

XXXIX

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

29 e 30 NOVEMBRO 2024

Centro Cultural e de Congressos das Caldas da Rainha



Desafios da Gastroenterologia



Imagem: Ad Média

PROGRAMA

Presidente de Honra

Vasco Trancoso

Comissão Organizadora

Castelo Branco

SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA
DA ULS CASTELO BRANCO

Presidente: António Banhudo

Joana Barreiro

José Tristan

Mafalda Miranda

Marco Pereira

Caldas da Rainha

SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DA ULS OESTE

Presidente: António Curado

Horácio Lopes

Luís Filipe Silva

Júri dos Prémios

COMUNICAÇÕES LIVRES

Presidente: Fernanda Mações

Artur Antunes

Flávio Pereira

Pedro Marcos

INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS

Presidente: Eugénia Cancela

Ana Catarina Rego

Cristina Teixeira

Paulo Ribeiro

Sara Alberto

CASOS CLÍNICOS

Presidente: Lurdes Gonçalves

Carolina Palmela

Luísa Barros

Rita Carvalho

Comissão Científica

Presidente: Rui Sousa (*ULS Castelo Branco*)

Ana Caldeira (*ULS Castelo Branco*)

Ana Tomás (*ULS Oeste*)

Célia Neto (*ULS Oeste*)

Filipe Damião (*ULS Oeste*)

João Pinto (*ULS Castelo Branco*)



XXXIX

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS



Programa

Sexta-feira | 29 de novembro

07:30h Abertura do Secretariado

08:30-09:30h **SESSÃO | COMUNICAÇÕES LIVRES**
Presidente: José Estevens
Moderadores: Carlos Casteleiro e Rui Silva

09:30-10:00h **SESSÃO ABERTURA**

10:00-10:30h **NGHD 40 ANOS | OS DESAFIOS DO PASSADO**
António Banhudo e António Curado

10:30-11:00h Coffee break

11:00-12:20h **MESA-REDONDA 1 | DESAFIOS DO FUTURO**
Presidente: Isabel Medeiros
Moderadores: Luís Lopes e Rui Ramos
| **Aspetos organizativos dos serviços de Gastroenterologia**
Luísa Glória
| **Redes de referência e técnicas avançadas**
Francisco Baldaque
| **Formação de Gastroenterologia no todo do território**
Bruno Peixe

12:20-13:00h **SIMPOSIUM NGHD | DESAFIOS NA HEPATITE C**
Presidente: Ana Margarida Vieira
| **Hepatite C – Onde está o Wally?**
| **Perspetivas de eliminação até 2030**
Cristina Valente

Apoio:
abbvie

13:00-14:00h Almoço

- 14:00-14:30h CONFERÊNCIA | PARA ALÉM DA GASTROENTEROLOGIA**
Presidente: Carlos Carvalheira
| Estratégia global na saúde, alterações climáticas e *green endoscopy*
João Queiroz e Melo
- 14:30-15:00h COMUNICAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO FRANCESA (ANGH)**
Presidente: Isabelle Cremers
- 14:30-14:45h Comunicação Oral**
| CAPABLES: Cohorte ANGH des pancréatites aiguës biliaires légères et sévères. Premiers résultats des données épidémiologiques et des caractéristiques de l'hospitalisation initiale
Gilles Macaigne, Frédéric Moriussef, Denis Grasset, et le groupe des investigateurs CAPABLES
| Discussão
- 14:45-15:00h Caso Clínico**
| Une hémorragie digestive qui a du ressort
Isabelle Rosa
| Discussão
- 15:00-16:30h MESA-REDONDA 2 | DESAFIOS NA ONCOLOGIA: COMO MELHORAR O PROGNÓSTICO DO CANCRO DIGESTIVO**
Presidente: Venâncio Mendes
Moderadores: Paulo Caldeira e Laura Carvalho
| Prognóstico do cancro do pâncreas
Tiago Cúrdia Gonçalves
| Rastreio do cancro gástrico
Miguel Areia
| Novas modalidades terapêuticas do carcinoma hepatocelular
José Presa
| Tumores do recto: Estratégias
Aníbal Ferreira
- 16:30-17:00h Coffee break**
- 17:00-18:00h SESSÃO | INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS**
Presidente: Júlio Barbosa
Moderadores: Américo Silva e Mário Toste
- 18:00-19:00h ASSEMBLEIA GERAL NGHD**
- 20:30h JANTAR DA REUNIÃO**

Sábado | 30 de novembro

08:00h Abertura do Secretariado

08:30-10:00h **SESSÃO | CASOS CLÍNICOS**

Presidente: José Pedrosa

Moderadoras: Ana Paula Oliveira e Isabel Cotrim

10:00-10:40h

Apoio:



SIMPOSIUM NGHD | DESAFIOS NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Presidente: João Baranda

| Desafios da terapêutica biológica

Joana Torres

| O papel do infliximab subcutâneo

Raquel Gonçalves

10:40-11:10h Coffee break

11:10-12:30

MESA-REDONDA 3 | DESAFIOS NA ENDOSCOPIA AVANÇADA

Presidente: José Cotter

Moderadores: Nuno Nunes e Ricardo Cardoso

| A disseção endoscópica da submucosa – Como fazer?

Francisco Martin

| Fonte de eletrocirurgia – Será que a conheces?

Francisco Martin

| Ecoendoscopia terapêutica – Que avanços?

Miguel Bispo

| Colangioscopia – Que perspetiva?

David Horta

12:30-13:15h

SESSÃO | POSTERS

Presidente: Vasco Trancoso

Moderadores: Irina Mocanu e José Tristan

| Apresentação dos 5 melhores posters

PO 07 | PO 08 | PO 11 | PO 14 | PO 15

13:15-13:30h

Sessão de encerramento e entrega de prémios

| Prémio Melhor Comunicação Livre

| Prémio Melhor Caso Clínico



| Prémio Melhor Instantâneo Endoscópico

Comunicações Livres

CO 01

IRRIGAÇÃO DA PAPILA COM ÁGUA GELADA PARA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PÓS-CPRE – FREEZE PAPILLA STUDY

Fábio Pereira Correia; Henrique Coelho; Gonçalves Alexandrino; Jorge Canena; Luís Carvalho Lourenço; David Horta

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é um procedimento que apresenta uma taxa de complicações não desprezível, principalmente a pancreatite aguda (PAPCPRE). Existem medidas com eficácia documentada na redução do risco dessa complicação, incluindo a indometacina retal e a prótese pancreática. Recentemente, uma nova estratégia profilática, a irrigação da papila de Vater com água gelada, tem sido alvo de estudo.

Objetivos: Avaliar a eficácia da irrigação da papila de Vater com água gelada na prevenção de complicações pós-CPRE, nomeadamente pancreatite aguda (outcome primário), hemorragia e colangite aguda (outcomes secundários).

Métodos: Estudo prospetivo num centro de elevado volume de CPRE (> 400/ano). Os doentes com papila nativa, submetidos a CPRE entre janeiro de 2023 e junho de 2024, foram aleatorizados em 2 grupos: irrigação da papila de Vater com 250 mL de água gelada no final do procedimento (grupo de intervenção) ou procedimento standard sem irrigação da papila (grupo controlo). Foram registadas as características dos doentes, a indicação do procedimento, dados relativos à CPRE, incluindo o tempo de canulação e de procedimento, o expertise do endoscopista e medidas profiláticas utilizadas. Foram comparadas as complicações pós-CPRE entre os dois

grupos e avaliada a influência da irrigação da papila na prevenção das mesmas.

Resultados: Foram incluídos 161 doentes (idade média 68 anos; 54,7% do sexo feminino): 84 (52,2%) no grupo de intervenção e 77 (47,8%) no grupo controlo. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas características de ambos os grupos ($p > 0,05$). A indicação mais frequente das CPREs foi coledocolitíase (65,2%; $n=105$). Todos os doentes receberam profilaxia de pancreatite aguda com hidratação vigorosa e indometacina retal, exceto se contraindicação, e em 16,1% ($n=26$) dos doentes foi colocada prótese pancreática profilática. Não houve diferenças relativamente aos tempos de canulação ($p=0,675$) e de procedimento ($p=0,813$), nem quanto ao expertise dos endoscopistas ($p=0,948$). Relativamente a complicações pós-CPRE, a PAPCPRE foi mais frequente no grupo controlo (6,5%; $n=5$) do que no grupo de intervenção (3,6%; $n=3$), o que parece refletir uma redução do risco (OR 0,53; IC95% 0,123-2,31), no entanto não significativa. O number needed to treat para prevenir uma PAPCPRE foi de 34. Todas as PAPCPRE foram ligeiras. Não se verificaram outras complicações pós-CPRE. Não houve complicações anestésicas relacionadas com a instilação duodenal de água.

Conclusões: A irrigação da papila de Vater com água gelada parece ser uma intervenção segura e potencialmente eficaz na redução do risco de PAPCPRE, em conjunto com as medidas profiláticas já consensualmente aceites. A continuidade deste estudo irá permitir a obtenção de resultados mais robustos e conclusivos sobre a eficácia desta medida preventiva.

CO 02

RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS MALIGNOS T1 DE ALTO RISCO – NOVO PARADIGMA TERAPÊUTICO?

Sofia Bragança; Joaquim Tinoco; Mariana Cardoso; David Horta; Mariana Nuno Costa; Luís Carvalho Lourenço

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O cancro colorretal (CCR) em estadio T1, da classificação TNM, pode ser submetido a resseção endoscópica (RE) com intenção curativa. Todavia, na presença de critérios de alto risco de recorrência, pode ser proposta cirurgia oncológica adicional. A cirurgia não é isenta de complicações e associa-se a morbilidade, especialmente quando envolve o reto. Adicionalmente, ainda não está estabelecido o papel da cirurgia oncológica na prevenção da recorrência à distância do CCR.

Objetivos: Comparar os outcomes dos doentes com CCR T1 com critérios de alto risco que permaneceram em vigilância versus que foram submetidos a cirurgia oncológica adicional.

Material e métodos: Coorte retrospectivo unicêntrico. Inclusão de doentes com CCR T1 no cólon esquerdo submetidos a RE não curativa (≥ 1 critérios de alto risco), entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020. Após a RE, os doentes foram incluídos num de dois grupos: vigilância (clínica, laboratorial, imagiológica, endoscópica) versus cirurgia+linfadenectomia. Os casos foram discutidos em reunião multidisciplinar e para a decisão foram considerados os seguintes fatores: a idade, comorbilidades e vontade do doente e as características do pólio. O período mínimo de *follow-up* após a RE foi de 3 anos. Outcome primário: recorrência e/ou morte aos 36 meses. Para a presente análise, as lâminas das peças de RE foram revistas por anatomopatologista.

Resultados e conclusões: Dos 109 doentes submetidos a RE de CCR T1, 70 apresentaram critérios de alto risco de recorrência. Destes, 20 permaneceram em vigilância (GV) e 50 foram submetidos a cirurgia + linfadenectomia (GC). O *follow-up* mediano foi de 73 meses (IQR=55,93). A idade avançada e a doença cardio/cerebrovascular associaram-

-se a maior propensão para vigilância apenas (propensity score). A polipectomia e a mucossectomia foram as técnicas de RE mais utilizadas (97%). A incidência de complicações relacionadas com a RE foi de 1,4% (1 doente, perfuração cólica).

No GC, 52% dos doentes foram submetidos a resseção anterior do reto. A incidência de complicações no GC foi de 20% (10 doentes: 3 deiscências anastomóticas; 1 hemorragia gastrointestinal inferior; 5 infeções da ferida operatória; 1 estenose da anastomose). Em 84% (n=42) das peças cirúrgicas não se identificou tecido neoplásico (pT0N0). A recorrência no período mínimo de *follow-up* (36 meses) foi de 0% no GV e de 2% no GC. No mesmo período, verificaram-se 2 óbitos no GV e 2 no GC, não relacionados com CCR. Não houve diferença significativa na recorrência e mortalidade entre os dois grupos (p-valor > 0,05).

O presente estudo sugere que os doentes com CCR T1 de alto risco submetidos a RE podem não beneficiar de cirurgia oncológica adicional. Tais resultados vão ao encontro de outros trabalhos publicados e, a confirmar-se em estudos randomizados, poderá representar uma mudança de paradigma na tomada de decisões terapêuticas com base na evidência atual.

CO 03

“WHAT HAPPENS IN THE GREY ZONE” – VARIAÇÃO DO FIB-4 NA PROGRESSÃO DA MASLD DE RISCO INTERMÉDIO

Plácido Gomes; Isabel Caetano; Diogo Simas; André Ruge; Artur Antunes; Isabel Cotrim; Helena Vasconcelos

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (MASLD) representa a causa mais comum de doença hepática crónica (DHC) a nível global. O *Fibrosis-4 Index for Liver Fibrosis* (FIB-4) é uma ferramenta acessível e amplamente utilizada na estratificação do risco de fibrose, no entanto, a correlação com a progressão clínica em doentes de risco intermédio não se encontra totalmente esclarecida. Assim, preten-

de-se avaliar: se a variação do FIB-4 pode ser uma ferramenta de identificação precoce dos doentes em risco de progressão para Doença Hepática Crônica Avançada (DHCA); se a reavaliação do FIB-4 aos 12 meses para doentes de risco intermédio referenciada nas recomendações da European Association for the Study of the Liver 2024 é adequada.

Métodos: Análise retrospectiva de uma coorte de doentes com MASLD com índice FIB-4 de risco intermédio, com pelo menos 1 ano de seguimento, num único centro. Excluídos doentes com outra patologia hepática concomitante; história de consumo etílico; idade inferior a 35 anos e superior a 65 anos. Efetuado cálculo da variação do FIB-4 entre os 0 e 12 meses de seguimento. Realizada análise do risco relativo associado ao aumento de qualquer magnitude do FIB-4 para o desenvolvimento DHCA em 5 anos (presença de DHCA compensada; rotura de varizes, ascite; encefalopatia; hepatocarcinoma). Numa análise secundária, foi efetuado o estudo da curva ROC da variação do FIB-4 em relação com a progressão para DHCA.

Resultados: Incluídos 68 doentes (sexo masculino-42,6%; média etária-55,4±6,8 anos; tempo médio de *follow-up*-64±38,9 meses; presença de hipertensão-64,7%; diabetes mellitus tipo II-42,6%; dislipidemia-70,6%; excesso de peso/obesidade-88,2%; IMC médio-31,6±5,8 kg/m²; FIB-4 à admissão-1,72±0,38). O desenvolvimento de DHCA a 5 anos foi de 14,6%. A variação do FIB-4 no grupo com progressão de doença (mediana=0,34; [-0,29;2,85]) foi significativamente superior em relação ao grupo sem progressão (mediana=-0,09; [-0,5;0,2]), (U=79,5; p=0,003). O FIB-4 à admissão não se associou à progressão da doença aos 5 anos (U=148,5; p=0,353). O risco de progressão para DHCA em 5 anos, foi 1,23 vezes superior (RR=1,23; p<0,05) em doentes com um aumento do FIB-4 a 12 meses de qualquer magnitude versus ausência de aumento. A variação do FIB-4 em 12 meses apresentou uma boa capacidade discriminativa (AUC=0,767; p<0,05), sendo o ponto de corte com melhor acuidade na

previsão de DHCA a 5 anos um aumento de FIB-4≥0,56 ((sensibilidade-66,7% e especificidade-80,0%).

Conclusões: Em doentes com MASLD de risco intermédio a elevação do FIB-4 em 12 meses associou-se a risco aumentado de progressão de doença, independentemente da magnitude do FIB-4 à admissão. Doentes com um aumento ≥0,56 em 1 ano parecem beneficiar de seguimento em especialidade a longo prazo, pelo risco acrescido de desenvolver DHCA em 5 anos.

CO 04

LITOTRIPSIA GUIADA POR COLANGIOSCOPIA: QUE PREDITORES DE RECORRÊNCIA?

Isabel Tarrio¹; Alda Andrade¹; Ana Rita Ribeiro¹; Marta Moreira¹; Tarcísio Araújo¹; Jorge Canena²; Luís Lopes¹

¹Hospital de Viana de Castelo; ²Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A litotricia intraductal guiada por colangioscopia é uma opção eficaz e segura no tratamento de cálculos biliares complexos. Contudo, a evidência quanto à recorrência de litíase em doentes tratados por esta técnica é residual, particularmente no que respeita à litotricia com laser.

Métodos: Estudo coorte prospetivo e multicêntrico, incluindo doentes consecutivos submetidos a litotricia intraductal guiada por colangioscopia entre 2017 e 2024. O outcome primário foi a recorrência de coledocolitíase e os outcomes secundários foram o sucesso técnico (ausência de cálculos visíveis nas vias biliares após uma sessão de litotricia), sucesso clínico (resolução dos sintomas e/ou alterações analíticas) e os fatores preditivos da recorrência de coledocolitíase (através de uma análise univariada e regressão logística multivariada). Foram usadas curvas de Kaplan-Meier para estimar a taxa de sobrevida.

Resultados: Incluíram-se 81 doentes: 51,9% mulheres (n=42) com uma mediana de 77 anos [28-98], seguidos por um período mediano de 34 meses. Uma minoria era previamente colecistectomizada (n=30, 37,0%) e 4 doentes (4,9%) apresentavam anatomia alterada. O sucesso técnico após a 1.ª sessão

de litotricia foi de 86.4% (n=70). O número mediano de cálculos na 1.^a sessão era de 2 e a dimensão mediana de 18 mm [8-40], sendo maioritariamente localizados na VBP (73/81, n=90.1%), que apresentava uma dimensão mediana de 16 mm [6-35]. A duração mediana do procedimento foi de 60 minutos [20-210]. Dos doentes com drenagem biliar incompleta, 6 realizaram nova sessão de litotricia e 5 removeram fragmentos de cálculos pelos métodos standard; todos se mantiveram assintomáticos entre procedimentos e após duas CPRE atingiu-se um sucesso técnico de 100%. Treze doentes (16.0%) apresentaram complicações minor, sendo a colangite (n=4) e a pancreatite (n=3) os mais comuns. Verificou-se uma recorrência da coledocolitíase em 15 doentes (18.5%), maioritariamente assintomática (8/15, 53.3%), após uma média de 5.7 meses. Destes doentes, 5 (33.3%) não eram colecistectomizados, 6 apresentaram mais do que um episódio de recorrência e num doente foi necessária nova sessão de litotricia; nos restantes, os cálculos foram removidos por métodos standard. A idade mais jovem (p=0.13), maior número de cálculos na CPRE index (p=0.09) e a localização dos cálculos noutros locais que não a VBP (p=0.09) demonstraram tendências não significativas para um aumento da recorrência de litíase na análise univariada. O modelo de regressão logística multivariada indica que o aumento do número de cálculos e dodiâmetro da VBP são os fatores mais importantes para prever o risco de recorrência.

Conclusão: A litotricia guiada por colangioscopia associa-se a elevada taxa de sucesso cálculos biliares complexos. A identificação de fatores de risco associados com a recorrência pode permitir uma monitorização mais adequada em doentes de alto risco.

CO 05

DRENAGEM ENDOSCÓPICA DE COLEÇÃO PANCREÁTICAS: EXPERIÊNCIA DE TRÊS CENTROS DE PORTUGAL

Margarida Portugal¹; Joana Barreiro²; Salvador Bodião³; Marta Eusébio¹; Isabel Carvalho¹; Luís Relvas¹; Sónia Barros¹; Catarina Agueiras¹; Catarina Cunha¹; Bruno Peixe¹

¹ULSAlgarve; ²ULS Castelo Branco; ³ULS São José

Introdução: As coleções pancreáticas (CP) constituem uma complicação local conhecida de pancreatite aguda (PA). A maioria das CP resolve espontaneamente e sem necessidade de qualquer intervenção. Caso a coleção infete ou se torne sintomática, é necessário intervir de forma a evitar uma evolução desfavorável. A drenagem endoscópica de CP por ecoendoscopia (EUS) tornou-se atualmente a técnica de primeira linha para drenagem das CP.

Objetivos: Pretende-se avaliar a eficácia e segurança da drenagem endoscópica no tratamento de CP com a utilização de próteses metálicas (PM), apresentando-se dados de três hospitais portugueses.

Material e métodos: Análise retrospectiva de doentes submetidos à colocação de PM por EUS para drenagem de CP sintomáticas, entre 2018 a 2024. Analisados: sucesso técnico, sucesso clínico (resolução sintomática e redução dimensional da CP), intervenções adicionais, tempo para remoção do stent, taxa de complicações e taxa de mortalidade.

Resultados e conclusões: A análise incluiu 44 doentes, com uma idade média de 65.31 ± 13.75 anos, dos quais 62.22% eram do género masculino. As principais indicações para intervenção foram suspeita de infeção/sépsis (68.89%) e dor abdominal (44.44%). A pancreatite litiasica foi a etiologia mais comum (48.89%). Foram colocadas um total de 45 próteses metálicas (12 pseudoquistos e 33 coleções necróticas encapsuladas). A dimensão média das coleções foi de 12.87 ± 5.64 cm. A taxa de sucesso técnico foi de 100% e a taxa de sucesso clínico foi de 86,67%. A maioria das drenagens realizadas ocorreu após um mês do início da PA (%), que é o intervalo de tempo ideal recomendado

para a intervenção. A maioria das PM foram colocadas via transgástrica e o diâmetro de PM mais utilizado foi de 15 mm. Em termos de intervenções adicionais, 84,44% dos casos necessitaram de outros procedimentos, dos quais 11 casos envolveram a colocação de outras próteses após remoção da PM (1 prótese metálica e 10 próteses plásticas). O tempo decorrido para remoção da prótese foi, em média, 28,57 dias. Ocorreram complicações em 6 doentes – precoces: 2 hemorragias intra-procedimento autolimitadas e tardias: 1 migração intra-gástrica; 1 PA aguda ligeira, 3 hemorragias e 1 perfuração. A taxa de mortalidade foi de 6,67%, mas não relacionada com o procedimento. Este estudo sublinha a complexidade na gestão destes doentes, evidenciando que mais de metade necessitou de intervenções adicionais, o que salienta a importância de uma abordagem multidisciplinar. A remoção oportuna das PM apresenta também um papel crucial na prevenção de complicações. A drenagem por ecoendoscopia demonstrou ser uma técnica eficaz e relativamente segura, destacando a necessidade de otimizar a abordagem destes doentes, visando a redução de complicações e a melhoria dos desfechos clínicos.

CO 06

PRÓTESES ESOFÁGICAS: É A FLUOROSCOPIA NECESSÁRIA?

Luís Miguel Relvas; Tânia Gago; Sónia Barros;
Isabel Malta Carvalho; Margarida Portugal;
Francisco Velasco; Bruno Peixe
ULSAIgarve

Introdução: As próteses metálicas autoexpansíveis (PMAE) são utilizadas no tratamento de diversas condições esofágicas, como estenoses, perfurações e fístulas. A sua colocação pode ser realizada sob controlo fluoroscópico (CF), controlo endoscópico (CE) ou uma combinação de ambos. No entanto, são poucos os estudos que comparam diretamente estas abordagens.

Objetivo: Avaliar e comparar a segurança e viabilidade da colocação de PMAE sob controlo fluoroscópico e controlo endoscópico.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes

submetidos à colocação de PMAE esofágica entre janeiro 2011 e dezembro 2023. As próteses foram colocadas com o apoio de fluoroscopia ou sob visualização endoscópica direta. Foram recolhidos dados referentes a complicações imediatas/precoces (< 1 mês inserção) e tardias (>1 mês após inserção).

Resultados: Foram incluídos 103 doentes submetidos a 114 procedimentos de colocação de PMAE. As principais indicações foram estenose maligna esofágica (90%), fístula traqueoesofágica (5,8%) e compressão extrínseca maligna (2,9%). A maioria dos doentes era do sexo masculino (78,6%), com uma média de idades de 69,4 anos. A colocação de PMAE foi realizada sob CF em 60 doentes e CE em 43.

As complicações precoces ocorreram em 10,7% dos doentes no grupo CF e 11,7% no grupo CE ($p = 0,36$). As complicações mais comuns foram dor, vômitos, mal posicionamento/migração, hemorragia e disfagia. As complicações tardias foram registadas em 6,8% dos doentes no grupo CF e 11,7% no grupo CE ($p = 0,67$), incluindo invasão/crescimento tumoral, migração da prótese, fístulas esofágicas e impacto alimentar.

Conclusão: A inserção de PMAE esofágicas é segura e precisa tanto sob controlo fluoroscópico como endoscópico, não havendo diferenças estatisticamente significativas na taxa de complicações entre as duas abordagens. Este conhecimento, permite que em locais onde a fluoroscopia não está disponível, os endoscopistas possam realizar o procedimento mais precocemente, melhorando a qualidade de vida dos doentes.

Instantâneos Endoscópicos

IE 01

REMOÇÃO ENDOSCÓPICA ASSISTIDA POR COLANGIOSCOPIA DE PRÓTESE BILIAR METÁLICA AUTOEXPANSÍVEL RETIDA

Ivo Mendes; Francisco Vara Luiz; Carolina Palma; Ana Pascoal; Cláudia Afonso; Júlio Veloso; Jorge Fonseca; Pedro Pinto Marques; Gonçalo Nunes
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A retenção de próteses biliares metálicas autoexpansíveis ocorre devido a migração proximal ou por *overgrowth* de tecido hiperplásico. A resolução endoscópica desta complicação é tecnicamente desafiante, particularmente em doentes com patologia benigna.

Descrição do caso: Homem de 45 anos com diagnóstico de pancreatite crónica é admitido por dor abdominal e icterícia. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) confirmou a presença de estenose regular curta do colédoco distal de etiologia benigna. Foi colocada prótese biliar metálica autoexpansível (PMAE) totalmente coberta 60x10mm, assegurando uma drenagem eficaz. Na CPRE de controlo aos 6 meses, a extremidade distal da prótese não foi identificada no lúmen duodenal, sendo apenas visível na fluoroscopia por se encontrar completamente envolvida por *overgrowth* de tecido hiperplásico. Procedeu-se a tentativa de remoção com pinça, ansa de polipectomia e balão de extração, sem sucesso. De forma a induzir necrose do tecido hiperplásico foi aplicada a técnica *stent-in-stent* durante 2-4 semanas em três procedimentos consecutivos, todos eles infrutíferos na extração da PMAE. Uma nova CPRE assistida por colangioscopia foi programada para remoção da prótese biliar retida. Iniciou-se o procedimento pela dilatação do lumen da prótese com balão hi-

drostático, melhorando a distorção induzida pelas múltiplas manipulações anteriores. O colangioscópio (SpyGlass™ DS II) foi posteriormente introduzido, confirmando o exuberante *overgrowth* de tecido hiperplásico nos 2cm distais da PMAE. A extremidade proximal foi capturada e tracionada com pinça de biópsia SpyBite™ Max, sendo possível a inversão parcial da prótese para o seu próprio lúmen. Esta manobra permitiu que, após remoção do colangioscópio, a malha fosse facilmente capturada com uma pinça de corpos estranhos convencional de maior calibre, introduzida diretamente através do duodenoscópio. Aplicando tração moderada procedeu-se a inversão completa da prótese para o lúmen duodenal, garantindo a sua remoção bem-sucedida sem complicações. Verificou-se adicionalmente a resolução completa da estenose biliar.

Conclusão: A colangioscopia apresenta aplicabilidade crescente, aumentando a eficácia da CPRE em diversos contextos clínicos. Apesar da técnica *stent-in-stent* estar descrita como eficaz na remoção de PMAE retidas, os autores apresentam um caso refratário e descrevem uma abordagem inovadora assistida por colangioscopia para resolução desta complicação.

IE 02

PERFURAÇÃO DUODENAL TRATADA COM LAMS: DESCRIÇÃO DE CASO

Luís Miguel Relvas; Tânia Gago; Sónia Barros;
Isabel Malta Carvalho; Margarida Portugal;
Marta Eusébio; Bruno Peixe
ULSAlgarve

Introdução: Perfurações endoscópicas iatrogénicas estão associadas a uma alta taxa de mortalidade, diretamente relacionada à rapidez no diagnóstico e tratamento. O uso de clips endoscópicos é a abordagem mais comum na maioria dos casos, enquanto próteses são reservadas para situações específicas. Neste relato, apresentamos um caso em que uma prótese de aposição luminal (LAMS) foi utilizada de forma off-label para tratar uma perfuração duodenal.

Caso clínico: Mulher, 61 anos, com antecedentes de estenose bulbar secundária a uma úlcera duodenal, previamente submetida a duas dilatações com balão TTS até 15 mm. Apresentou-se na Unidade de Técnicas para realização de uma endoscopia digestiva alta (EDA) e novo procedimento de dilatação. Embora assintomática, relatou não ter cumprido corretamente a terapêutica com inibidor da bomba de prótons.

Durante a EDA observou-se uma quantidade moderada de resíduo alimentar, e foi identificada estenose punctiforme na transição entre o bulbo e a segunda porção do duodeno, que não permitia a passagem do endoscópio. Procedeu-se à dilatação com balão TTS 15-18mm. Após o procedimento, detetou-se um defeito na mucosa, com exposição de fibras musculares, confirmando-se perfuração através de fluoroscopia, que mostrou extravasamento extraluminal de contraste.

Após tentativas falhadas de encerramento com clips hemostáticos e OTSC, optou-se pela colocação de uma prótese LAMS, dado tratar-se de uma estenose curta. Realizou tomografia computadorizada que confirmou pneumoperitонеu e adequado posicionamento da prótese.

A doente foi internada, tendo-se instituído tratamento de suporte, com melhoria progressiva e retomada de dieta líquida ao 3º

dia internamento. Teve alta após 5 dias, com dieta passada, e realizou EDA de controlo às 3 semanas, na qual se removeu a prótese e verificou completo encerramento do defeito da mucosa.

Discussão: As perfurações do trato digestivo podem ocorrer por causas iatrogénicas ou não iatrogénicas. Com o aumento dos procedimentos endoscópicos, a incidência de perfurações iatrogénicas tem crescido. Estudos indicam que apenas cerca de 0,01% das perfurações relacionadas à EDA envolvem o duodeno, mas essas encontram-se associadas a taxas mais elevadas de morbidade e mortalidade. A identificação e o tratamento precoces são cruciais para a sobrevivência dos doentes, com estudos mostrando uma taxa de sucesso de até 95% quando a perfuração é tratada imediatamente.

No caso apresentado, a instabilidade do endoscópio dificultou a colocação de clips, levando à decisão de se utilizar uma prótese LAMS, evitando assim, a necessidade de cirurgia e possíveis atrasos no tratamento. Esta abordagem pode ser uma alternativa eficaz em perfurações duodenais, pois, embora o uso de próteses seja menos comum nestas situações devido ao risco de migração, a LAMS, pelo seu tamanho e formato, torna-se uma ferramenta ideal.

IE 03

COLECISTITE AGUDA EM DOENTE COM ELEVADO RISCO CIRÚRGICO – DRAIN WITHOUT A TRACE!

Fábio Pereira Correia; Sofia Bragança;
Mónica Francisco; Henrique Coelho;
Ana Catarina Garcia; Gonçalo Alexandrino;
David Horta; Luís Carvalho Lourenço
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Apresentamos o caso de uma mulher de 90 anos com múltiplas comorbilidades cardiovasculares, que foi internada por insuficiência cardíaca descompensada em contexto de infeção respiratória. Durante o internamento, a doente desenvolveu um quadro de dor no hipocôndrio direito e febre. A ecografia complementarada com TC mostrava um vesícula biliar litiasica (cálculo com 35 mm), modera-

damente distendida, com paredes difusamente espessadas e fina lâmina de líquido perivesicular, compatível com colecistite aguda. Apresentava ainda uma ectasia da via biliar principal (VBP) com microlitíase no seu interior. O caso foi discutido com a equipa de Cirurgia Geral, que considerou tratar-se de uma doente com elevado risco cirúrgico, pelo que sugeriu terapêutica conservadora. Por ausência de resposta à antibioterapia, a doente foi proposta para colecistostomia percutânea, a qual ela recusou. Após discussão com a Gastrenterologia, foi decidida a realização simultânea de CPRE e drenagem transmural da vesícula biliar guiada por ecoendoscopia. Na CPRE observou-se uma VBP dilatada com grande quantidade de bilis purulenta e lamas, que se removeram. A ecoendoscopia revelou uma vesícula biliar ligeiramente dilatada, de parede espessada, com volumoso cálculo no seu interior. Optou-se pela realização de colecistogastrostomia com a colocação de uma prótese de aposição luminal (LAMS) 10 x 10 mm, que ficou bem posicionada, com saída de abundante conteúdo purulento, seguido da colocação de prótese duplo pigtail coaxial para garantir a patência da LAMS. A doente evolui favoravelmente após a drenagem endoscópica, com resolução do quadro de colecistite aguda. A doente foi proposta para abordagem endoscópica subsequente da litíase vesicular complexa, em segundo tempo, após estabilização do quadro clínico. No *follow-up* aos 6 meses, a doente encontrava-se clinicamente bem, sem recidiva do quadro. A terapêutica endoscópica da colecistite aguda em contexto de patologia benigna tem emergido como uma alternativa inovadora e promissora em doentes com elevado risco cirúrgico. Este caso, acompanhado da respetiva iconografia, demonstra que, em doentes selecionados, a abordagem transmural guiada por ecoendoscopia permite um tratamento eficaz e definitivo da colecistite aguda de uma forma minimamente invasiva.

IE 04

QUANDO A ENDOSCOPIA ENCONTRA LIMITAÇÕES: RESOLUÇÃO ORIGINAL DE UMA CAUSA INCOMUM DE HEMORRAGIA

Ana Catarina Garcia; Mónica Francisco; Luísa Figueiredo; Mariana Cardoso; Joana Branco
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Mulher, 54 anos, com antecedentes de carcinoma pavimentocelular da laringe supraglótica pT3N3bM0, diagnosticado em 2021, submetida a traqueostomia após laringectomia total alargada com esvaziamento cervical bilateral e quimiorradioterapia adjuvante até 2022. Desenvolveu como complicação uma estenose esofágica rádica recidivante, em programa de dilatação desde 9 meses antes do internamento atual e medicada com esomeprazol 20mg/dia.

Recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de disfagia de agravamento progressivo, inicialmente para sólidos e depois para líquidos. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou, aos 13cm da arcada dentária, estenose inultrapassável com endoscópio alto convencional. Realizou EDA com dilatação com velas Savary 7, 8 e 9mm, a estenose só foi ultrapassável com o endoscópio alto ultrafino. Colocou gastrostomia endoscópica (PEG) com calibre 24 Fr. na parede anterior do corpo gástrico, método pull, sem complicações imediatas. Após 48h de colocação de PEG, apresentou 2 episódios de emissão de sangue digerido em moderada quantidade pela PEG, sem repercussão hemodinâmica, nem queda de hemoglobina. Repetiu EDA, com endoscópio alto pediátrico (série 160; A-2210910) que mostrou a estenose discretamente ulcerada e friável à passagem do aparelho, franqueável com ressalto. Na vertente da grande curvatura do corpo gástrico, visualizou-se botão de PEG com vestígios hemáticos de sangue digerido que se lavaram sem refazer. Na face contralateral ao mesmo, visualizou-se úlcera com cerca de 5mm de diâmetro, de bordos elevados, com vaso visível sem hemorragia ativa. Dada limitação de diâmetro do canal de trabalho deste endoscópio, optou-se por aplicar 1 hemoclip pelo botão da PEG, que ficou

in situ e a envolver o vaso. Durante o internamento evoluiu com estabilidade hemodinâmica e analítica, sem recidiva hemorrágica e a tolerar alimentação pela PEG.

Este caso alerta para as limitações da terapêutica endoscópica que é dependente dos aparelhos endoscópicos, e ilustra uma forma original e eficaz de contornar essas limitações, numa causa de hemorragia digestiva alta já em si rara.

IE 05

QUANDO A GASTROSTOMIA SE TRANSFORMA EM COLOSTOMIA: ENCERRAMENTO DE FÍSTULA COLOCUTÂNEA COM CLIP OTSC

Mónica Francisco; Fábio Pereira Correia;
Joana Carvalho e Branco; Luís Carvalho Lourenço;
Ana Maria Oliveira; David Horta
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A transfixação cólica é um evento adverso infrequente da colocação de gastrostomia percutânea endoscópica (PEG), complicando-se com formação de fístula colocutânea. A melhor estratégia terapêutica não está bem definida, dada a raridade e variabilidade da apresentação clínica; estão descritas na literatura as abordagens conservadora, cirúrgica ou endoscópica, nomeadamente a colocação de clip over-the-scope (OTSC) em alguns casos.

Apresentamos o caso de uma doente de 78 anos, com história pessoal de disfagia no contexto de acidente vascular cerebral e esclerose lateral amiotrófica, que motivou a colocação de PEG. Após a primeira substituição de PEG, iniciou quadro de diarreia aquosa e drenagem de conteúdo fecaloide pela sonda, recorrendo ao serviço de urgência 10 dias após o início dos sintomas. Analiticamente, apresentava hipocaliémia e elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 10 000/uL e PCR 7mg/dL). Realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica que revelou botão de PEG no cólon sigmóide.

Realizou endoscopia digestiva alta, não se tendo observado solução de continuidade em local prévio de gastrostomia. Decidiu-se realizar colonoscopia para encerramento endoscópico de fístula colocutânea. Após identi-

ficação de botão de PEG, removeu-se a sonda e procedeu-se ao encerramento do orifício da fístula colocutânea com clip over-the-scope (OTSC) 12/6t com auxílio de mecanismo de ancoragem OTSC Anchor 220tt. Adicionalmente realizou-se sutura da pele.

A doente evoluiu favoravelmente após ciclo de antibióterapia com encerramento da fístula e reintrodução de dieta por sonda naso-gástrica. Apresentaremos iconografia detalhada do procedimento endoscópico em formato de vídeo. Trata-se um caso de interesse pela complicação infrequente de colocação de PEG, com possibilidade de tratamento endoscópico, que apresentamos em detalhe.

IE 06

COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA TRANSGÁSTRICA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA: UM NOVO RUMO

Rita Ribeiro; Alda Andrade; Isabel Tarrio;
Marta Moreira; Tarcísio Araújo; Luís Lopes
*Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE /
Hospital de Santa Luzia*

Introdução: A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é o método de eleição para o tratamento das obstruções das vias biliares. Contudo, a sua realização em doentes com bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR) constitui um desafio pela dificuldade do acesso à papila de Vater. A CPRE transgástrica guiada por ecoendoscopia (EDGE) é uma técnica minimamente invasiva que permite o acesso ao estômago excluído através da colocação de uma prótese de aposição luminal (LAMS) pelo remanescente gástrico ou ansa jejunal proximal, facilitando posteriormente a CPRE.

Objetivo: Com este trabalho pretende-se demonstrar a técnica da EDGE.

Material e métodos: Doente do sexo feminino de 66 anos, com antecedentes de BGYR para tratamento de obesidade, recorreu ao serviço de urgência por quadro de icterícia, colúria e prurido com algumas semanas de evolução. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros de citocolestase, e a tomografia computadorizada demonstrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas (VBIH) direita e

esquerda causada por uma massa sugestiva de Tumor de Klagskin Tipo II. Perante a impossibilidade de realizar CPRE convencional pelas alterações anatómicas, foi realizada drenagem biliar percutânea transhepática da VBIH direita e tentativa de CPRE com enteroscopia de duplo balão para a drenagem da VBIH esquerda, contudo sem sucesso devido à formação persistente de ansa. Assim, foi realizada a técnica de EDGE, consistindo numa primeira fase na colocação de uma LAMS, sob controlo ecoendoscópico, entre a ansa jejunal proximal e o estômago excluído. Uma semana depois, foi realizada CPRE e colangioscopia com o sistema SpyGlass através da LAMS, que permitiu a dilatação e citologia com escova da estenose e colocação de uma prótese na VBIH esquerda.

Resultados: A técnica de EDGE foi realizada com sucesso, sem complicações imediatas. Após o procedimento, verificou-se uma melhoria clínica e analítica, com redução dos níveis de bilirrubina total de 5,38 mg/dl para 2,54 mg/dl numa semana. Um mês após o procedimento, os níveis de bilirrubina total encontravam-se normalizados. Não foram relatados efeitos adversos. O resultado da citologia revelou um colangiocarcinoma, e a doente iniciou quimioterapia paliativa.

Conclusões: Com este vídeo, demonstramos as várias etapas da EDGE. Esta técnica endoscópica minimamente invasiva é uma alternativa segura e eficaz na abordagem das patologias pancreatobiliares em doentes com BGYR, nos quais a CPRE convencional pode ser desafiante.

IE 07

SLEEVE GÁSTRICO ENDOSCÓPICO – A TÉCNICA MAIS RECENTE PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE

Rita Ribeiro; Alda Andrade; Isabel Tarrio;
Marta Moreira; Luís Lopes
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE /
Hospital de Santa Luzia

Introdução: O aumento da prevalência da obesidade em todo o mundo exige opções terapêuticas inovadoras e menos invasivas.

O sleeve gástrico endoscópico (SGE) emergiu como um procedimento endoscópico minimamente invasivo para a perda de peso em indivíduos com obesidade.

Objetivo: Com este trabalho pretende-se demonstrar a técnica do SGE.

Material e métodos: Doente do sexo feminino de 51 anos, com um índice de massa corporal de 37,2 Kg/m², dislipidemia e apneia obstrutiva do sono, foi proposta para realização de SGE, após ausência de perda ponderal com alterações dietéticas e tratamento farmacológico. O estudo pré-procedimento incluiu uma avaliação por psicologia, nutrição e endocrinologia, para exclusão de causas secundárias para a obesidade. O SGE foi realizado utilizando o *OverStitch Endoscopic Suturing System* que, ao aproximar a parede anterior, grande curvatura e parede posterior através de quatro suturas transmuralis (um padrão de sutura utilizado no MERIT TRIAL), permitiu a redução do tamanho e do volume gástrico. Após o procedimento, a doente ficou internada para vigilância clínica e início de dieta de acordo com o plano nutricional.

Resultados: O SGE foi concluído com sucesso em 105 minutos, sem complicações imediatas. Após o procedimento, a doente apresentou dor abdominal ligeira, que resolveu por completo após terapêutica sintomática. No dia seguinte ao procedimento, iniciou dieta de acordo com o plano nutricional, e três dias depois teve alta clínica com recomendações dietéticas específicas. Na consulta de seguimento após 1 semana e após 1 mês do procedimento, observou-se uma perda ponderal de 6.36% e 7.27%, respetivamente. Não foram relatados efeitos adversos.

Conclusões: Com este vídeo, demonstramos as várias etapas da técnica do SGE, um novo procedimento endoscópico minimamente invasivo que provou ser eficaz na perda de peso, com um perfil de segurança favorável, sendo uma alternativa à cirurgia e a outros métodos endoscópicos no tratamento da obesidade.

IE 08

HEPATOASTROSTOMIA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA – UMA ALTERNATIVA À DRENAGEM BILIAR

Rita Ribeiro; Alda Andrade; Isabel Tarrio;
Marta Moreira; Tarcísio Araújo; Luís Lopes
*Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE /
Hospital de Santa Luzia*

Introdução: A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é o método de eleição para o tratamento das obstruções das vias biliares. Recentemente, a drenagem biliar guiada por ecoendoscopia surgiu como uma alternativa minimamente invasiva, sobretudo quando não é possível realizar CPRE. Uma dessas técnicas é a hepatogastrostomia guiada por ecoendoscopia (EUS-HGS), que permite a drenagem dos ductos intra-hepáticos por via transgástrica.

Objetivos: Com este trabalho pretende-se demonstrar a técnica da EUS-HGS.

Material e métodos: Doente do sexo feminino de 66 anos, com antecedentes de gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux, recorreu ao serviço de urgência por quadro de icterícia, colúria, prurido e dor abdominal com alguns dias de evolução. As análises revelaram um aumento dos parâmetros de citocolestase, e a tomografia computadorizada demonstrou compressão extrínseca do ducto biliar principal por uma adenomegalia e dilatação dos ductos biliares, bem como a presença de carcinomatose peritoneal. Foi realizada CPRE na tentativa de drenagem biliar, contudo sem sucesso perante as alterações anatómicas da doente. Assim, foi realizada uma EUS-HGS, que consistiu na colocação de uma prótese biliar metálica parcialmente coberta entre um ducto hepático do segmento II e a cavidade gástrica, sob controlo ecoendoscópico.

Resultados: A EUS-HGS foi realizada com sucesso, sem complicações imediatas. Após o procedimento, a doente apresentou uma melhoria clínica e analítica, com redução dos níveis de bilirrubina total (de 7,25 mg/dl para 3,90 mg/dl), fosfatase alcalina (de 1932 UI/L para 1212 UI/L) e gama-glutamilttransferase (de 1397 UI/L para 769 UI/L) em três dias. Na

consulta de seguimento após 1 mês, o nível de bilirrubina total encontrava-se normal e os restantes parâmetros mantinham-se em perfil decrescente. Não foram relatados efeitos adversos. Posteriormente, a doente iniciou quimioterapia paliativa.

Conclusões: Com este vídeo, pretendemos demonstrar as várias etapas da EUS-HGS, um procedimento minimamente invasivo que mostrou ser uma alternativa segura e eficaz na drenagem biliar em doentes com alterações anatómicas, nos quais a CPRE convencional pode não ser tecnicamente possível.

IE 09

GASTROENTEROSTOMIA E COLEDOCODUODENOSTOMIA GUIADAS POR EUS EM DOENTE COM NEOPLASIA DO PÂNCREAS

Francisco Vara Luiz; Ivo Mendes; Marta Patita;
Gonçalo Nunes; Carolina Palma; Ana Pascoal;
Cláudia Afonso; Pedro Pinto-Marques
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A obstrução do trato de saída gástrico (GOO) engloba um espectro amplo de condições clínicas que cursam com intolerância oral. A dilatação endoscópica, as próteses metálicas autoexpansíveis e a gastrojejunostomia cirúrgica constituem terapêuticas já estabelecidas, tendo mais recentemente sido descrita a gastroenterostomia guiada por ecoendoscopia (GE-EUS). Nos doentes com colestase por neoplasia pancreática e GOO, a realização de CPRE é tecnicamente desafiante, sendo a drenagem biliar guiada por EUS uma alternativa com aplicabilidade crescente.

Caso clínico: Homem de 77 anos admitido por dor abdominal e vômitos pós-prandiais com várias semanas de evolução. A TC revelou neoplasia da cabeça do pâncreas localmente avançada, irressecável, condicionando obstrução duodenal. A endoscopia alta confirmou estenose longa em D2/D3 por infiltração neoplásica, inultrapassável, não se identificando a papila maior. As biópsias foram compatíveis com adenocarcinoma do pâncreas. Neste contexto foi proposta a realização de GE-EUS. Após canulação da estenose duodenal com fio-guia 0.035" e colocação de sonda naso-

biliar 7-french, procedeu-se à instilação da mistura de soro fisiológico, azul-de-metileno e contraste iodado para garantir a adequada distensão da ansa jejunal a jusante. Utilizando um ecoendoscópio linear posicionado na cavidade gástrica, foi possível identificar a ansa distendida e realizar a punção ecoguiada com agulha de 19G, seguida da libertação de prótese autoexpansível de aposição luminal (LAMS) 20x10mm (Hot AXIOSTM). O refluxo de conteúdo previamente instilado confirmou o sucesso técnico do procedimento. O doente retomou dieta oral e teve alta 24h após a intervenção, não obstante foi readmitido quatro semanas depois por icterícia de novo (bilirrubina total 8 mg/dL). A TC revelou dilatação da via biliar principal (15mm) e da árvore biliar intra-hepática. Após o insucesso da CPRE por ausência de identificação da papila e deformação/estenose duodenal, optou-se por drenagem biliar guiada por ecoendoscopia para possibilitar a realização de terapêutica oncoativa. Com recurso ao ecoendoscópio linear por via bulbar, após exclusão de interposição vascular, foi realizada coledocoduodenostomia com colocação de LAMS 6x8mm (Hot AXIOSTM), verificando-se drenagem imediata de biliar. Não se registaram intercorrências e o doente teve alta com indicação para iniciar quimioterapia, encontrando-se assintomático aos três meses de *follow-up*.

Conclusão: A GE-EUS constitui uma técnica minimamente invasiva, segura e clinicamente eficaz para palição da G00. Em centros com experiência, a drenagem biliar guiada por ecoendoscopia deve ser considerada como opção preferencial na obstrução biliar maligna (eventualmente após falência da CPRE) quando comparada com a drenagem percutânea ou cirúrgica, dado o sucesso clínico similar e baixo risco de eventos adversos.

IE 10

ADENOCARCINOMA EM ESÓFAGO DE BARRETT: A ENDOSCOPIA NO TRATAMENTO CURATIVO MINIMAMENTE INVASIVO

Francisca Côrte-Real¹; Nuno Nunes¹; Ana Rita Silva¹; Nuno Paz¹; Ana Catarina Rego¹; Vitor Carneiro¹; Maria Antónia Duarte²

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;

²Hospital Divino Espírito Santo

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 62 anos de idade, com antecedentes pessoais de esófago de Barrett, que realizou uma endoscopia digestiva alta por anemia ferropénica. No terço médio e inferior do esófago, observava-se mucosa aveludada e avermelhada, caracterizada histologicamente como esófago de Barrett (C5M6, segundo classificação de Praga). Às 6h, observava-se uma lesão plana (Paris 0-IIa), com cerca de 20 mm de extensão lateral, com destruturação do padrão sob narrow-band imaging. Efetuadas biópsias dirigidas à lesão e biópsias de acordo com o protocolo de Seattle. As biópsias da lesão apresentaram características de adenocarcinoma bem diferenciado, de padrão tubular.

A tomografia computadorizada toracoabdominopélvica não mostrou doença locorregional ou à distância. Na ecoendoscopia digestiva alta, a lesão foi classificada como T1aN0Mx. A doente foi proposta para disseção endoscópica da submucosa. Foi utilizado ácido acético com concentração a 2,5%, para melhor caracterização da lesão. Realizada uma técnica de tunelização, com recuperação da lesão em bloco. A avaliação anatomopatológica mostrou foco de extenso adenocarcinoma bem diferenciado, que infiltrava a muscular da mucosa (M3), com foco de invasão superficial da submucosa até 400 micras, sem linfoangioinvasão ou invasão perineural, com margens livres.

A doente encontra-se assintomática, em vigília anual, a realizar sessões de ablação com radiofrequência da restante mucosa de Barrett. Os critérios de ressecção curativa do adenocarcinoma no esófago de Barrett incluem a

invasão superficial da submucosa até aos 500 micras (sm1), neoplasia bem a moderadamente diferenciada, ausência de invasão linfovascular, com margens livres. Na presença de displasia ou adenocarcinoma, está indicada a realização de ablação completa da mucosa do Barrett, após a exérese das lesões. Com este caso, pretendemos mostrar a importância da avaliação endoscópica do esófago de Barrett, para rastreio de lesões potencialmente malignas, bem como da possibilidade de tratamento endoscópico curativo de adenocarcinoma em estádios precoces.

IE 11

UMA NOVA TÉCNICA PARA ENCERRAMENTO DE ESCARAS APÓS DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA

Andreia Guimarães; Aníbal Ferreira; Rita Seara; Tânia Carvalho; José Damasceno; Joana Neves; Ângela Rodrigues; Raquel Gonçalves
Hospital de Braga

Introdução: A dissecção endoscópica da submucosa (ESD) é, atualmente, o tratamento de primeira linha nas neoplasias gástricas precoces. As principais complicações associadas são a hemorragia e a perfuração. Alguns fatores de risco para hemorragia após ESD, identificados numa meta-análise, são tamanho da lesão > 20 mm; tamanho da escara >30 mm e localização na pequena curvatura.

O encerramento da escara parece diminuir o risco de hemorragia existindo vários métodos atualmente. O *X-Tack endoscopic HeliX Tacking System* (Boston Scientific) é um novo dispositivo de sutura endoscópica indicado para encerramento de escaras de grandes dimensões. **Caso clínico:** Homem de 65 anos realizou endoscopia digestiva alta que revelou lesão deprimida de 20 mm (Classificação de Paris 0-IIc) da incisura, com biópsias compatíveis com displasia de alto grau. A lesão foi removida por ESD, sem intercorrências, obtendo-se uma escara com, aproximadamente, 40 mm de dimensão.

Atendendo ao tamanho e localização da escara, optou-se pelo seu encerramento com o sistema X-Tack™, utilizando um gastroscópio

de canal único (Olympus HQ-190). Os sistemas de ancoragem (“tipo hélix”) encontram-se fixos na sutura de polipropileno, e permitem um posicionamento de cada componente, nos bordos da escara, sem necessidade de remoção do endoscópio. O dispositivo foi introduzido pelo canal de trabalho e foram aplicadas 4 tachas HeliX nos bordos da escara, sendo aplicada ligeira tensão no fio de sutura de forma a aproximar os bordos após colocação de cada uma das tachas. Posteriormente o componente “Cinch” foi utilizado para conferir a tensão final da sutura, bem como o fecho seguro do ponto. Desta forma foi possível encerrar a parte central da escara. As laterais foram ainda encerradas com clips MANTIS (Boston Scientific). O procedimento decorreu sem complicações e o doente teve alta em 48 horas. Sem complicações no *follow-up*. A análise histológica revelou displasia de alto grau com foco de adenocarcinoma intramucoso bem diferenciado (tipo intestinal), sem lesão residual nas margens. Apresenta-se vídeo da técnica e procedimento.

Conclusão: O encerramento das escaras após ESD com um dispositivo de sutura endoscópica é tecnicamente fácil, rápido e permite reduzir a incidência de hemorragia tardia, especialmente em casos de maior risco, embora sejam necessários estudos de validação para a prática clínica e custo-benefício.

IE 12

HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA POR... MASTOCITOSE DO ÍLEON TERMINAL

Filipe Damião; Célia Neto; Ana Tomás; António Curado
Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: A hemorragia digestiva com origem no intestino delgado representa cerca de 5 a 10% dos casos. As principais causas correspondem a angiectasias, doença intestinal inflamatória, neoplasias e úlceras por AINEs. Pretendemos apresentar um caso raro de infiltração gastrointestinal de mastócitos.

Caso clínico: Mulher de 89 anos, autônoma e bom estado geral, com antecedentes de anemia e hipertensão arterial, foi encami-

nhada para consulta de gastroenterologia por hematoquézias. Na consulta, descrevia um quadro arrastado de diarreia, hematoquézias esporadicamente, desconforto abdominal e astenia. Analiticamente destacava-se anemia ferropénica (Hb 9,6 g/dL e ferritina 12 ng/mL). Tinha realizado nos anos anteriores, fora do centro hospitalar, endoscopia digestiva alta que não revelou alterações e colonoscopia total que identificou pequena angiectasia não sangrante do cego, tratada com árgon plasma. Foi encaminhada para consulta de imunohemoterapia e, por manutenção das queixas e do quadro de anemia, foi decidido a realização de cápsula endoscópica. Foram observados sangue vermelho vivo, úlceras e lesão polipoide pediculada no o íleon terminal (Imagem 1). Por esse motivo, foi decidido a realização de colonoscopia com ileoscopia, que revelou íleon terminal com mucosa hiperemiada, úlceras superficiais dispersas e uma lesão polipoide pediculada erosionada e friável, com diâmetro cefálico de cerca de 20mm (Imagem 2). Esta lesão foi removida em bloco com ansa diatérmica, após injeção profilática na base do pedículo. Avaliação histológica revelou um infiltrado de células mononucleadas, aspecto fusiforme, com presença de polimorfonucleares eosinófilos em número elevado e imunohistoquímica com positividade para CD117 e CD45; alterações que eram indicativas de proliferação de mastócitos. Três meses após a colonoscopia a doente refere melhoria clínica, com menos cansaço, sem hematoquézias e sem desconforto abdominal, com hemoglobina de 11 g/dL. Encontra-se, neste momento, em estudo hematológico complementar para excluir mastocitose sistémica.

Conclusão: A mastocitose representa um grupo heterogéneo de condições relacionadas com o crescimento e acumulação desregulada de mastócitos nos tecidos. A classificação clássica divide a mastocitose em forma cutânea pura e forma sistémica. Dentro da mastocitose sistémica, os sintomas gastrointestinais estão presentes em 60-80% dos casos, sendo a diarreia, meteorismo e desconforto abdominal os mais comuns. Devido à apre-

sentação multifacetada e elevada frequência de sintomas gastrointestinais na mastocitose sistémica, esperamos que o presente caso tenha utilidade para relembra os clínicos desta rara, mas importante entidade.

Casos Clínicos

CC 01

**COLANGITE AGUDA: UM DESAFIO
DIAGNÓSTICO**

Daniela Abrantes; Raquel Tavares;
João Cortez Pinto; Ana Catarina Bravo;
André Bargas; Bárbara Abreu; Joana Revés;
Alexandre Ferreira; Rui Loureiro; Luisa Glória
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A infeção biliar aguda é uma doença infecciosa sistémica que requer terapêutica dirigida e atempada, estando associada a morbimortalidade significativa. Existem múltiplas etiologias, desde malignas a benignas, como neoplasias, litíase, variações anatómicas, fibrose e parasitoses.

Descrição do caso: Mulher de 62 anos, natural do Príncipe, em Portugal há 2 meses, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal no hipocôndrio direito com um dia de evolução, associada a febre. Sem acolia nem colúria. De antecedentes, a destacar diabetes mellitus tipo II, obesidade e dislipidemia, sem terapêutica farmacológica instituída. Analiticamente, leucocitose neutrofílica e elevação dos parâmetros de citocolestase (Leu 21.38x10⁹, AST 699 UI/L, ALT 527 UI/L, Bilirrubina total 1.60 mg/dL, Bilirrubina direta 1.17 mg/dL, FA 207 U/L, GGT 486 U/L, PCR 3.2 mg/L). Pedida TC abdomino-pélvica, que demonstrou espessamento e ectasia da via biliar principal (VBP) de 10mm sem causa obstrutiva. Vesícula biliar de paredes regulares e espessadas, moderadamente distendida, com conteúdo endoluminal radiodenso e densificação dos planos adiposos circundantes. Assumido diagnóstico de colangite aguda litíásica com colecistite aguda concomitante. Iniciou fluidoterapia e antibioterapia, tendo-se

programado CPRE dentro de 72h. No entanto, após 48h de antibioterapia, mantinha dor abdominal intensa e apresentava-se taquicárdica. Na reavaliação analítica, coagulopatia de novo (INR 1.64), pelo que, dada a presença de critérios gravidade, decidiu-se avançar com drenagem urgente da via biliar. Durante a CPRE, foi removido um parasita de 30 cm na 2ª porção duodenal, que revelou tratar-se de uma *Ascaris Lumbricoides*, tendo sido administrada dose única de albendazol. No colangiograma, VBP de forma e calibre normais, sem imagens lacunares no seu interior, com uma vesícula biliar repleta de conteúdo esférico. Colocada prótese biliar plástica 7Fr x 5cm, com saída de conteúdo líquido biliar. Após uma semana, nova CPRE para remoção da prótese plástica, já com realização de papilotomia, sem identificação de imagens lacunares nas vias biliares. Teve alta ao 9º dia de internamento, assintomática, com indicação para colecistectomia eletiva.

Conclusão: Em regiões endémicas, a prevalência de litíase é tão comum como a presença de parasitoses hepatobiliares. Apoiar este diagnóstico a semelhança imagiológica entre estas duas etiologias de colangite, a ausência de cálculos na VBP e a presença do parasita na região adjacente à papila, existindo a franca possibilidade ter causado obstrução transitória do fluxo biliar. Apresenta-se este caso clínico, pela pertinência do diagnóstico diferencial da etiologia da colangite aguda, realçando-se a importância que o contexto epidemiológico tem na prática clínica.

CC 02

CHOLECYSTODUODENAL FISTULA MIMICKING PEPTIC ULCER DISEASE: A RARE CAUSE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING

Tatiana Pacheco; Ana Rita Barros; Diana Ramos; Sara Monteiro; Joana Pinto; Rita Pimentel; Jorge Silva

ULS Tâmega e Sousa

A fistula colecistoduodenal é uma complicação rara da colecistite que, por sua vez, raramente se apresenta com hemorragia digestiva.

Um homem de 60 anos com antecedentes de hipertensão arterial e litíase vesicular recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos alimentares e melenas com 4 dias de evolução.

Ao exame objetivo, encontrava-se hipotenso (98/59 mmHg), apirético e com dor à palpação no quadrante superior direito, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal com evidência de melenas. Analiticamente salientava-se hemoglobina de 6,1 mg/dL. Instituída terapêutica de suporte e inibidor da bomba de prótons e realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou úlcera duodenal Forrest IIa tratada endoscopicamente com BICAP (Bipolar Electrocoagulation). Foi admitido no serviço de medicina intensiva para vigilância. Posteriormente, desenvolveu picos febris diários. No 3º dia de internamento, apresentou instabilidade hemodinâmica e queda da hemoglobina sem rentabilidade transfusional, motivo pelo qual se procedeu a nova tentativa de hemostase endoscópica com adrenalina, polidocanol e hemospray. Realizou angio-TC abdominopélvica que evidenciou colecistite complicada de perfuração, abscesso e fistulização para o duodeno. Decidiu tratamento conservador com antibioterapia e drenagem percutânea do abscesso. Apresentou recidiva de hemorragia ao 11º dia de internamento, com drenagem hemática pelo dreno abdominal, instabilidade hemodinâmica e melenas. Identificou-se na parede anterior da transição bulbo-D2, úlcera com cerca de 8 mm com vaso visível de grande calibre, tendo sido colocado clip OTSC (*Over-The-Scope-Clip*). Evoluiu favoravelmente no restante internamen-

to, tendo tido alta ao 32º dia. Foi submetido a colecistectomia laparoscópica em diferido, sem intercorrências.

Os autores descrevem um caso de hemorragia digestiva alta recidivante com ponto de partida em fistula colecistoduodenal, inicialmente interpretado em contexto de doença ulcerosa péptica. Este caso ilustra uma complicação rara da colecistite que é necessário ter presente bem como o desafio diagnóstico e terapêutico que este tipo de úlceras duodenais implica.

CC 03

DOS SINTOMAS ÀS COMPLICAÇÕES: A DESAFIANTE JORNADA PELA SÍNDROME ZOLLINGER-ELLISON-GASTRINOMA

Sofia Bragança; Ana Catarina Garcia; Mónica Francisco; Henrique da Costa Coelho; Fábio Correia; Luísa Martins Figueiredo; Ana Maria Oliveira; Carolina Padrão; Marta Fragoso; João Guimarães; Paulo Mira; Mariana Nuno Costa
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A Síndrome de Zollinger-Ellison (SZE) caracteriza-se por dor abdominal, doença ulcerosa péptica (DUP) atípica, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e diarreia crónica aquosa. O gastrinoma é uma causa de SZE e trata-se de um tumor neuroendócrino (TNE) segregador de gastrina tipicamente localizado no triângulo dos gastrinomas. O diagnóstico é tardio e implica uma elevada suspeita clínica. A suspensão dos inibidores da bomba de prótons (IBP) é necessária para o diagnóstico, após ponderação do risco de complicações, e os métodos de imagem são essenciais para a localização/estadiamento do gastrinoma. Além do alívio sintomático, os IBP reduzem o risco hemorragia digestiva alta (HDA), a qual é a principal causa de morte na SZE. O tratamento do gastrinoma pode incluir terapêuticas sistémicas e/ou cirurgia.

Descrição do caso: Doente de 54 anos, com DRGE medicado com IBP e diarreia crónica (3 anos de evolução) em estudo. Recorreu ao serviço de urgência por agudização da diarreia crónica (>10 dejeções/dia). Encontrava-se desidratado, hipotenso e com dor abdominal epigástrica. Analiticamente, lesão

renal aguda AKIN 3. Na TC AP, identificou-se espessamento parietal gástrico difuso e nódulo de 20 mm na transição gastroduodenal. Pela suspeita de SZE foi otimizada a dose de IBP, com melhoria sintomática. Posteriormente, para doseamento hormonal, substituiu-se IBP por anti-H2. Cerca de 72h após o switch, apresentou melenas e instabilidade hemodinâmica (IH). Na endoscopia digestiva alta, identificou-se extensa DUP duodenal Forrest IIc e III. O estudo hormonal após 72h de suspensão de IBP: gastrinemia 4390 ng/L e pH gástrico 2.9. O internamento foi marcado por duas recidivas de HDA com IH, com admissão no serviço de medicina intensiva. Além do IBP e EDA com terapêutica endoscópica hemostática combinada (TEHC), institui-se octreotido. Após realização de PET-DOTATOC-Ga-68 (metastização ganglionar locorregional) o doente foi submetido a antrectomia + reconstrução em Y-roux (TNE, G1, índice mitótico < 1/2mm², ki67 <3%, pT2N1-R2). A última recidiva de HDA verificou-se no pós-operatório, com necessidade de relaparotomia e enteroscopia retrógrada intraoperatória: TEHC (OTSC®) e laqueação da artéria gastroduodenal. Desde então, sem recidiva de HDA e com gastrinemia 20ng/L. Após discussão multidisciplinar, permaneceu em vigilância, encontrando-se sem recidiva aos 8-meses de *follow-up*. **Conclusão:** Apresentamos um caso clínico raro e de sucesso a respeito da SZE causada por gastrinoma. O caso retrata os dilemas associados ao diagnóstico e estadiamento do gastrinoma. E, adicionalmente, relata o desafio e a abordagem multidisciplinar a uma das complicações mais temidas e determinantes do prognóstico a curto prazo, a HDA.

CC 04

O PAPEL DA TERAPIA ENDOLUMINAL POR VÁCUO NO PROGNÓSTICO DE UM CASO DE ADENOCARCINOMA DO RETO

Madalena Pestana; Joana Carvão; Jorge Fernandes; Manuel Gouveia; Paulo Câmara; Nuno Ladeira; Vitor Magno Pereira; Henrique Morna
Hospital Dr. Nélio Mendonça

A deiscência de anastomose é uma complicação grave da cirurgia colorretal, resultando num aumento da morbimortalidade e que pode afetar os resultados oncológicos do doente. A abordagem a deiscências de anastomoses colorretais não está padronizada e deve ser individualizada à condição do doente, características da anastomose e experiência do centro. As abordagens não cirúrgicas, nomeadamente a terapia endoluminal por vácuo (TEV) tem vindo a ter uma utilização crescente e com resultados favoráveis.

Reportamos o caso de um homem de 53 anos sem antecedentes de relevo, diagnosticado com adenocarcinoma do reto aos 10cm da margem anal estadiado em cT3N2M0, proposto para terapia neoadjuvante total (TNT) seguida de cirurgia. No decorrer do TNT apresentou duas intercorrências graves que impediram completar o ciclo: às cinco semanas um quadro de oclusão intestinal com consequente colocação de prótese cólica e uma semana após apendicite aguda com peritonite, abordada cirurgicamente.

Após resolução das intercorrências, foi realizada cirurgia eletiva ao tumor primário - ressecção anterior do recto com colostomia terminal. A peça operatória revelou resposta parcial ypT3N0R0. O período pós-operatório foi complicado de infeção de ferida operatória tratada conservadoramente e coleção na região pré-sagrada drenada por TC.

Um mês após a cirurgia o doente foi reinternado por febre e aumento de parâmetros inflamatórios, confirmando-se imagiologicamente recidiva do abscesso pélvico e endoscopicamente constatada deiscência de anastomose cirúrgica. Apesar das intercorrências infecciosas, dado o estadiamento e o facto de não ter cumprido TNT na sua totalidade, foi

proposto para terminar de forma adjuvante. Uma vez que foi assegurada drenagem contínua de coleção pela TEV foi decidido em reunião multidisciplinar avançar com o início do esquema de quimioterapia adjuvante com capecitabina oito semanas após cirurgia. Cumpriu oito ciclos com boa tolerância e durante esse período fez um total de 13 substituições do dispositivo em ambulatório. Constatou-se encerramento da loca após 88 dias e com aplicação complementar de endoclip no orifício fistuloso remanescente.

Uma tomografia axial abdómino-pélvica de controlo seis meses após confirmou não haver recidiva neoplásica, doença secundária ou coleções residuais. À data o doente encontra-se assintomático, com bom estado geral e está proposto para reconstrução do trânsito intestinal.

A utilização da TEV para a abordagem de deiscências após TNT está associado a um maior tempo de tratamento e maior risco de falência terapêutica. No entanto, é uma abordagem conservadora e segura podendo evitar a morbilidade de uma reintervenção cirúrgica. Com este caso, demonstramos como a TEV foi utilizada durante a quimioterapia, permitindo completar a adjuvância com consequente melhoria do prognóstico.

CC 05

PANCREATITE AGUDA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B

Ana Rita Silva; Francisca Côrte-Real;
Margarida Flor de Lima; Vera Costa Santos;
Maria Antónia Duarte
Hospital Divino Espírito Santo

A pancreatite aguda constitui-se como uma das doenças mais frequentes do trato gastrointestinal e é responsável por um elevado número de admissões hospitalares. A litíase é a causa mais comum de pancreatite, seguida do álcool. Em 5 a 14% dos casos, os tumores bilio-pancreáticos podem se manifestar com pancreatite aguda.

Apresentamos um doente do sexo masculino de 69 anos de idade, sem hábitos etílicos ou tabágicos, que recorreu ao serviço de urgên-

cia por dor abdominal com irradiação para o dorso, em cinturão. Analiticamente, apresentava elevação da amilase, três vezes o limite superior da normalidade (428 U/L), triglicéridos e cálcio normais. Na ecografia abdominal, com achados sugestivos de pancreatite aguda, destacando-se uma área pseudonodular na transição entre o corpo e cauda. Internado com o diagnóstico de pancreatite aguda e suspeita de neoplasia do pâncreas.

O doente realizou TC abdominal, onde se identificou volumosa massa sólida hipocaptante, de 9 por 4 cm, ao nível do corpo e cauda do pâncreas, com invasão do estômago e baço. Observaram-se também lesões nodulares hepáticas sugestivas de depósitos secundários, bem como volumosas aglomerados adenopáticos retroperitoneais.

Foi ponderada ecoendoscopia alta para obtenção de amostra histológica. No entanto, ao exame objetivo detalhado, o doente apresentava adenopatia cervical palpável. Foi submetido a biópsia excisional desta, com resultado histológico compatível com linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B.

O doente iniciou o protocolo terapêutico mini-CHOP e metilprednisolona, com resposta favorável. TC subsequente, 1 mês após, com franca melhoria dos achados prévios, medindo a lesão pancreática 45x31 mm, e verificando-se resolução das lesões hepáticas.

O linfoma não-Hodgkin atinge o pâncreas em apenas 0,2 a 2% dos doentes, sendo a pancreatite aguda uma manifestação invulgar. Comparativamente ao adenocarcinoma, presente em 31 a 34% dos casos de nódulo sólido do pâncreas, o LNH apresenta um melhor prognóstico, com sobrevida aos 5 anos de 74%, devendo ser uma das hipóteses a considerar. Apresenta-se este caso pela sua raridade, pela resposta obtida ao tratamento e pelo desafio diagnóstico que impôs.

CC 06

QUANDO A IDADE NOS ENGANA – UMA CAUSA RARA DE BARRAGEM GÁSTRICA

Catarina Bravo; Joana Revés; Bárbara Abreu;
André Bargas; Daniela Abrantes; Manuela Canhoto;
Rui Loureiro; João Cortez Pinto; Catarina Fidalgo;
Marisa Ferreira; Gonçalo Luz; Analisa Ribeiro;
Luísa Glória

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A estenose do piloro do adulto pode ter inúmeras causas, das quais as mais comuns são a doença ulcerosa péptica e a neoplasia.

Descrição do caso: Homem de 31 anos, sem antecedentes, com quadro de dor abdominal epigástrica, náuseas, vômitos, enfartamento e perda ponderal 8% do peso corporal, de agravamento progressivo com 3 meses de evolução. Sem febre, suores noturnos, anorexia, perdas hemáticas visíveis ou alteração do trânsito intestinal. Nega toma de anti-inflamatórios não esteróides ou outra medicação. Admitido no serviço de urgência por síndrome de barragem gástrica. Analiticamente sem anemia ou outras alterações. TC com distensão gástrica e espessamento parietal do piloro.

Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou conteúdo alimentar gástrico e estenose pilórica congestiva, hiperemiada e friável, inultrapassável com o gastrosκόpio standard, que se biopsou (biópsias sem alterações, pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa). Iniciou inibidor da bomba de prótons duas vezes por dia, procinéticos, pausa alimentar e evoluiu favoravelmente, com tolerância de dieta líquida após 48h. No final do internamento, repetiu TC que mostrava persistência de espessamento concêntrico do antro/piloro, numa extensão aproximada de 2 cm, regular, não condicionando significativa distensão gástrica; e endoscopia digestiva alta, que mostrava persistência de aspeto estenosado, congestivo e infiltrativo do piloro, tendo-se realizado várias biópsias, que mostraram apenas alterações inflamatórias regenerativas. Alta com evolução favorável em ambulatório, com ganho de peso e tolerância alimentar progressiva, embora mantendo enfartamento. Do estudo solicitado: IGRA negativo, beta2 microglobu-

lina normal, calprotectina 441 ug/g. Repetida EDA após 2 meses, mantendo as mesmas alterações. Colonoscopia total com ileoscopia terminal sem alterações. Ecoendoscopia mostrou lesão hipoeecogénica mal definida com 2cm, que pareceu corresponder a espessamento da muscular de uma das vertentes do piloro, biópsias com fraca rentabilidade.

Discutido em reunião multidisciplinar e persistindo piloro de aspecto congestivo e infiltrativo e enfartamento pós prandial apesar de ganho de peso, decidida cirurgia. Submetido a gastrectomia subtotal em Y Roux com linfadenectomia D1 por via laparoscópica, sem intercorrências. Macroscopicamente, observado piloro com espessamento parietal acentuado e consistência elástica, sem lesão tumoral; microscopicamente hipertrofia da camada muscular, compatível com estenose hipertrófica do piloro. Atualmente encontra-se assintomático.

Conclusão: A estenose hipertrófica do piloro é uma causa rara de estenose do piloro do adulto, com apenas 200-300 casos descritos na literatura. Este caso pretende alertar para a sua apresentação e marcha diagnóstica, salientando a sua iconografia imagiológica, endoscópica, macroscópica e microscópica.

CC 07

DISFAGIA LUSÓRIA – UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE, UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Rute Gomes; Catarina Gonçalves; Caroline Soares;
Ângela Domingues; Cláudio Rodrigues;
Gabriel Gerediaga; Diana Martins; Américo Silva
Hospital de Viseu

Introdução: A disfagia lusória é uma condição rara causada por uma compressão esofágica extrínseca de natureza vascular, mais frequentemente por uma artéria subclávia direita aberrante.

Descrição do caso: Relata-se o caso de uma mulher de 39 com antecedentes pessoais de depressão que recorreu ao serviço de urgência por disfagia para sólidos com 3 meses de evolução e emagrecimento involuntário significativo. Foi realizada endoscopia digestiva alta sem achados patológicos. Realizada ob-

servação otorrinolaringológica, incluindo laringoscopia indireta, sem alterações relevantes. A doente foi orientada para consulta, para estudo adicional. Realizou TC de crânio sem achados positivos. Observada por Neurologia, excluindo-se patologia desse foro. Realizada angioTC cervical que revelou presença de artéria subclávia direita aberrante, de percurso retró-esofágico a nível axial de D3, sugerindo o diagnóstico de disfagia lusória. A doente foi orientada para Cirurgia Vascular para avaliação adicional e orientação terapêutica. A doente foi submetida a cirurgia, realizada implantação de plug vascular na origem da artéria aberrante e bypass carótido-subclávio direito com enxerto de politetrafluoretileno, sem intercorrências. A doente evoluiu favoravelmente, com gradual resolução da disfagia na semana seguinte.

Conclusões: A disfagia é uma queixa frequente na prática clínica do gastroenterologista. A disfagia lusória é uma causa rara, o seu diagnóstico é desafiante, muitas vezes tardio, com grande sofrimento para o doente. O seu tratamento implica uma abordagem multidisciplinar, envolvendo endoscopia e exames de imagem contrastados. Em casos severos, o tratamento cirúrgico está indicado e revela-se eficaz na resolução dos sintomas. Apresenta-se o caso pela sua raridade e importância em considerar este diagnóstico em casos de disfagia persistente.

CC 08

WOUND CLOSURE REINVENTED: NEW ENDOSCOPIC CLOSURE DEVICE IN GASTRIC ESD – A TWO CASE REPORT

Henrique da Costa Coelho; Sofia Bragança;
Filipa Bordalo Ferreira; Mariana Cardoso; David Horta;
Luís Lourenço
Hospital Fernando Fonseca

A disseção endoscópica da submucosa (DES) possibilita a ressecção curativa de lesões superficiais do tubo digestivo. Apesar de permitir maiores taxas de ressecção endoscópica curativas, comporta um risco acrescido de iatrogenia, nomeadamente hemorragia e perfuração. Recentemente foram desenvolvidos dispositivos

que auxiliam no encerramento da escara pós DES. Apresentamos em seguida a utilização de um destes dispositivos em dois casos distintos. O primeiro caso corresponde a uma doente do sexo feminino com 83 anos de idade, parcialmente dependente, proposta para realização de DES gástrica de lesão plana do antro (classificação de Paris 0-IIa) com 15mm de maior eixo. O procedimento foi efetuado com recurso à DualKnife-J (Olympus), mediante elevação com solução de gelofundina, azul de metileno e adrenalina. No final, encerrou-se a extremidade distal da escara com o sistema X-tack, que se completou na vertente proximal com 4 clips through the scope (TTS). Após a intervenção e subsequente período de recobro, a doente teve alta clínica para o domicílio, com ensino de sinais de alarme. Não se verificaram complicações imediatas ou tardias. O segundo caso diz respeito a uma doente do sexo feminino com 90 anos de idade, autónoma, sob hipocoagulação oral com apixabano por fibrilhação atrial. Foi proposta para realização de DES gástrica de lesão plana da face posterior do corpo gástrico (classificação de Paris 0-IIa+IIb) com 20mm de maior eixo. Trata-se de uma recidiva após mucosectomia de pólipo gástrico maligno (0-Isp, adenocarcinoma em adenoma), com biópsias com displasia de alto grau. Após DES com a DualKnife-J, da qual se destaca fibrose da região central da lesão, encerrou-se a escara com recurso ao sistema X-tack e 4 clips TTS (2 reabráveis com extremidades em âncora e 2 convencionais). A doente cumpriu vigilância em internamento (< 24 horas). Retomou a hipocoagulação quatro dias após o procedimento. Não se verificaram complicações imediatas ou tardias. O sistema X-tack foi desenvolvido com o intuito de diminuir o risco de hemorragia após DES, contribuindo para o incremento de segurança da intervenção e potencialmente diminuindo a necessidade de vigilância em internamento após a mesma, podendo conduzir a maior eficiência de utilização de recursos em saúde. Partilha-se a presente série de casos pela iconografia recolhida e por retratar a nossa experiência inicial na utilização deste dispositivo.

CC 09

ELLA DANIS STENT – A NOT SO TEMPORARY MEASURE

Henrique da Costa Coelho; Fábio Correia; Maria Luísa Figueiredo; Alexandra Martins; Joana Carvalho e Branco; Ana Maria Oliveira; Luís Lourenço; Mariana Cardoso; David Horta
Hospital Fernando Fonseca

A utilização da Ella Danis stent está prevista na hemorragia digestiva alta varicosa, permitindo a compressão dos cordões varicosos esofágicos e consequente hemostase. A sua utilização está prevista como medida transitória, estando recomendada a sua extração após 7-14 dias[MC1]. Na presente série de casos reportamos a sua utilização como terapêutica definitiva com intuito paliativo.

Homem com 59 anos, com cirrose hepática etanólica e vírica (VHC curado) Child-Pugh A e carcinoma hepatocelular (CHC) multicêntrico com invasão tumoral da veia porta (BCL-C-C), proposto para imunoterapia. Recorreu ao serviço de urgência por hematemese de novo (3º episódio em 2 meses). A endoscopia revelou extensa fibrose da mucosa esofágica devido às laqueações prévias. A tentativa de colocação de novo elástico desencadeou uma hemorragia de alto débito, não passível de controlo endoscópico. Procedeu-se à colocação de Ella Danis stent com efeito hemostático adequado. Dada a impossibilidade técnica de colocação de TIPS e várias recidivas hemorrágicas decidiu-se não remover a prótese. O doente teve alta clínica a tolerar dieta per os, vindo a falecer 4 semanas após a alta clínica.

O segundo caso refere-se a um homem de 56 anos, com cirrose etanólica e vírica (VHC curado) Child-Pugh A e nódulo de CHC de 5 cm com trombose da veia porta (tumoral vs não-tumoral), em avaliação para eventual transplante hepático. Recorreu ao serviço de urgência por hematemese de novo (4º episódio em 2 meses). Na endoscopia identificou-se, a par de extensas alterações cicatriciais, um ponto de rotura, sendo administrado polidocanol com efeito hemostático adequado. Durante o internamento verificaram-se

3 episódios de recidiva hemorrágica. Pela refratariedade ao tratamento endoscópico, procedeu-se à colocação de Ella Danis stent. Verificou-se agravamento clínico durante o internamento, com ascite, peritonite bacteriana espontânea e síndrome hepatopulmonar. Registou-se ainda subida marcada da alfa-fetoproteína e confirmou-se etiologia tumoral da trombose da veia porta. Assim, por o doente não ser candidato a terapêutica sistémica, decidiu-se pela não remoção da prótese. O doente faleceu 3 semanas mais tarde.

A presente série de casos retrata a utilização off-label da Ella Danis stent em doentes não candidatos a terapêuticas definitivas para o controlo da hemorragia digestiva alta varicosa. Este dispositivo alia a o tamponamento dos cordões varicosos com a patência da via oral.

CC 10

EMBOLOGIZAÇÃO ESPLÉNICA APÓS ROTURA DE VARIZ ECTÓPICA: UMA TERAPÊUTICA INCOMUM

Mónica Francisco¹; Sofia Bragança¹; Joana Carvalho e Branco¹; Ana Maria Oliveira¹; António Caetano²; Élia Coimbra²; Tiago Bilhim²; David Horta¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ²Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE / Hospital Curry Cabral

Apresentamos o caso de um homem de 45 anos com história pessoal de miocardiopatia dilatada e pancreatite crónica de etiologia etanólica complicada de cavernoma da porta, que recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro com 4 dias de evolução de melenas acompanhado de lipotímia nesse dia.

À admissão encontrava-se com instabilidade hemodinâmica, corrigida após fluidoterapia e hemoderivados. Analiticamente, apresentava hemoglobina de 5,3g/dL e ureia de 51 mg/dL, sem outras alterações de relevo.

Realizou-se endoscopia digestiva alta onde se identificaram varizes esofágicas pequenas e presença de duas varizes ectópicas bulbares, uma delas com ponto de rotura. Procedeu-se à injeção de cianoacrilato (2cc), que desencadeou hemorragia ativa de alto débito. Para controlo hemorrágico, efetuou-se injeção de mais 2cc de cianoacrilato, sem sucesso, pelo

que se optou pela injeção de polidocanol (4cc), com resolução da hemorragia, e posterior aplicação de Hemospray?.

A angio-TC abdominal revelou múltiplas imagens hiperdensas nos planos do hilo hepático e do bulbo e varicosidades na região cefalo-pancreática e do arco duodenal.

Admitiu-se elevado risco de recidiva hemorrágica pelo que se discutiu o caso com Radiologia de Intervenção, e posteriormente em reunião multidisciplinar Hepato-bilio-pancreática, para otimização da abordagem. Na ausência de possibilidade de realização de TIPS ou revascularização cirúrgica, atendendo aos antecedentes e achados da angioTC, foi decidida embolização esplénica parcial.

O doente evoluiu favoravelmente e, em regime de ambulatório, foi realizada embolização da artéria esplénica com coils, observando-se em arteriografia redução do fluxo esplénico. No seguimento a curto prazo não se observaram complicações major nem recidiva hemorrágica. A embolização parcial da artéria esplénica é um procedimento pouco comum para redução da hipertensão portal, apresentando-se como uma alternativa descrita na literatura em situações clínicas em que haja contraindicação para TIPS.

Apresentamos um caso de hipertensão portal secundário a trombose da veia porta com rotura de varizes ectópicas abordado multidisciplinarmente e com recurso a terapêutica pouco convencional para tratamento da hipertensão portal

CC 11

VOLVO GÁSTRICO – UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL

Andreia Guimarães; Aníbal Ferreira; Dalila Costa; Andreia Guimarães Nunes; Tânia Carvalho; Eduarda Magalhães Gonçalves; Hugo Palma Rios; Charlene Viana; Dina Luís; António Gomes; José Damasceno; Joana Neves; Ângela Rodrigues; Joaquim Costa Pereira; Raquel Gonçalves
Hospital de Braga

Introdução: O volvo gástrico é uma entidade rara caracterizada por uma rotação anormal do estômago sobre os seus eixos. Pode classificar-se de acordo com o seu eixo de

rotação em organo-axial (mais comum), mesentero-axial ou uma combinação dos dois. Manifesta-se de forma aguda ou crónica, sendo que na forma aguda pode ocorrer isquemia gástrica, necrose e perfuração.

Descrição do caso: Descrevemos dois casos ilustrativos de volvos gástricos agudos e primários:

Caso 1: Homem de 24 anos recorreu ao Serviço de Urgência em março 2024 por vômitos pós-prandiais com 4 dias de evolução. Analiticamente sem alterações de relevo. Ao exame objetivo, abdómen mole, depressível e indolor. Radiografia abdominal com dilatação gástrica. Colocada sonda nasogástrica em drenagem com melhoria pelo que teve alta. Seis meses após recorre novamente ao Serviço de Urgência pelo mesmo motivo. Ao exame objetivo, abdómen distendido, indolor. Radiografia abdominal com acentuada dilatação gástrica. Foi colocada sonda nasogástrica, com drenagem vestigial. A tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal revelou distensão líquida e gasosa da cavidade gástrica, associada a torção. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou lúmen gástrico distendido, com abundante conteúdo alimentar, com torção a condicionar dificuldade na progressão do endoscópio, que foi possível após descompressão. Mucosa do corpo gástrico com aspeto vinoso e com ulceração superficial. Internado com antibióterapia e sonda nasogástrica em drenagem com evolução favorável pelo que teve alta. Duas semanas após, admitido novamente no serviço de urgência por vômitos e dor abdominal. A EDA revelou cavidade gástrica dilatada, com abundante conteúdo alimentar e mucosa do corpo, incisura e antro com aspeto vinoso sendo efetuada des-rotação com resolução do volvo. O doente foi posteriormente submetido a cirurgia de forma eletiva, sem intercorrências.

Caso 2: Homem de 90 anos recorreu ao Serviço de Urgência em outubro 2023 por dor abdominal difusa com 1 dia de evolução, associada a náuseas e vômitos. Ao exame objetivo, abdómen mole, depressível, doloroso à

palpação do hipocôndrio esquerdo. Analiticamente com discreta elevação dos parâmetros inflamatórios. TAC abdominal com volumosa gastrectasia com nível hidroaéreo, com aparente rotação. Realizada EDA que revelou lúmen distendido, com abundante conteúdo alimentar e com torção luminal em sentido horário, reduzida com sucesso com progressão do endoscópio em sentido antihorário. Apresentou melhoria clínica, com tolerância alimentar sem vômitos. Assintomático até ao momento.

Conclusão: Apresentamos 2 volvos gástricos primários, com torção mesentero-axial. A EDA constitui uma ferramenta diagnóstica e terapêutica útil em casos selecionados de volvo gástrico, permitindo a descompressão, des-rotação e exclusão de isquemia significativa.

CC 12

TRATAMENTO DO BURIED BUMPER SYNDROME ATRAVÉS DA TÉCNICA DE DILATAÇÃO COM BALÃO

Sónia Barros; Margarida Portugal; Luís Miguel Relvas; Isabel Malta Carvalho; Ana Margarida Vaz; Bruno Peixe

Hospital de Faro

O Buried bumper syndrome (BBS) é caracterizado pela migração interna do bumper para a parede gástrica ou abdominal, o que pode complicar a colocação de uma gastrostomia endoscópica percutânea (PEG). Frequentemente, é necessário tratamento endoscópico, sendo descritas várias abordagens, incluindo técnicas de dissecação e dispositivos inovadores.

Apresentamos o caso de uma paciente de 73 anos, com antecedentes de meningioma intervencionado que complicou com paralisia laringofaríngea esquerda e disfagia associada. Para gerir as necessidades nutricionais, foi colocada sonda de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG). Após reabilitação verificou-se uma melhoria significativa da disfagia, permitindo a reintrodução da nutrição oral. Dado este progresso, seis meses após a colocação da PEG, a equipa multidisciplinar decidiu remover a sonda PEG. Durante o procedimento de remoção, sentida resistência na mobilização, pelo que foi realizada uma

endoscopia digestiva alta, que revelou a ausência do bumper interno no lúmen gástrico, sugerindo o diagnóstico BBS que, foi posteriormente confirmado por tomografia computadorizada abdominal.

A paciente foi admitida no serviço de gastroenterologia para planear a remoção da sonda PEG. Optou-se por um procedimento endoscópico utilizando a técnica de Dilatação com Balão e Tração. Durante a endoscopia, foi observada uma protrusão na parede anterior do antro, consistente com BBS (Figura 1a). A sonda PEG foi cortada a 2 cm da pele e clampada. Um fio-guia foi introduzido na luz gástrica (Figura 1b) e exteriorizado pela boca utilizando uma ansa de polipectomia. Um balão “through-the-scope” foi então avançado sobre o fio-guia e insuflado dentro da sonda PEG até 18 mm (Figura 1c). A tração contínua levou à mobilização do bumper interno para o lúmen gástrico, sendo removido posteriormente pela boca.

A doente permaneceu internada para vigilância. No segundo dia, foi introduzida uma dieta mole, sem complicações. Recebeu alta no terceiro dia.

A técnica de Dilatação com Balão e Tração (Balloon Dilation Pull) é um método eficaz e seguro para o tratamento do BBS, utilizando acessórios endoscópicos facilmente disponíveis. Esta técnica consiste na insuflação de um balão dilatador dentro da sonda PEG, aplicando-se tração contínua para desobstruir o bumper encarcerado. É uma abordagem eficaz, de baixo custo, com potencial para melhorar os cuidados prestados a esta patologia, apesar da ausência de um método padronizado para todos os casos de BBS.

Posters

PO 01

OUCH, IT HURTS – ENDOSCOPIC REMOVAL OF A FISH BONE STUCK IN THE PANCREAS

Tatiana Pacheco; Ana Rita Barros; Luísa Barros;
Joana Pinto; Rita Pimentel; Jorge Silva
ULS Tâmega e Sousa

A ingestão de corpos estranhos é comum e ocorre sem complicações na maioria dos casos. Raramente, pode complicar com a perfuração do trato gastrointestinal e de órgãos adjacentes.

Relata-se o caso de uma mulher de 85 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal epigástrica com cerca de um dia de evolução. Ao exame objetivo, apresentava dor epigástrica significativa, mas sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com elevação ligeira das enzimas pancreáticas (amilase 99 U/L; lipase 108 U/L) e da proteína C-reativa (26,8 mg/L). A tomografia computadorizada abdominopélvica mostrou uma imagem linear hiperdensa com cerca de 3,5 cm na região antro-pilórica e que se projetava para a região cefálica do pâncreas. De seguida foi submetida a uma endoscopia alta, tendo-se identificado, no antro, a extremidade de um corpo estranho compatível com espinha de peixe, removida com auxílio de pinça de corpos estranhos e de “cap” adaptado (coletor urinário) aplicado na extremidade distal do endoscópio. Foi internada para vigilância e antibioterapia, tendo tido alta ao fim de 4 dias, assintomática e com resolução das alterações analíticas.

Este caso ilustra uma complicação rara da ingestão de espinha e que teve resolução endoscópica. Apresenta-se iconografia, sob a forma de vídeo, da adaptação do coletor urinário ao endoscópio e da terapêutica en-

doscópica realizada, um procedimento simples, com “cap” facilmente acessível e pouco dispendioso e que permite a remoção segura de corpos estranhos pontiagudos.

PO 02

DRENOS ABDOMINAIS DE LONGA-DURAÇÃO COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA NA ASCITE REFRACTÁRIA – REVISÃO SISTEMÁTICA

Diogo Simas; André Gonçalves; Plácido Gomes;
Isabel Caetano; Pedro Russo; Catarina Martins;
Isabel Cotrim; Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A ascite refratária é a complicação mais comum da doença hepática terminal condicionando elevada morbilidade e impacto na qualidade de vida. Tendo em conta as opções terapêuticas limitadas, a maioria dos doentes acaba por realizar apenas paracenteses seriadas de grande volume. Utilizados na drenagem da ascite maligna, os drenos abdominais de longa duração, não são tradicionalmente utilizados na ascite relacionada com a doença hepática, devido a preocupações com a lesão renal e infeção.

Objetivos: Esta revisão tem como objetivo descrever a segurança, efetividade e o impacto na qualidade de vida dos drenos abdominais de longa duração na ascite refratária da doença hepática terminal.

Material e métodos: Usando uma metodologia de revisão sistemática, foi realizada uma pesquisa nos motores de pesquisa PubMed-MEDLINE, Embase e Google Scholar para estudos publicados entre 1 de janeiro de 2001 e 1 de junho de 2024, que combinassem os seguintes termos médicos [(«cirrhosis» OR «chronic liver disease») AND «refractory ascites» AND («permanent-tunneled peritoneal

catheter» OR «tunneled catheter» OR «in-dwelling catheter» OR «long-term abdominal drains». Aos resultados foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão.

Resultados: Foram identificados 139 estudos, dos quais apenas 16 foram elegíveis para análise final, incluindo três ensaios clínicos randomizados. Os estudos apresentaram uma significativa heterogeneidade entre si e baixo poder estatístico, com diferentes tipos de LTAD utilizados e amostras relativamente pequenas. Em termos de efetividade, o sucesso técnico é 100% e enquanto os cateteres de longa duração permanecem in situ não existe necessidade de paracenteses de grande volume adicionais, sendo que os cateteres permaneceram in situ por uma duração entre 3 e 436 dias. No que toca à segurança, a lesão renal ocorreu em 17% a 50% dos doentes, mas apenas se drenados >1,5 litros/dia; a infeção inclui a celulite e a peritonite que ocorreu em 7% a 58% dos doentes, geralmente resolúveis com a antibioterapia e/ou a remoção do dispositivo. Os cateteres de longa duração não parecem ter impacto negativo na mortalidade. Relativamente à qualidade de vida, os dados entre os estudos parecem contraditórios, sendo que a maioria reporta um efeito global neutro.

Conclusão: Os drenos abdominais de longa duração devem ser considerados como uma opção na ascite refratária associada à doença hepática terminal, no entanto, estudos de maior qualidade são necessários para confirmar a sua segurança e benefícios no controlo de sintomas. Esta opção pode ser importante na melhoria das necessidades paliativas desta população.

PO 03

MONTELUCASTE PODE INDUZIR REMISSÃO PROFUNDA NA COLITE EOSINOFÍLICA: UM REPORTE DE CASO

Diogo Simas; André Gonçalves; Plácido Gomes; Isabel Caetano; Pedro Russo; Artur Antunes; Catarina Martins; Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A colite eosinofílica é um dos distúrbios eosinofílicos mais raros do trato digestivo. Por isso, não há consensos estabelecidos para o diagnóstico ou tratamento, e a abordagem clínica baseia-se principalmente em relatos de casos e séries de casos descritos na literatura.

Descrição do caso: Um homem de 67 anos foi referenciado a consulta de gastroenterologia por diarreia crónica sem sangue com anos de evolução associada a dor abdominal tipo cólica. Como antecedentes pessoais referia asma e rinite alérgica, medicadas com inalador de budesonida/formoterol e bilastina.

Trazia consigo relatório de colonoscopia total um ano antes com descrição de “Dos 30cm da margem anal até ao reto médio observadas áreas de eritema da mucosa e perda do padrão vascular. Colite inespecífica do sigmoide e reto proximal e médio - induzida pela preparação intestinal ? outra? - biópsias.” As biópsias revelaram “alterações inflamatórias inespecíficas. Ligeira congestão vascular e aumento do componente inflamatório do córion, à custa de eosinófilos. Não se observam focos de pericriptite ou granulomas.”

Repetiu colonoscopia total com ileoscopia terminal “sem alterações na mucosa do íleon terminal e colorretal; biópsias aleatórias para despiste de colite microscópica”. As biópsias revelaram “áreas de edema da lamina própria alternando com áreas com mais células mononucleares, predominantemente plasmócitos e inúmeros eosinófilos em todos os fragmentos (>100 eosinófilos/campo grande de ampliação). Por vezes densificação de tecido conjuntivo infrabasal, não se observando, no entanto, aspetos típicos de colite colagenosa. Não se observa permeação significativa do epitélio cólico por pequenos linfócitos. Ausên-

cia de atividade inflamatória com polimorfonucleados”.

Realizou avaliação analítica que revelou eosinófilos de 0,2x10³/uL (valor de referência <0.6), sem outras alterações no hemograma e uma IgE de 183 UI/mL (valor de referência <165). Optou-se por realizar prova terapêutica com albendazol para excluir possibilidade de parasitose intestinal, que não resultou em melhoria das queixas.

Assumindo o diagnóstico de colite eosinofílica iniciou montelucaste 10mg/dia, com melhoria substancial das queixas. A reavaliação endoscópica após terapêutica não revelou alterações (ver figura 1) e as biópsias do reto e sigmoide revelaram “lâmina própria com presença de plasmócitos, pequenos linfócitos e eosinófilos dispersos em número não significativo. Sem atividade inflamatória”.

Conclusão: Este manuscrito diz respeito a um caso de colite eosinofílica tratada com montelucaste em que se documentou remissão clínica e endoscópica assim como melhoria histológica sob este fármaco. O montelucaste é habitualmente um agente de segunda linha nesta patologia; contudo, este caso vem realçar o seu potencial efeito, com o benefício adicional de evitar a utilização de corticoterapia e os seus efeitos adversos.

PO 04

UMA CAUSA RARA DE PERFURAÇÃO DO CÓLON SIGMOIDE

Diogo Simas; André Gonçalves; Plácido Gomes; Isabel Caetano; Pedro Russo; Artur Antunes; Catarina Atalaia Martins; Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A pancreatite aguda é uma doença potencialmente fatal, com complicações locais e sistêmicas. Complicações no cólon são raras e podem incluir a fistulização e perfuração, ambas associadas a maior gravidade e risco de mortalidade.

Descrição do caso: Um homem de 75 anos sem antecedentes de relevo recorre ao serviço de urgência por dor abdominal súbita em cinturão com irradiação dorsal e associada a vômitos. Referia consumo de álcool de 50g/

dia. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, consciente, eupneico em ar ambiente e com empastamento e dor no hipocôndrio direito, sem defesa.

As análises demonstraram: Leucócitos 9.7 10³/uL Hb 16.7 g/dL Plaquetas 209 10³/uL INR 1.10 Creatinina 0.87 mg/dL Ureia 32 mg/dL Na 138 mmol/L K 4.1 mmol/L Bilirrubina total 26.7 µmol/L ALT 18 U/L AST 32 U/L FA 59U/L Amilase 1391U/L Lipase 4161U/L. A ecografia abdominal revelou “Fígado sem alterações. Sem ectasia das vias biliares. A vesícula biliar e o pâncreas não revelam alterações. Sem derrame peritoneal.”

Assumiu-se pancreatite aguda ligeira alitiásica com base em 2/3 critérios de Atlanta. Às 48h houve evolução desfavorável com disfunção renal, respiratória e neurológica, mas transitórias (<48h). Realizou tomografia computadorizada (TC) abdominal que não demonstrou complicações locais ou à distância (ver figura 1). Ao 5º dia de internamento houve um agravamento clínico com dor abdominal na fossa ilíaca esquerda, defesa e sudorese, tendo repetido a TC “Hematoma recente na retrocavidade dos epiplons com 12x7,5cm, comprimindo o estômago e o cólon ascendente; poderá resultar de rotura de vaso regional como complicação de pancreatite aguda ou de perfuração intestinal, uma vez que existe pneumoperitонеu considerável. Ascite de pequeno volume e derrame pleural bilateral” (ver figura 2).

Foi submetido a laparotomia “Perfuração do cólon sigmoide com extravasamento em pequena quantidade de conteúdo fecaloide. Realizada aspiração e lavagem de hemo-peritонеu de conteúdo hematopurulento. Realizada ressecção segmentar de cólon sigmoide e colostomia terminal”. Retrospectivamente destaca-se uma colonoscopia 5 anos antes, sem alterações nomeadamente divertículos.

Conclusão: Este caso demonstra uma complicação rara, mas possível, de pancreatite aguda cuja fisiopatologia não está totalmente compreendida. A principal teoria para explicar este fenómeno é a disseminação de enzimas pancreáticas pelo mesocólon induzindo pe-

ricolite, isquemia e necrose transmural com consequente perfuração. A perda de volume para o 3º espaço poderá contribuir para a isquemia. O transverso e descendente são as regiões mais afetadas, pela proximidade ao pâncreas e pelo menor suprimento vascular.

PO 05

PANCREATITE CRÔNICA NÃO-CALCIFICANTE: QUANDO A CLÍNICA É O ELO MAIS FORTE

Diogo Simas; André Gonçalves; Plácido Gomes; Isabel Caetano; Pedro Russo; Artur Antunes; Catarina Martins; Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A pancreatite crônica é diagnosticada, sobretudo, através da tomografia computadorizada (TC) abdominal, na qual frequentemente são visíveis calcificações — o marcador mais comum da doença. Contudo, a ausência deste achado não exclui o diagnóstico, sendo necessário um elevado grau de suspeição clínica para o estabelecer.

Descrição do caso: Um homem de 60 anos recorre ao serviço de urgência por dor epigástrica súbita em cinturão, sem outros sintomas como febre, colúria ou acolia. Referia um episódio prévio semelhante e consumos alcoólicos esporádicos, mas hábitos tabágicos ativos de longa-data. Referia também perda ponderal >10%, em estudo na medicina interna, cujo estudo revelara apenas uma tuberculose latente, entretanto tratada. Como antecedentes pessoais apresentava apenas colecistectomia laparoscópica.

Ao exame objetivo apresentava um abdómen com dor à palpação no epigastro, sem defesa. Analiticamente verificou-se amilase 274U/L (valor referência <80) e lipase 660U/L (valor referência <67), fosfatase alcalina 60U/L AST 25 ALT 15U/L PCR 2,3mg/L. Realizou ecografia onde não se visualizou pâncreas por interposição gasosa, sem dilatação das vias biliares ou coledocolitíase. Optou-se por internamento por pancreatite aguda ligeira alitiásica.

Em internamento realizou ressonância magnética abdominal com colangiopancreatografia, que não revelou alterações pancreáticas ou litíase biliar residual (ver figura 1). Na TC re-

cente para estudo da perda ponderal, não se documentaram calcificações pancreáticas ou outras alterações (ver figura 2). O estudo etiológico não revelou alterações do cálcio, IgG4 ou triglicéridos, acabando o doente por ter alta.

Um mês depois, mantinha dor abdominal intermitente no epigastro e uma diarreia crônica relacionada com as refeições. A endoscopia digestiva alta não revelou alterações e os exames de imagem foram discutidos com o radiologista que descartou outros diagnósticos diferenciais. Optou-se por pedir elastase fecal e medicar com inibidor da bomba prótons e pancreatina. Verificou-se elastase fecal de 212μg/g (valor de referência >200), mas o doente não voltou a ter diarreia desde o início do tratamento. Atendendo ao caráter crônico da dor abdominal e da existência de diarreia com padrão osmótico que respondeu à pancreatina, mesmo perante a inexistência de estigmas imagiológicos, assumiu-se o diagnóstico de pancreatite crônica não-calcificante de etiologia tabágica. Foi pedida consulta de cessação tabágica.

Conclusão: A inexistência de calcificações pancreáticas em TC não deve demover-nos do diagnóstico de pancreatite crônica, se a clínica assim o sugerir, conforme exemplificado neste caso.

PO 06

ISQUEMIA DUODENAL NÃO-OCCLUSIVA: UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL

Diogo Simas; André Gonçalves; Plácido Gomes; Isabel Caetano; Pedro Russo; Artur Antunes; Catarina Atalaia-Martins; Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A isquemia do intestino delgado ocorre habitualmente no território da artéria mesentérica superior, razão pela qual, se designa isquemia mesentérica. Contudo, o duodeno recebe suprimento vascular através do tronco celíaco pela artéria gastroduodenal.

Descrição do caso: Uma mulher de 59 anos sem antecedentes, recorreu ao serviço de urgência por vômitos alimentares e dor abdominal no epigastro, sem febre, perda ponderal ou diarreia. Negava consumo de anti-inflamatórios não-esteroides e referia episódios pré-

vios semelhantes. Tinha realizado endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia total com boa preparação intestinal recentemente pelas mesmas queixas, ambas sem alterações.

Analicamente apresentava elevação de parâmetros inflamatórios (leucocitose $13 \times 10^3/\mu\text{L}$; PCR 54mg/L), sem outras alterações nomeadamente da amilase, lipase, transaminases, fosfatase alcalina ou bilirrubina. Realizou ecografia que revelou “ligeira espessamento parietal difuso do antro gástrico; sem litíase ou dilatação das vias biliares”.

Repetiu EDA que revelou “Estômago com abundante conteúdo biliar na cavidade gástrica; mucosa do antro com pregas volumosas e congestivas, mas com distensibilidade mantida; efetuadas biópsias. No duodeno a mucosa do bulbo e D2 proximal encontra-se eritematosa, edemaciada, muito friável, recoberta por abundante exsudado - sugestivo de isquemia; efetuadas biópsias; em D2 distal e na extensão que se observa para lá do limite da progressão, a mucosa tem aspeto endoscópico normal” (Fig.1).

Iniciou antibioterapia com ciprofloxacina e metronidazol, dieta zero e internou-se para vigilância e investigação etiológica.

Realizou tomografia computadorizada que revelou “espessamento parietal do antro gástrico com área pseudonodular hipocaptante com 10mm e discreto espessamento parietal da 1ª e 2ª porções do duodeno. Anas intestinais de aspeto habitual”. A histologia duodenal revelou “infiltrado de polimorfonucleados, fibrina e detritos em relação com áreas de ulceração da mucosa. Aspetos regenerativos glandulares, sem displasia. Lâmina própria com abundantes polimorfonucleados e vasos congestivos. Sem estruturas parasitárias”. A histologia gástrica revelou “gastrite moderada, sem *Helicobacter pylori*”.

Realizou holter e ecocardiograma sem alterações de relevo, e angio-TC que não identificou lesões nos vasos abdominais. O estudo de trombofilias também não revelou alterações. Apenas com terapia de suporte houve melhoria clínica e analítica, tendo alta após 7 dias de antibiótico.

Conclusão: Este caso diz respeito a uma isquemia aguda não-oclusiva do intestino delgado, fora do território da artéria mesentérica superior, de causa idiopática - possivelmente um estado de baixo débito. Trata-se de uma causa rara de dor abdominal.

PO 07

INOVAÇÃO EM ENDOSCOPIA: MUCOSECTOMIA COMO TERAPÊUTICA ALTERNATIVA DE ANGIECTASIA?

Ana Rita Silva; Nuno Nunes; Francisca Côrte-Real;
Maria Pia Costa Santos; Vera Costa Santos;
Vitor Carneiro; Maria Antónia Duarte
Hospital Divino Espírito Santo

As angiectasias do cólon são responsáveis por 3 a 15% das hemorragias digestivas baixas e o tratamento gold standard é a fulguração com árgon plasma.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, de 63 anos de idade, proposto para colonoscopia por anemia ferropénica.

Na colonoscopia, observou-se angiectasia com cerca de 10 mm no cego. Foi realizada injeção da submucosa com soro fisiológico, seguida de exérese da angiectasia com ansa diatérmica. A avaliação histológica confirmou a presença de um vaso da submucosa.

Assistiu-se a melhoria da anemia pós procedimento.

A terapêutica com árgon plasma tem um risco de 1% de perfuração e a hemorragia recorre em 34% dos casos, implicando várias sessões para tratamento. Deste modo, a mucosectomia surge como alternativa no tratamento de angiectasias do cólon, permitindo reduzir o número de intervenções e os custos associados.

Na revisão da literatura apenas se encontram disponíveis 2 trabalhos, nos quais se realizou este tipo de tratamento. Surge assim a oportunidade para realização de estudo de avaliação de outcomes a longo prazo e comparação com outras estratégias para tratamento de angiectasias.

PO 08

DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA EM TUMOR ESOFAGOGÁSTRICO T1B: UMA ALTERNATIVA A CONSIDERAR

Ana Rita Silva; Nuno Nunes; Francisca Côrte-Real; Nuno Paz; Vera Costa Santos; Maria Antónia Duarte
Hospital Divino Espírito Santo

Apresentamos um doente do sexo masculino, de 80 anos de idade, com múltiplas comorbilidades, submetido a endoscopia digestiva alta por disfagia, onde se evidenciou, junto à linha Z, uma lesão vegetante com cerca de 30 mm (Siewert II), não estenosante. As biópsias foram compatíveis com adenocarcinoma do tipo intestinal bem diferenciado. A TC de corpo não identificou disseminação locorregional ou à distância e a ecoendoscopia permitiu estadiar a neoplasia como T1bN0.

Tratava-se de um doente não candidato a cirurgia, atendendo à idade e comorbilidades, decidindo-se, em reunião multidisciplinar, realização de disseção endoscópica da submucosa (ESD). A lesão foi removida em bloco, sem intercorrências.

A avaliação anatomopatológica da lesão identificou adenocarcinoma moderadamente diferenciado de padrão tubular, com invasão da submucosa (2600 µm), sem invasão angio-linfática nem perineural. A peça apresentava margens de excisão verticais e laterais livres. O caso foi novamente discutido em reunião de grupo, tendo se decidido manter em vigilância. O doente está assintomático e sem evidência de recidiva da neoplasia aos 6 meses. Em doentes não candidatos a cirurgia, a ESD pode ser considerada como terapêutica alternativa na abordagem de tumores T1b e tem surgido como terapêutica paliativa em casos com invasão da submucosa média ou profunda. Apresentamos este caso pelo desafio técnico da ESD nas neoplasias da junção esofagogástrica, destacando a importância desta técnica como terapêutica alternativa em doentes não candidatos a cirurgia.

PO 09

PALIAÇÃO DE ICTERÍCIA POR HEPATODUODENOSTOMIA

Ana Rita Silva; Nuno Nunes; Francisca Côrte-Real; Vera Costa Santos; Maria Antónia Duarte
Hospital Divino Espírito Santo

Apresentamos um doente do sexo feminino, de 53 anos de idade, com carcinoma da mama estadio IV, que em TC abdominal foi identificado aglomerado metastático hepático que atingia a placa hilar e o ducto hepático comum, condicionando dilatação das vias biliares intra-hepáticas.

Analiticamente, a salientar citocolestase (TGO 1031 U/L, TGP 665 U/L, FA 756 U/L e GGT 756 U/L), hiperbilirrubinémia (bilirrubina total de 15.31 mg/dL e bilirrubina direta de 12.97 mg/dL).

Foi tentada CPRE com pré-corte, não conseguida, e técnica de rendezvous, sem sucesso. A doente foi submetida a ecoendoscopia com realização de hepatoduodenostomia. Foi efetuada punção do ducto hepático comum, introdução do fio guia para a via biliar esquerda e colocada prótese autoexpansível metálica coberta, de 8 cm 30 Fr, entre o ducto hepático esquerdo e o bulbo duodenal. Para minimizar o risco de migração de prótese, foram aplicados clips na extremidade duodenal.

A doente manteve-se clinicamente estável, com melhoria clínica e analítica.

A realização de CPRE, em alguns casos, constitui um desafio técnico, não conseguindo paliar a icterícia na obstrução maligna da via biliar com envolvimento hilar. A hepatoduodenostomia é uma técnica de resgate a considerar, quando de uma CPRE não conseguida, como aconteceu neste caso particular.

PO 10

2 SEM 3 – UMA COMPLICAÇÃO RARA DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA

Mafalda Miranda de Almeida; Joana Barreiro;
Marco Pereira; João Pinto; António Banhudo
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é utilizada para nutrição entérica, hidratação e administração de medicamentos em doentes com incapacidade de alimentação oral. Não existem normas orientativas relativamente às indicações para a colocação de PEG, estando geralmente recomendada em doentes com disfagia prolongada. Uma complicação tardia, embora rara, é a formação de uma fístula colo-cutânea por interposição de intestino entre a parede abdominal anterior e gástrica durante a colocação. Esta complicação é frequentemente assintomática.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de um homem de 57 anos, dependente de terceiros por atrofia multissistémica diagnosticada há 7 anos, internado por pneumonia de aspiração. Por disfagia neurogénica grave e pelo risco de nova aspiração foi proposto para PEG. O procedimento decorreu sem intercorrências, tendo-se confirmado o correto posicionamento na cavidade gástrica.

Realizou radiografia torácica 2 dias depois do procedimento com evidência de pneumoperitонеu. Cumpru 1 semana de dieta zero e antibioterapia, tendo posteriormente tolerado alimentação pela PEG. Cerca de 1 mês depois verificada drenagem de conteúdo fecal pela mesma. Realizou TC que demonstrou localização anómala da campânula. Posteriormente, realizada endoscopia com observação apenas do orifício de gastrostomia. Perante a suspeita de migração para o cólon procedeu-se a retossigmoidoscopia, identificando-se tubo de gastrostomia a atravessar o lúmen, ao nível do cólon sigmóide. Através da administração de contraste pela PEG constatada progressão para o ângulo esplénico, confirmando extremidade proximal no cólon transverso. Realizou nova colonoscopia que

confirmou campânula nessa localização. Atendendo à estabilidade hemodinâmica do doente e ausência de sinais de irritação peritoneal optou-se por abordagem conservadora com vigilância, nutrição por sonda nasogástrica e drenagem cólica pelo estoma.

Conclusão: A particularidade deste caso prende-se com o desenvolvimento de uma fístula colo-cutânea, uma complicação incomum da gastrostomia percutânea, tornada ainda mais rara por atravessar 2 ansas intestinais. Serve este caso para alertar para a cuidadosa seleção de doentes para a colocação de PEG, sobretudo com antecedentes neurológicos com possibilidade de distensão intestinal significativa. A prevenção passa pela utilização combinada de transiluminação e palpação digital no momento de escolha do local apropriado de gastrostomia.

PO 11

GASTRITE SEVERA A INIBIDOR DO CHECKPOINT IMUNITÁRIO – NOVOS FÁRMACOS, NOVOS DESAFIOS

Rute Gomes; Caroline Soares; Ângela Domingues;
Cláudio Rodrigues; Diana Martins; Paula Sousa;
Eugénia Cancela; Américo Silva
Hospital de Viseu

Introdução: Os inibidores do checkpoint imunitário são um tipo recente de imunoterapia, revolucionários na sobrevida de doentes oncológicos. O mecanismo de ação envolve o bloqueio de vias inibitórias imunomediadas, potenciando a resposta antineoplásica. A ativação imune não é específica, podendo resultar em toxicidade de órgão alvo, nomeadamente gastrointestinal, mais frequentemente na forma de enterocolite. A gastrite associada à imunoterapia é um efeito adverso raro mas grave, sem critérios de gravidade e orientações terapêuticas bem definidas.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de um homem de 59 anos que recorreu ao serviço de urgência por vômitos, epigastralgia e perda ponderal involuntária com 2 meses de evolução. Negava perdas hemáticas gastrointestinais, alterações do trânsito intestinal ou outros sintomas constitucionais. O doente

te apresentava antecedentes de melanoma acral ressecado, encontrando-se em tratamento adjuvante com pembrolizumab. O estudo analítico revelou anemia normocítica. Realizou TC crânioencefálica sem alterações relevantes. A TC abdominopélvica revelou acentuado espessamento parietal gástrico, sem áreas de estenose. A endoscopia digestiva alta revelou inflamação difusa da mucosa gastroduodenal, com ulceração e subestenose pilórica inflamatória. As biópsias revelaram gastrite linfocítica severa com microabscessos. A pesquisa de *Helicobacter pylori* e citomegalovírus foi negativa. A imunoterapia foi suspensa. Devido à intolerância para dieta oral e quadro de desnutrição, o doente iniciou nutrição parentérica total, combinada com corticoterapia intravenosa, com subsequente melhoria clínica. Iniciou nutrição oral progressivamente e posterior suspensão da nutrição parentérica. Realizado desmame e transição para corticoterapia oral. Foi associado inibidor da bomba de prótons e sucralfato até resolução dos sintomas. A endoscopia digestiva de alta com biópsias de controlo revelou resolução da gastropatia ulcerosa e bulbopatia em cicatrização. O pembrolizumab foi suspenso definitivamente e o doente mantém-se assintomático sem corticoterapia, a tolerar dieta oral, com controlo da doença oncológica na última PET-TC.

Conclusões: O gastroenterologista deve ter um elevado índice de suspeição para gastrite imunomediada na observação de doentes oncológicos sob imunoterapia que apresentem sintomas gastrointestinais altos severos. A gestão destes doentes é desafiante pela apresentação clínica grave e ausência de normas de orientação.

PO 12

OSSO IMPACTADO EM DIVERTÍCULO DO COLON SIGMOIDE – UMA ETIOLOGIA INCOMUM DE DIVERTICULITE AGUDA

André Coimbra Trigo¹; Joana Barreiro²; Ana Caldeira²; António Banhudo²

¹ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

² Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A diverticulite aguda é a apresentação mais frequente da doença diverticular do cólon, ocorrendo em cerca de 5% dos casos, com gravidade variável, desde a diverticulite simples a uma peritonite complexa. A abordagem terapêutica depende da presença de complicações e das comorbilidades do doente, devendo a decisão terapêutica imbuir-se de um carácter multidisciplinar. Este caso clínico pretende expor uma etiologia pouco frequente de diverticulite com necessidade de intervenção endoscópica.

Descrição do caso: Homem de 91 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diária, com antecedentes pessoais de fibrilhação auricular anticoagulado com edoxabano, portador de pacemaker, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e diverticulose, e antecedentes cirúrgicos de apendicectomia. Trazido ao serviço de urgência por dor abdominal localizada à fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal, e hematoquezias com 1 dia de evolução. Apresentava dor à palpação profunda dos quadrantes esquerdos e elevação dos parâmetros inflamatórios, com leucocitose $11.5 \times 10^9/L$ e PCR 6.6 mg/dL.

A TC abdomino-pélvica revelou espessamento parietal da sigmoide, com imagem de corpo estranho linear denso com cerca de 40mm disposto transversalmente, admitindo-se componente luminal e parietal, com alguns divertículos no segmento envolvido. Sem distensão cólica a montante, pneumoperitонеu ou líquido intraperitoneal.

Foi iniciada antibioterapia e o doente foi internado. O doente foi submetido a uma recto-sigmoidoscopia, tendo sido identificado um osso com cerca de 50mm, com extremidade distal filiforme impactada num divertículo

do cólon sigmoide, com eritema e vestígios hemáticos adjacentes. O osso foi removido com sucesso com uma pinça de biópsias, sem complicações ou sinais de perfuração da mucosa. Os sintomas melhoraram, e o doente teve alta com antibioterapia oral.

Conclusão: Este caso clínico ilustra uma apresentação atípica de diverticulite aguda por alojamento de corpos estranhos em divertículos. A diverticulite aguda é uma contraindicação para colonoscopia dado o risco de perfuração, no entanto, neste caso, quando a causa da inflamação é um corpo estranho, a colonoscopia pode ser uma opção terapêutica. Destaca-se o desafio do tratamento endoscópico para remoção de uma estrutura pontiaguda alojada numa área de fragilidade da parede do cólon com risco de perfuração.

PO 13

UTILIZAÇÃO DO BALÃO INTRAGÁSTRICO COMO PONTE PARA CIRURGIA BARIÁTRICA, UMA ANÁLISE A 10 ANOS

David Ferro Tomás; António Bastos; Madalena Teixeira; Sara Lopes; Cláudia Cardoso; João Mangualde; Ana Luísa Alves
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A cirurgia bariátrica (CB) é um tratamento seguro e eficaz para a obesidade, embora possa ser desafiante devido a questões anatómicas e anestesiológicas, especialmente em doentes super-obesos (IMC ≥ 50 kg/m²). O balão intragástrico (BIG) pode ser usado como ponte, antes da cirurgia definitiva, para aumentar a perda de peso pré-operatória e diminuir a morbilidade e mortalidade perioperatória.

Objetivos: Avaliar a eficácia do BIG, na perda de peso e redução do risco pré-anestésico na classificação da American Society of Anesthesiologists (r-ASA). Identificar fatores associados ao sucesso terapêutico e complicações da técnica.

Métodos: Análise retrospectiva dos registos clínicos de doentes com colocação de BIG como ponte para cirurgia bariátrica (CB) no nosso centro hospitalar entre 2012-2022. Foram avaliados dados pré-BIG e pré-CB. A análise

estatística foi realizada utilizando o SPSS v29.0. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo.

Resultados: Foram analisados 71 doentes com colocação de BIG.

Incluímos 40 doentes que progrediram para CB, com uma média de idades de $47,2 \pm 11,7$ anos, 72,5% (n=29) do sexo feminino. O IMC médio foi de $55,2 \pm 6,2$ kg/m². A duração média do tratamento com BIG foi de $7,4 \pm 2,1$ meses.

Após tratamento com BIG, observou-se uma perda de peso total (PPT) média de $19,7 \pm 15,4$ kg e uma perda de excesso de peso percentual média de (%PEP) de $21,3 \pm 15,41\%$. A redução média do IMC (rIMC) foi de $7,2 \pm 15,4$ kg/m².

O tratamento com BIG permitiu uma redução estatisticamente significativa do risco anestésico r-ASA em 20% dos doentes (n=8; $z = -2,8$; $p = 0,005$), sobretudo em doentes mais jovens ($35,8$ vs $50,1$ anos; $p = 0,001$).

A idade mais jovem e ausência de atologia osteoarticular pré-BIG demonstraram ser fatores preditivos independentes para a redução de risco anestésico (OR 0,868; $p = 0,06$; OR 0,052; $p = 0,038$, respetivamente.)

O tratamento com BIG foi interrompido em 7,5% dos doentes (n=3) devido a náuseas prolongadas/intolerância alimentar (n=2) e rotura do balão (n=1).

Conclusão: Na nossa amostra a utilização do BIG demonstrou ser um complemento seguro e útil para reduzir o risco pré-operatório na Cirurgia Bariátrica, sobretudo em doentes mais jovens.

PO 14

O IMPACTO DO ENVELHECIMENTO NAS CARACTERÍSTICAS DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: ESTUDO MULTICÊNTRICO

Francisco Vara Luiz¹; Ivo Mendes¹; Carolina Palma¹; Paulo Mascarenhas²; Diogo Simas³; Plácido Gomes³; André Ruge Gonçalves³; Inês Simão⁴; Madalena Teixeira⁵; Sara Ramos Lopes⁵; Francisca Côrte-Real⁶; Maria Antónia Duarte⁶; Catarina Bravo⁷; Marta Patita¹; Gonçalo Nunes¹; Pedro Pinto-Marques¹; Jorge Fonseca¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²Egas Moniz School of Health and Science; ³entro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; ⁴Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ⁵Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo; ⁶Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada; ⁷Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma das urgências gastroenterológicas mais comuns. Apesar dos avanços na terapêutica farmacológica/endoscópica, continua a associar-se a morbimortalidade significativa.

Objetivos: Caracterizar a HDA na realidade portuguesa e identificar características diferenciais entre o adulto idoso (≥ 65 anos) e não idoso (<65 anos).

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo multicêntrico incluindo adultos admitidos por HDA durante 6 meses, em seis centros portugueses.

Resultados: Incluídos 600 doentes, a maioria homens (58,2%, $n=349$), com predomínio de idade ≥ 65 anos ($n=437$) e índice de comorbilidades de Charlson médio de 5 (0-16). O consumo de antiagregantes/anticoagulantes/anti-inflamatórios não-esteroides foi de 53,5% ($n=321$), mais comum em idade ≥ 65 anos ($p<0,001$). A HDA manifestou-se frequentemente, por hematemeses no adulto jovem ($n=68$, 41,7%) e por melenas no idoso ($n=255$, 51,5%). A mediana do score de Rockall/Glasgow-Blatchford foi de 5 (0-10) e 12 (0-21), respetivamente. A etiologia da HDA diferiu consoante a faixa etária ($p<0,001$): a HDA não varicosa ($n=555$) teve um predomínio no idoso ($n=422$). A HDA varicosa ocorreu mais frequentemente em idade <65 anos ($n=30$); a úlcera gástrica é mais frequente <

65 anos ($n=31$, 19%) e a úlcera duodenal > 65 anos ($n=86$, 19,7%). A angiodisplasia gástrica/duodenal constituiu uma patologia quase exclusivamente do idoso ($n=37$ versus $n=4$). Na doença hepática crónica (DHC, $n=93$), mais comum em idade <65 anos ($p<0,001$) a hemorragia por rotura de varizes esofagogástricas (46,2%, $n=43$) foi a causa mais comum de HDA, seguida da DUP (19,4%, $n=18$). Realizou-se hemostase endoscópica em 257 doentes (42,8%), tendo a terapêutica de combinação sido o método preferencial em ambas as faixas etárias. A fulguração com árgon plasma foi mais comum no idoso ($n=42$, 25,3%) e a laqueação elástica de varizes mais frequente no adulto jovem ($n=28$, 36,4%). A mediana do tempo de hospitalização foi 11 dias (0-168) e a admissão em cuidados intensivos (UCI) mais frequente < 65 anos ($n=29$, 17,8%). Em 12 casos (2%) foi necessária cirurgia. A recidiva ocorreu em 13,3%. A mortalidade foi de 15% ($n=90$), na maioria dos casos por causa não relacionada diretamente com a HDA ($n=73$). Idade ≥ 65 anos ($p=0,02$), DHC ($p=0,049$) e admissão em UCI ($p=0,045$) constituem fatores de risco para mortalidade. **Conclusão:** Este estudo contribuiu para a caracterização nacional dos doentes admitidos por HDA num contexto de vida real. A população idosa apresenta múltiplas comorbilidades e terapêuticas que potencialmente agravam o risco hemorrágico. A taxa de mortalidade observada deveu-se maioritariamente à descompensação de comorbilidades, reforçando a complexidade do doente mais envelhecido. Embora os outcomes mais graves se distribuam pelos dois grupos etários, tal parece dever-se a HDA varicosa, sendo a HDA não varicosa quase exclusiva do idoso.

PO 15

VALIDAÇÃO DA NOVA CLASSIFICAÇÃO “QNI” PARA WALLED-OFF NECROSIS EM PORTUGAL

Ana Rita Franco¹; Fábio Pereira Correia²;
Ana Catarina Bravo³; Carolina Palma⁴;
Andreia Roque¹; Rita Cartucho²; Tiago Romão³;
Eduardo Fernandes⁴; Luís Carvalho Lourenço²;
David Horta²; Rui Loureiro³; Luísa Glória³; P
edro Pinto Marques⁴; Liliana Carvalho¹;
Joana Carmo¹; Pedro C. Figueiredo¹; Cristina Chagas¹
¹Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental; ²Unidade
Local de Saúde de Amadora/Sintra; ³Unidade Local
de Saúde de Loures/Odivelas; ⁴Unidade Local de
Saúde Almada/Seixal

Introdução: Atualmente, a abordagem terapêutica das walled-off necrosis (WON) é delineada com base na apresentação e evolução clínica do doente. Contudo, foi recentemente proposta a classificação QNI – quadrante (“Q”), necrose (“N”), infeção (“I”) – baseada em parâmetros clínicos e radiológicos, e que tem como objetivos uniformizar a nomenclatura das WON, estratificar a gravidade da doença e, eventualmente, guiar a abordagem terapêutica ideal para cada doente.

Objetivos: O presente estudo teve como objetivo avaliar a capacidade da classificação QNI para prever outcomes de WON drenadas endoscopicamente, em Portugal.

Material e métodos: Foi realizada uma análise multicêntrica retrospectiva de uma coorte de doentes com WON drenadas endoscopicamente, entre janeiro de 2016 e agosto de 2024. Os doentes foram divididos em grupos de baixo e alto-risco de acordo com a classificação QNI (grupo 1 e 2, respetivamente), aplicada após revisão do processo clínico por gastroenterologista e radiologista. Foram avaliados outcomes clínicos e do procedimento, os quais foram analisados com estatísticas descritivas, bem como comparativas para aferir diferenças entre os dois grupos.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 53 doentes (idade média 63.3 +/- 17.4 anos; 52.8% do sexo masculino), 46 (86.8%) drenados com lumen-apposing metal stent (LAMS), 6 (11.3%) com prótese plástica duplo-pigtail (DPPS) e 1 (1.9%) com LAM+DPPS. Após aplicação da classificação QNI, foram incluí-

dos cinco doentes no grupo 1 (9.4%) e 48 no grupo 2 (90.6%). Apesar de as diferenças identificadas não terem atingido a significância estatística, verificou-se que: os doentes do grupo 2 apresentaram maior necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos ou intermédios (0 vs 45.8%, $P = 0.068$), maior taxa de recidiva de coleção (0 vs 5.4%, $P = 1$) e mortalidade (0 vs 22.9%, $P = 0.571$), menor taxa de sucesso clínico (100 vs 72.9%, $P = 0.317$), duração média de internamento mais longa (39 [IQR 29-51] vs 63 [IQR 31-83] dias, $P = 0.180$) e necessidade de maior número de necrosectomias (1 [IQR 0-2] vs 2 [IQR 1-2], $P = 0.69$).

Isoladamente, a percentagem de necrose da coleção mostrou uma associação estatisticamente significativa com o tempo até resolução da coleção na coorte estudada (<30%: 66 dias [IQR 36-162]; 30-60%: 40 dias [IQR 16-118]; >60%: 148 dias [IQR 72-268], $H(2)=6.53$, $P = 0.038$).

Nesta coorte português, apesar da ausência de significância estatística dada a reduzida dimensão da amostra, a classificação QNI de alto-risco identificou doentes que apresentaram outcomes desfavoráveis, comparativamente à de baixo-risco, sendo assim concordante com a literatura existente. Torna-se necessário repetir a análise com amostras de maiores dimensões de forma a validar os resultados.

PO 16

PERICARDITE AGUDA, A PONTA DO ICEBERG

Ana Catarina Garcia; Henrique Coelho; Filipa Ferreira; Gonçalo Alexandrino; Luís Lourenço; Ana Oliveira
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Apresentamos o caso de um homem de 60 anos, fumador, com antecedentes de parésia da corda vocal esquerda, sob investigação, que recorreu ao serviço de urgência por dor torácica com características pleuríticas, sem relação com o esforço, com uma semana de evolução. Negava quadro respiratório recente, sudorese e palpitações. Ao exame objetivo sem alterações de relevo. Análiticamente, parâmetros inflamatórios e troponina T cardíaca elevada (6 ng/mL). A pesquisa de

vírus respiratórios foi negativa, o eletrocardiograma revelou supradesnivelamento do segmento ST nas derivações DI, DII, V4-V6 e no ecocardiograma transtorácico sumário à cabeceira observou-se derrame pericárdico moderado, sem sinais de tamponamento cardíaco. Assumiu-se o diagnóstico de pericardite aguda complicada de derrame pericárdico, tendo iniciado ibuprofeno e colchicina. À reavaliação ecocardiográfica (48h após início da terapêutica), resolução praticamente completa do derrame pericárdico. Contudo, por agravamento progressivo da dor torácica, realizou tomografia computadorizada (TC) torácica que revelou irregularidade na parede posterior do brônquio principal esquerdo. Para investigação destas alterações, realizou TC de corpo que revelou perfuração esofágica complicada de abscesso mediastínico. Em reunião multidisciplinar com a Cirurgia Geral e Cirurgia Cárdio-torácica, considerou-se não haver, de momento, indicação para drenagem do abscesso. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam e alimentação parentérica, com melhoria clínica e imagiológica. Uma semana depois, repetiu TC que revelou redução das dimensões do abscesso. Nesta altura, a Gastrenterologia foi contactada, tendo realizado endoscopia digestiva alta com apoio fluoroscópico, observando-se, aos 30cm da arcada dentária, cavidade com aspeto necrótico a ocupar cerca de metade da circunferência luminal, com 3cm de extensão. Deste modo, procedeu-se à colocação da prótese metálica autoexpansível totalmente coberta, com sucesso. Perante os achados endoscópicos e imagiológicos, realizou broncofibroscopia com biópsias do brônquio principal esquerdo, que revelaram adenocarcinoma de provável origem no trato gastrointestinal. Em reunião multidisciplinar, foi decidido realização de tomografia por emissão de positrões e quimioterapia sistémica, assumindo-se adenocarcinoma do esófago. O doente teve alta a tolerar dieta oral, encaminhado para consulta de Oncologia.

Cerca de 15-20% dos derrames pericárdicos são de etiologia neoplásica. Apesar de já te-

rem sido descritos casos associados a neoplasia esofágica, a maioria ocorreu em associação com radioquimioterapia. Este caso clínico destaca uma apresentação incomum de uma neoplasia esofágica e uma etiologia incomum de pericardite/derrame pericárdico, alertando para esse diagnóstico, especialmente na presença de fatores de risco.

PO 17

QUANDO A COLESTASE PERSISTE: UM DESAFIO NA GESTÃO DO DOENTE CRÍTICO

Plácido Gomes; Isabel Caetano; Diogo Simas; André Ruge; Maria Fernanda Cunha; Artur Antunes; Helena Vasconcelos

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Doentes críticos apresentam recorrentemente alterações das provas hepáticas. São etiologias comuns a toxicidade farmacológica, trombose vascular ou eventos isquémicos. A colangite esclerosante secundária associada ao doente crítico, é um importante diagnóstico diferencial com uma elevada morbimortalidade, embora frequentemente subdiagnosticada.

Reporta-se o caso de um homem de 52 anos, com internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI) por pneumonia a *Haemophilus influenzae*; sujeito a ventilação mecânica invasiva (VMI) e polimedicado nomeadamente com cetamina, prednisolona e amoxicilina-ácido clavulânico. Durante o internamento, desenvolveu quadro progressivo de citocolestase com pico máximo de alanina aminotransferase 25 vezes o limite superior da normalidade (LSN) e fosfatase alcalina (FA) 5 vezes o LSN, com icterícia associada. A ecografia abdominal revelou esteatose hepática. Em colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) identificou-se mínima dilatação das vias biliares intra-hepáticas com discreto realce parietal; via biliar principal (VBP) sem alterações. Do estudo etiológico resultou uma suspeita de Doença de Wilson em contexto de ceruloplasmina diminuída-16 mg/dl e cobre urinário aumentado-570ug/dl. A avaliação por oftalmologia não revelou anéis de Keiser-Fleisher. Para esclarecimento etiológico, realizou biópsia hepática que

revelou presença de colestase centrolobular e esteatose ligeira; ausência de fibrose ou atividade necroinflamatória e doseamento de cobre tecidual normal. Perante os achados e teste genético de Doença de Wilson negativo, a hipótese diagnóstica tornou-se menos provável. O restante estudo foi negativo. À data de alta, apesar da boa evolução da citólise, mantinha elevação sustentada da FA. Cerca de 2 meses depois é readmitido por episódio de colangite aguda com resposta favorável à antibioterapia. Realizou nova CPRM que evidenciou dilatação irregular das pequenas vias biliares intra-hepáticas subsegmentares. Atendendo aos achados, nomeadamente internamento prolongado em UCI, colestase grave persistente, dilatação irregular das vias biliares intrahepáticas sem acometimento da VBP, considerou-se um provável quadro de colangite esclerosante secundária aos cuidados intensivos (CSS-CIP). Neste contexto, optou-se por iniciar ácido ursodesoxicólico. Foi reavaliado em consulta 2 meses depois com ligeira melhoria da colestase.

Os autores reportam um caso de CSS-CIP, uma entidade rara, cuja etiopatogenia ainda não está totalmente esclarecida. A eficácia da terapêutica médica e endoscópica é limitada, sendo o diagnóstico desafiante e frequentemente tardio com consequente prognóstico desfavorável. Assim, salienta-se a criteriosa monitorização das provas hepáticas em doentes críticos com presença de fatores de risco para CSS-CIP (VMI, fármacos hepatotóxicos, internamento prolongado).

Organização



Apoio Científico



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
OESTE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
CASTELO BRANCO

Patrocínio Científico



Major sponsors

abbvie



Sponsors

ALFASIGMA	ALVES ALVES & C.ª (Imobiliz. Lda) DISPOSITIVOS MÉDICOS	BIOCODEX	Boston Scientific Advancing science for life™	Dynafalk
Endowork Equipamento Médico e Hospitalar	FAES FARMA	FERRING PRODUTOS FARMACÉUTICOS	GILEAD Creating Possible	Johnson & Johnson Innovative Medicine
OLYMPUS	PENTAX® MEDICAL	Pfizer	phytoderm.	RECORDATI
sobi	Takeda	TILLOTTS PHARMA ZERIA GROUP		

Secretariado

ad⁺medic

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3000-027 Lisboa
+351 21 842 97 10 (Chamada para a rede fixa nacional)
elsa.sousa@admedic.pt
www.admedic.pt