mediana de idade 69 anos (35-97) e as causas mais comuns de obstrução, a neoplasia do pâncreas (36.2%) e o colangiocarcinoma

(28,8%). 58 doentes fizeram ABp (grupo A) e 119 doentes não (grupo B). A única complicação infecciosa que ocorreu foi a colangite, em 18,6% dos doentes, e 36,4% dos que tiveram colangite morreram. Se compararmos os grupos quanto à ocorrência de colangite, conta-se que não houve diferença significativa ($p = 0,93$), no entanto os doentes que fizeram ABp (grupo A) tiveram menos frequentemente disfunção do *stent* ($p = 0,001$). Não existiu diferença significativa ($p > 0,05$), entre o grupo A vs grupo B, na percentagem de redução dos valores séricos da BT logo após o procedimento: 26,6% vs 24,9%; aos 7 dias: 53,6% vs 53,6% e aos 30 dias: 80,4% vs 73,3%. A média de tempo até à disfunção do *stent* e a sobrevida foi de 111 e 171 dias para o grupo A e de 103 e 165 dias para o grupo B. Não houve diferença com significado estatístico entre os grupos, no que se refere ao tempo livre de disfunção do *stent* ($p = 0,60$) ou na sobrevida cumulativa ($p = 0,86$).

Conclusão: Nesta amostra de doentes o uso de antibioticoterapia prolongada na CPT com colocação de *stent* na obstrução biliar maligna, não reduziu a incidência de colangite pós procedimento, nem melhorou a sobrevida. No entanto, parece reduzir a frequência da disfunção do *stent*.

PO 61

SÍNDROME DE BOUVERET – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Francisco Pires; Ana Carvalho; Sofia Ventura;
Diana Martins; Juliana Pinho; Paula Sousa;
Ricardo Cardoso; Ricardo Araújo; Eugénia Cancela;
António Castanheira; Paula Ministro; Américo Silva
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

As fístulas bilioentéricas ocorrem em 0,15 a 8% dos doentes com litíase vesicular. A síndrome de Bouveret constitui uma forma rara de ileus biliar que se caracteriza pela obstrução ao esvaziamento gástrico provocada pela impactação de um cálculo biliar a nível duodenal, estando

associada à formação de uma fístula colecisto-duodenal. Os autores reportam o caso clínico de um doente de 77 anos, com antecedente pessoal de litíase vesicular assintomática, que foi admitido no serviço de urgência por quadro de náuseas e vômitos alimentares com 2 dias de evolução, sem alteração do trânsito intestinal. Exame objectivo com dor ligeira à palpação dos quadrantes superiores do abdómen e sonda nasogástrica com drenagem de conteúdo de estase alimentar. Analiticamente com ligeira elevação da proteína C-reactiva e radiografia abdominal com marcada distensão gástrica, sem evidência de níveis hidroaéreos. Realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou esofagite grau B (classificação de Los Angeles) e dilatação gástrica com abundante conteúdo alimentar. Após a aspiração possível do conteúdo gástrico, foi visualizado volumoso cálculo no bulbo duodenal imediatamente após o piloro, com cerca de 4 cm, a condicionar obstrução luminal e com orifício fistuloso adjacente, compatível com o diagnóstico de síndrome de Bouveret. Tentativa de remoção endoscópica do cálculo sem sucesso dadas as dimensões do mesmo. O doente foi submetido a gastrolitotomia com extração manual do cálculo sem intercorrências, evidenciando-se no momento operatório fístula colecistoduodenal. Pós-operatório complicado por infecção da ferida operatória que resolveu com antibioticoterapia de largo espectro. O doente teve alta assintomático 6 semanas após a admissão. Os autores reportam este caso pela sua raridade e iconografia recolhida.

PO 62

LOCALIZAÇÃO E METASTIZAÇÃO ATÍPICAS DE NEOPLASIA MALIGNA GASTROINTESTINAL

Nélia Abreu; Vítor Pereira; António Oliveira;
Joana Carvão; Isabel Jardim; José Camacho;
Goreti Faria; Luís Jasmins
*Serviço de Gastrenterologia, Hospital Central do
Funchal Serviço de Anatomia Patológica, Hospital
Central do Funchal*

As neoplasias malignas do intestino delgado são raras, responsáveis por 2-3% de todas as neoplasias do tubo gastrointestinal, cuja incidência tem aumentado nos últimos anos. O adenocarcinoma representa o subtipo histológico mais comum diagnosticado tipicamente em estádios avançados.

Apresentamos o caso de um homem, de 76 anos, fumador, sem antecedentes pessoais patológicos relevantes, referenciado ao serviço de Gastrenterologia, por anemia ferropénica grave (hemoglobina 5.5 g/dl), associada a um espessamento gastrojejunal pouco definido documentado em tomografia computadorizada. Clinicamente referia queixas inespecíficas de cansaço fácil, anorexia e perda ponderal de 10 quilos nos últimos 3 meses. Negou dor abdominal, náuseas e vômitos, alterações do trânsito intestinal e/ou evidência de perdas hemáticas, bem como, outra sintomatologia de relevo. À observação apresentava caquexia, pele e mucosas descoradas e palpação abdominal indolor, sem massas ou organomegalias.

Face à suspeita de lesão orgânica gastrointestinal, realizou endoscopia digestiva alta que revelou lesão com ulceração central, na incisura gástrica, com aproximadamente 2 cm de diâmetro, sem sinais de hemorragia ativa. Realizadas biópsias, com resultado anatomopatológico compatível com adenocarcinoma pouco diferenciado, sugestiva de metástase gástrica.

Tendo em conta os achados imagiológicos realizou enteroscopia de duplo balão que demonstrou uma lesão ulcero-vegetante extensa (15-20 cm), disposta circunferencialmente, no jejuno,

com áreas de necrose dispersas, muito friável à passagem do aparelho. Observadas outras duas lesões planas, pequenas, junto ao limite proximal e distal da lesão principal. Os resultados anatomopatológicos das biópsias de todas as lesões acima descritas foram à semelhança da lesão gástrica compatíveis com adenocarcinoma pouco diferenciado. Após o diagnóstico definitivo de adenocarcinoma jejunal primário, localmente avançado e com metastização gástrica, o doente foi referenciado ao serviço de Oncologia Médica para início de quimioterapia.

Este caso clínico reforça a importância do estudo do intestino delgado nos casos de anemia ferropénica que pode ser realizado através de videocápsula ou diretamente por enteroscopia quando a suspeita de lesão orgânica é equacionada por outros métodos de diagnóstico. Sendo clinicamente silenciosa em fases iniciais, o diagnóstico de neoplasia do delgado é muitas vezes tardio possuindo prognóstico reservado.

PO 63

PAPILA MAJOR ÚNICA COM DOIS OSTIA INDEPENDENTES – O QUE NOS ENSINA ESTA ANOMALIA CONGÉNITA RARA?

Marta Moreira¹; Dalila Costa^{1,2}; Telma Brito³;
João Fernandes¹; Tarcísio Araújo¹; Helena Ribeiro¹;
Sílvia Giestas¹; José Ramada¹; Jorge Canena⁴;
Luís Lopes^{1,5,6}

¹Department of Gastroenterology, Santa Luzia Hospital - Unidade Local de Saúde Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal; ²Department of Gastroenterology, Braga Hospital, Braga, Portugal; ³Department of Surgery, Santa Luzia Hospital - Unidade Local de Saúde Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal; ⁴Department of Gastroenterology – Nova Medical School/Faculty of Medical Sciences, Lisbon, Portugal; 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 : Nesta imagem em Gastrenterologia apresentamos uma doente com 78 anos referenciada para colangiopancreatografia retrógra-

da endoscópica (CPRE) por suspeita de coledocolitíase. Na CPRE, a papila major apresentava morfologia proeminente, um comprimento de +/- 20 mm, estando o ostium papilar (com rebordo circular evidente) localizado na porção caudal. Após várias tentativas de canulação biliar standard não conseguidas, com múltiplas passagens do fio guia para o ducto pancreático principal, decidiu-se colocar prótese no pâncreas (5Fr) e realizar precut de acesso. Antes de iniciar a fistulotomia, ao inspecionar o limite proximal da papila major observou-se surpreendentemente, ao levantar a prega transversal que recobria esta área, um segundo ostium semelhante ao anterior, com rebordo circular evidente. A canulação deste ostium permitiu o acesso à via biliar, a realização da colangiografia e a remoção de pequenos cálculos milimétricos. Constatou-se então que o ostium caudal comunicava exclusivamente com o Wirsung, e o ostium cranial apenas com a árvore biliar. A doente apresentou uma pancreatite pós-CPRE leve, estando assintomática até à data.

Motivação/justificação (Raridade/Inovação/truque, etc)

O sistema de Vater é constituído pela via biliar principal e o ducto de Wirsung que se fundem na parede duodenal formando a papila major. Neste vídeo apresentamos uma doente com uma papila major com 2 ostia independentes com rebordos circulares, em que o ostium caudal comunica exclusivamente com o ducto pancreático principal e o ostium craneal exclusivamente com a via biliar principal. Estamos perante uma anomalia rara, distinta, e ainda mais infrequente do que, a anomalia da dupla papila major, havendo muitos poucos casos descritos em CPRE. Este caso lembra a necessidade de nunca esquecer de fazer uma observação meticulosa da papila major, desde da sua porção caudal até ao limite craneal, durante a canulação biliar profunda, e antes sobretudo de iniciar um acesso por pre-cut.

PO 64

DUPLO STENTING ENDOSCÓPICO EM DOENTE COM COLANGIOCARCINOMA AVANÇADO COM OBSTRUÇÃO DUODENAL E BILIAR SIMULTÂNEA

Marta Moreira¹; Dalila Costa^{1,2}; Telma Brito³; João Fernandes¹; Tarcisio Araújo¹; Helena Ribeiro¹; Sílvia Giestas¹; José Ramada¹; Luís Lopes^{1,4,5}; Jorge Canena⁶

¹Department of Gastroenterology, Santa Luzia Hospital - Unidade Local de Saúde Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal; ²Department of Gastroenterology, Braga Hospital, Braga, Portugal; ³Department of Surgery, Santa Luzia Hospital - Unidade Local de Saúde Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal; ⁴Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal; ⁵ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal; ⁶Department of Gastroenterology – Nova Medical School/Faculty of Medical Sciences, Lisbon, Portugal;

Nesta imagem em Gastrenterologia apresentamos uma doente com obstrução biliar e duodenal por colangiocarcinoma, tratado de forma paliativa através da colocação de 2 próteses metálicas auto-expansíveis (PMAE), uma duodenal e outra biliar.

Tratava-se de uma mulher de 85 anos com diagnóstico de colangiocarcinoma, que apresentava uma estenose duodenal tipo I (isto é, obstrução duodenal proximal à papila), com obstrução duodenal e biliar simultânea (sequência pouco frequente). Dada a obstrução duodenal não ser franqueável pelo endoscópio, colocou-se em primeiro lugar uma PMAE duodenal, de forma a esta não cobrir a papila.

4 dias depois foi possível atravessar a prótese com o duodenoscópio e atingir a 2ª porção duodenal. A papila localizava-se imediatamente abaixo da porção distal da prótese duodenal. A canulação biliar apenas foi possível através da realização de uma fistulotomia, tendo-se colocado uma PMAE biliar (estenose com 12 mm no terço médio/proximal da via biliar principal). Os procedimentos endoscópicos decorreram

sem complicações e a doente teve resolução da icterícia e do quadro sub-oclusivo alto. Neste momento a doente encontra-se em seguimento na consulta de Oncologia.

O duplo *stenting* endoscópico é uma opção de primeira linha para os doentes com obstrução duodenal e biliar por neoplasias avançadas. Estes doentes beneficiam em serem tratados em centros com experiência em endoscopia bilio-pancreática complexa. O duplo *stenting* é uma técnica de grau de dificuldade elevada, especialmente nas obstruções tipo I em que a obstrução duodenal surge antes da obstrução biliar.

PO 65

UTILIDADE DE UM NOVO STENT DE APOSIÇÃO LUMINAL EM PATOLOGIA BILIO-PANCREÁTICA

Marta Moreira¹; Dalila Costa^{1,2}; Telma Brito³; João Fernandes¹; Tarcisio Araújo¹; Helena Ribeiro¹; Sílvia Giestas¹; José Ramada¹; Jorge Canena⁴; Luís Lopes^{1,5,6}

¹Department of Gastroenterology, Santa Luzia Hospital - Unidade Local de Saúde Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal; ²Department of Gastroenterology, Braga Hospital, Braga, Portugal; ³Department of Surgery, Santa Luzia Hospital - Unidade Local de Saúde Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal;

⁴Department of Gastroenterology – Nova Medical School/Faculty of Medical Sciences, Lisbon, Portugal;

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 um vídeo acerca da utilização de uma nova prótese (específica para ecoendoscopia de intervenção) em 2 doentes: (1) na drenagem de um pseudoquisto por via transduodenal e (2) numa drenagem biliar através de uma coledocoduodenostomia.

Doente 1: homem de 66 anos de idade admitido por icterícia obstrutiva e astenia. TC-suspeita de neoplasia cefalopancreática, com metastização hepática. CPRE: estenose na transição bolbo duodenal/DII, não transponível com

o duodenoscópio. Foram efectuadas biópsias que foram compatíveis com adenocarcinoma infiltrante. Realizada coledocoduodenostomia assistida por ecoendoscopia, com colocação de prótese Hot Axios com 6 mm x 8 mm. Resolução completa da icterícia.

Doente 2: homem de 62 anos, com pseudoquisto sintomático na cabeça do pâncreas (35 mm X 35 mm). Realizada drenagem de pseudoquisto por ecoendoscopia usando uma prótese Hot Axios com 15 mm X 10 mm. Remoção da prótese 4 semanas após a drenagem, com resolução do pseudoquisto.

Motivação: A ecoendoscopia de intervenção tem apresentado vários desenvolvimentos recentes. A introdução da próteses Hot Axios constitui um avanço na endoscopia terapêutica avançada, permitindo soluções terapêuticas potencialmente mais eficientes e seguras, bem como expandir as áreas de aplicação da endoscopia de intervenção.

PO 66

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Carina Leal; Pedro Marcos; Maria Silva; Catarina Atalaia-Martins; Sandra Barbeiro; Antonieta Santos; Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria

O trato gastrointestinal é a localização extra-nodal mais comum do linfoma B difuso de grandes células (LBDGC), sendo o cólon uma localização infrequente. O linfoma B histiocitário ou rico em células T representa apenas 1 a 3% dos casos de LBDGC e caracteriza-se pela presença de <10% de células B malignas e de uma população celular maioritariamente composta por linfócitos T reactivos e histiócitos, o que dificulta o diagnóstico anatomo-patológico. Tipicamente apresenta-se em doentes jovens do sexo masculino e em estádios avançados.

Reporta-se o caso de um doente do sexo masculino de 48 anos sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes que recorreu ao serviço

de urgência (SU) por quadro de astenia e perda ponderal >5% com 2 meses de evolução, inicialmente acompanhado de sensação de febre não quantificada e agravado com exantema nos 2 dias prévios à apresentação. Negava outra sintomatologia, nomeadamente gastrointestinal. Ao exame objectivo destacavam-se exantema maculopapular no tronco e membros superiores, lesões petequiais nos membros inferiores e dor à palpação profunda do quadrante superior esquerdo do abdómen. Analiticamente, apresentava pancitopenia e elevação dos marcadores inflamatórios. A imunofenotipagem do sangue periférico foi inconclusiva. Realizou ecografia abdominal que evidenciou esplenomegália homogénea, lesão hepática focal, adenopatias retroperitoneais e, na dependência do cólon, volumosa massa latero-mediana direita com extensão à região pélvica. Para esclarecimento etiológico realizou colonoscopia que mostrou mucosa do cólon ascendente de aspecto circunferencialmente infiltrativo, com zonas micronodulares e áreas de ulceração. Procedeu-se à colheita de material histológico e tatuagem da lesão, tendo as biópsias revelado linfoma B histiocitário ou rico em células T, pelo que iniciou tratamento com quimioterapia sistémica e metotrexato.

Os autores destacam este caso pela raridade e importância de considerar as doenças linfoproliferativas no diagnóstico diferencial de processos infiltrativos do cólon. Salientam-se a relevância da impressão diagnóstica endoscópica e a iconografia recolhida.

PO 67

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE COLEÇÃO PERIPANCREÁTICA COM FÍSTULIZAÇÃO GÁSTRICA E PSEUDOANEURISMA

Maria Azevedo Silva; Carina Leal; Pedro Marcos; Alexandra Fernandes; Liliana Eliseu; Nuno Almeida; Paulo Donato; Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Caso clínico: Doente de 48 anos, sexo masculino, com antecedentes de cirrose hepática e pancreatite crónica de etiologia etílica, com múltiplas agudizações e consumo mantido de álcool. Episódio recente de hepatite alcoólica aguda, sob corticoterapia em desmame. Internado a 30/05/2019 por agudização grave da sua pancreatite crónica, caracterizada por insuficiência respiratória persistente e complicada pela presença de coleções necróticas agudas peripancreáticas, a maior com dimensões de 20 x 14 cm. Iniciada antibioterapia empírica com Piperacilina/Tazobactam. Ao 4º dia de internamento, iniciou quadro de hematemeses com repercussão hemodinâmica. Na endoscopia digestiva alta verificou-se fistulização da coleção para a cavidade gástrica, com drenagem espontânea de conteúdo hemato-purulento. A reavaliação imagiológica evidenciou aumento das dimensões da coleção (21 x 16 cm), com conteúdo gasoso e zonas de maior densidade em relação com hemorragia. Foi realizada dilatação do trajeto fistuloso e colocadas duas próteses plásticas duplo pig-tail para manter a drenagem transgástrica da coleção. Verificou-se evolução favorável, contudo, ao 8º dia de internamento, o doente apresentou recidiva hemorrágica com instabilidade hemodinâmica. Realizou angio-TC que relevou abundante conteúdo hemático no interior da coleção, com área de extravasamento de contraste em provável relação com pseudoaneurisma na proximidade da artéria esplénica. Foi submetido a angiografia com embolização do pseudoaneurisma. O

doente apresentou evolução clínica e imagiológica favorável. As próteses foram removidas às 6 semanas, sem intercorrências.

Justificação/Motivação: A formação de coleções peripancreáticas é uma das complicações locais mais frequentes da pancreatite aguda/crónica agudizada. O desenvolvimento de fistulização gastrointestinal, nomeadamente gástrica, é relativamente raro. A formação de pseudoaneurismas no seio destas coleções pode complicar-se de rotura e hemorragia potencialmente fatal. Descreve-se este caso pela complexidade e raridade da apresentação e pelo desafio no manejo terapêutico, nomeadamente nas abordagens endoscópica e angiográfica, que se encontram documentadas pela respetiva iconografia.

XXXIV

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

JÚRIS

COMUNICAÇÕES ORAIS

Presidente: Isabel Medeiros

Jorge Fonseca

Paulo Jorge Ribeiro

Luísa Barros

Teresa Belo

CASOS CLÍNICOS

Presidente: Casteleiro Alves

Henrique Morna

Pinto Matos

Rui Silva

Rita Carvalho

INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS

Presidente: Rui Sousa

Renato Pereira

Joana Magalhães

Eugénia Cancela

Artur Antunes

REVISORES

COMUNICAÇÕES ORAIS

Helena Tavares Sousa

Ana Vieira

Patrícia Queirós

CASOS CLÍNICOS

Francisco Velasco

Rita Ornelas

Marta Eusébio

INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS

Diamantino Sousa

André Ramos

Ana Margarida Vaz

Organização



NGHD

Núcleo de Gastrenterologia
dos Hospitais Distritais

Comissão Organizadora

Presidente: Horácio Guerreiro

Bruno Peixe

Joana Roseira

Luís Contente

Margarida Sampaio

Paulo Caldeira

Tânia Gago

Teresa Belo

Comissão Científica

Presidente: José Estevens

Ana Margarida Vaz

Ana Vieira

André Ramos

Catarina Cunha

Cristina Inácio

Diamantino Sousa

Francisco Velasco

Helena Sousa

Marta Eusébio

Patrícia Queiroz

Pedro Campelo

Rita Ornelas

Sponsors

abbvie

ALFASIGMA 
Pharmaceuticals with passion


ANGELINI

BIOCODEX 
healthcare with passion and innovation


Advancing science for life™



 Endotécnica
MATERIAL CIRÚRGICO, LDA

FERRING
PRODUTOS FARMACÉUTICOS

FUJIFILM
Value from Innovation

 GILEAD
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Intercept 

 JABA RECORDATI
GROUP

janssen 
INNOVATION FOR COMPLEX
or Johnson & Johnson

 LABORATÓRIOS VITÓRIA

 MSD
INVENTING FOR LIFE


NORGINE

OLYMPUS

 OM
PHARMA

PENTAX
MEDICAL



 PHARMA
KERN
Biologics



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