

XXXV Reunião Anual



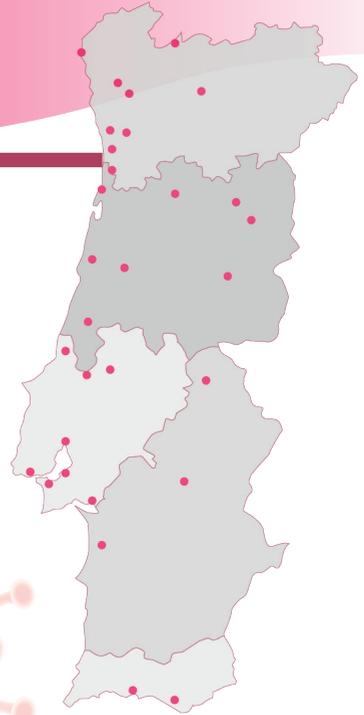
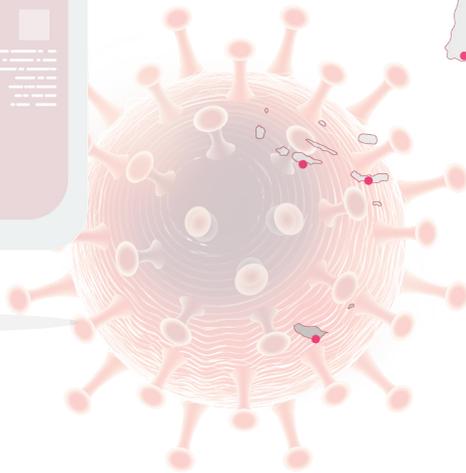
NGHD

Núcleo de Gastroenterologia
dos Hospitais Distritais

DIGITAL

14 NOVEMBRO 2020

A **GASTROENTEROLOGIA**
NA ERA DA **PANDEMIA**



PROGRAMA

XXXV Reunião Anual



NGHD

Núcleo de Gastroenterologia
dos Hospitais Distritais

Programa | Sábado | 14 de novembro

08:50-09:00h Sessão de Abertura

Luísa Glória, Isabel Medeiros, Paulo Caldeira e Paulo Ribeiro

09:00-10:05h Sessão de Comunicações Orais

Moderadores: Antonio Curado, Bruno Peixe e Cristina Teixeira

10:05 -11:10h Sessão de Casos Clínicos

Moderadores: Ana Paula Oliveira, Jorge Silva e Luís Lourenço

11:10-12:15h Sessão de Instantâneos Endoscópicos

Moderadores: António Banhudo, Irina Mocanu e Jorge Lage

12:15-12.45h SIMPÓSIO OS DESAFIOS DO TRATAMENTO DA HEPATITE C



GILEAD

Moderador: Luís Jasmins

Palestrante: Margarida Sampaio

14:00-14:45h MESA-REDONDA 1 MEDICINA NA ERA DIGITAL – APLICAÇÕES, CONSEQUÊNCIAS E LIMITAÇÕES

Moderadores: Paulo Caldeira, Nuno Nunes e Luís Lopes

Inteligência artificial na endoscopia (15 min.)

Mário Dinis Ribeiro

Discussão (5 min.)

Aplicação da inteligência artificial na decisão clínica (15 min.)

Bernardo Neves

Discussão (5 min.)

14:50-15:20h **SIMPÓSIO SIMPLIFICAÇÃO E REDUÇÃO DA DURAÇÃO DE TRATAMENTO DA HEPATITE C: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E GUIDELINES**

abbvie

Moderadora: Isabel Pedroto
Palestrante: José Presa Ramos

15:30-16:30h **MESA-REDONDA 2 COVID 19: UM DESASTRE OU UMA OPORTUNIDADE PARA AS UNIDADES DE ENDOSCOPIA?**

Moderadores: Paulo Ribeiro, Alexandra Martins e Isabel Cotrim

Mudanças efetivas na economia da saúde (15 min.)

Camilo Lourenço

Discussão (5 min.)

Atraso no diagnóstico de neoplasias: Será possível minimizá-lo? (15 min.)

Isadora Rosa

Discussão (5 min.)

Reorganização dos serviços de Gastrenterologia numa situação de crise global (15 min.)

Bruno Arroja e Tiago Leal

Discussão (5 min.)

16:45-17:15h **SIMPÓSIO MANAGEMENT OF IBS IN THE ERA OF THE MICROBIOME**

BIOCODEX

Moderadora: Marília Cravo
Palestrante: Eamonn Quigley

17:30-17:45h **Sessão de Encerramento e entrega de prémios**

Luísa Glória, Joao Baranda, Rita Carvalho, Tiago Leal e Luís Lopes

Prémio Melhor Comunicação Oral



Prémios Melhores Casos Clínico



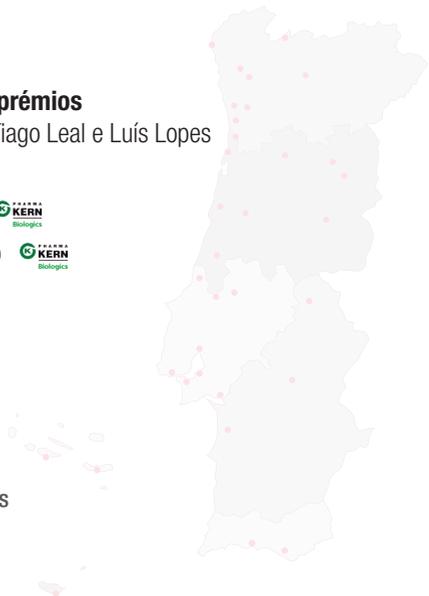
Prémio Melhor Instantâneo Endoscópico



Bolsa de Investigação NGHD 2020

18:00-19:00h **Assembleia Geral do NGHD***

*Acesso permitido apenas aos sócios.
Necessário registo no link enviado aos sócios





Resumos Comunicações Orais

CO 01

IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NOS EXAMES ENDOSCÓPICOS – A REALIDADE DE UM HOSPITAL DISTRITAL PORTUGUÊS

Maria Ana Rafael; Fábio Correia;
Joana Carvalho e Branco; Rita Carvalho;
Alexandra Martins
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Em março deste ano surgiram os primeiros casos confirmados de COVID-19 em Portugal. As sociedades de Gastreenterologia nacionais e internacionais recomendaram a suspensão dos exames endoscópicos não urgentes no período crítico. Juntamente com a mobilização dos recursos humanos e materiais, esta medida contribuiu para reduções de até cerca de 5% do número total de exames realizados antes da pandemia. Este trabalho pretende avaliar o impacto inicial da pandemia nos procedimentos endoscópicos de um Hospital Distrital Português.

Material e métodos: Foram consultados todas as endoscopias digestivas altas (EDAs) e baixas (EDBs), colangiopancreatografias retrógradas por via endoscópica (CPREs) e ecoendoscopias realizadas nos períodos entre abril e junho de 2019 e 2020. Nas EDAs e EDBs, registou-se o carácter eletivo ou urgente dos procedimentos, os diagnósticos de novo de cancro e o motivo de exame nestes últimos. Nas EDBs registou-se ainda a presença de adenomas avançados.

Resultados: Realizaram-se 513 EDAs e EDBs entre março e maio de 2020, 42% do número de procedimentos realizados no mesmo intervalo em 2019. Embora esta diferença tenha ocorrido maioritariamente pela diminuição para 34,5% dos exames eletivos, também se verificou uma diminuição para 73,2% dos urgentes. A taxa de adenomas avançados foi semelhante nos 2 anos (16,8% em 2019 e 17,8% em 2020), o que significa uma diminuição da sua deteção e excisão para cerca de 1/3. Em 2020 realizaram-se 87,2% das CPREs e 46,3% das eco-endoscopias face a 2019. Foram efetuados 4 EDAs urgentes em doentes COVID-19 positivos.

Em 2020, diagnosticaram-se 46% do total de cancros de 2019. Esta redução foi significativa nos diagnósticos de cancro colorretal (CCR) e esófago. Inesperadamente, verificou-se um aumento da deteção de cancro gástrico. 20,5% dos cancros foram diagnosticados em procedimentos urgentes em 2019 e 38,9% em 2020.

Discussão: Embora já se verifiquem consequências da pandemia na Gastreenterologia e Oncologia, o seu verdadeiro impacto não é conhecido. O atraso no diagnóstico do CCR, o mais incidente e 1ª causa de morte por cancro em Portugal, leva a um aumento significativo da mortalidade. Se atrasos de 3 meses já estão associados a aumento da mortalidade, estes números podem aumentar 12% quando se estende para lá dos 12 meses. Passado o período mais crítico da

pandemia, torna-se fulcral recuperar exames em atraso e propor alternativas não-invasivas para identificar doentes prioritários.

CO 02

IMPACTO DO RUÍDO NA TOLERÂNCIA E QUALIDADE DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Marisa Linhares; Diana Ramos; Flávio Pereira; Inês Pestana; João Dias Pinto; Ana Caldeira; José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Bahudo
Serviço de Gastroenterologia, ULS Castelo Branco

Introdução: No nosso serviço, a endoscopia digestiva alta é realizada, maioritariamente, sem administração de sedação. Pela necessidade da colaboração do doente, foi desenvolvido um trabalho para avaliar o impacto do ruído na tolerância e qualidade (tempo de exame) da endoscopia alta.

Métodos: Estudo prospetivo entre Dezembro de 2019 e Março de 2020 incluindo doentes submetidos a EDA de ambulatório. Excluídos doentes pouco colaborantes e com necessidade de sedação. O ruído na sala e tempo de exame foram medidos com um decibélímetro e cronómetro, respetivamente. A avaliação da tolerância incluiu: dificuldade na entubação, adequabilidade da insuflação gástrica e desconforto do doente. No final do exame, foi aplicado um inquérito para avaliar a opinião do doente em relação ao ruído (usando uma escala de referência) e ao seu impacto na colaboração durante o exame.

Resultados: 63 doentes; 50,8% género feminino; idade $62,32 \pm 15,05$ anos. 47,6% tinham ansiedade prévia, em 31,7% foi a primeira EDA e 55,6% achou o exame mais satisfatório do que o expectável. Um terço não tolerou o exame (4,8% entubação difícil; 27% desconforto global; 22,2% insuflação gástrica inadequada); tempo médio $6:51 \pm 3$ min. Relativamente ao ruído, $47,32 \pm 5,83$ decibéis; 7,9% avaliou a sala de exame como ruidosa, mas nenhum atribuiu este facto à tolerância do exame.

O ruído na sala dos doentes não tolerantes foi ligeiramente superior ao da sala dos tolerantes, apesar de não ser estatisticamente significativo (meddB 47,38 vs 47,19, $p=0,904$). Os doentes não tiveram uma perceção adequada do ruído durante a endoscopia ($\chi^2 = 8,341$, $p=0,596$). O ruído teve um impacto negativo (apesar de residual) na duração da endoscopia ($r=0,162$, $p=0,205$).

Conclusão: Apesar da amostra reduzida, verificou-se que um terço dos doentes não tolerou o exame. A tolerância e a qualidade (dependente do tempo) da EDA foram negativamente influenciadas pelo aumento do ruído, apesar de não se verificar significado estatístico. São necessários mais estudos para melhor avaliação do impacto do ruído na qualidade endoscópica.

CO 03

COLEDOCODUODENOSTOMIA, COLECISTOGASTROSTOMIA E COLECISTODUODENOSTOMIA COM PRÓTESE LUMEN-APPOSING – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Chálim Rebelo, C.; Nunes, N.; Flor de Lima, M.; Moura, D.B.; Costa Santos, V.; Rego, A.C.; Pereira, J.R.; Paz, N.; Duarte, M.A.
Serviço de Gastroenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

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

Procedeu-se a uma avaliação retrospectiva e unicêntrica dos casos de drenagem biliar guiada por ecoendoscopia com utilização de próteses lumen-apposing realizados até à data. Foram avaliadas a taxa de sucesso técnico, definida pela correta colocação da prótese, e a taxa de sucesso clínico, definida pela descida de pelo menos 50% no valor da bilirrubina basal em duas semanas.

Analisaram-se dezanove casos de obstrução biliar: onze casos por neoplasia do pâncreas, três por colangiocarcinoma, três por coledocolitíase e dois casos por ampuloma. Foram realizadas duas colecistoduodenostomias, cinco colecistogastrostomias e doze coledocoduodenostomias. Em treze casos a CPRE prévia não foi conseguida: onze por falha na canulação e duas por deformação duodenal. Seis casos foram realizados por abordagem ecoendoscópica direta. Os procedimentos tiveram uma duração média de 12 minutos. A taxa de sucesso técnico e clínico foi de 94%. Em dois casos ocorreram complicações associadas à técnica: um caso de libertação inadvertida da extremidade proximal da prótese na cavidade abdominal; noutro, colangite aguda três dias após procedimento, resolvida com antibioterapia. O tempo de follow-up médio foi de 115 dias. Verificou-se óbito por progressão da doença em onze dos casos. Nesta série verificou-se elevada eficácia técnica e clínica da EUS-BD utilizando LAMS (Hot AXIOS™, Boston Scientific), quer para drenagem da via biliar como da vesícula, apesar de limitada pela amostra reduzida. Destaca-se o papel da ecoendoscopia não só como alternativa à CPRE, mas também como abordagem de primeira linha na drenagem biliar na patologia maligna, salientando-se a sua utilização na patologia benigna.

CO 04

INFLAMAÇÃO TRANSMURAL NA DOENÇA DE CROHN: CORRELAÇÃO ENTRE ECOGRAFIA INTESTINAL E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Catarina Frias Gomes¹; Gonçalo Freire²; Catarina Nascimento¹; Bárbara Morão¹; Joana Revés¹; Luís Gargaté²; António Alberto Santos³; Joana Torres¹; Carolina Palmela¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo;

²Serviço de Imagiologia, Hospital Beatriz Ângelo;

³Serviço de Gastrenterologia, Hospital da Luz

Introdução: A ecografia intestinal é um método não invasivo e de simples utilização para a avaliação da atividade inflamatória transmural na Doença de Crohn (DC). O nosso objetivo foi correlacionar o espessamento da parede intestinal (EPI) avaliado por ecografia e por ressonância magnética (RMN) em doentes com doença ativa antes do início de terapêutica biológica.

Métodos: Estudo prospetivo de doentes com DC que iniciaram tratamento com infliximab. Os parâmetros laboratoriais, colonoscopia, ecografia intestinal e RMN foram avaliados no início do tratamento. Foi analisado o segmento mais afetado, definindo-se inflamação transmural como EPI ≥ 3 mm. Avaliaram-se ainda a presença de adenopatias, estenoses e/ou fistulas (não foi avaliada doença peri-anal).

Resultados: Incluídos 21 doentes (sexo masculino 62%, mediana idade 33 anos [IQR 25 - 45]). A maioria dos doentes eram A2 (n = 15), com doença ileo-cólica (n = 13) e fenótipo inflamatório (n = 14). 71% (n = 15) eram naive para biológico e 62% (n = 13) foram tratados com terapêutica combinada. O segmento mais afetado foi maioritariamente o íleon terminal (51%, n = 11). O EPI mediano por ecografia foi de 4,5 mm [4 - 6,15] e por RMN de 9 mm [6,5 - 10]. A ecografia foi concordante com colonoscopia no segmento mais afetado em 91% dos casos (r = 0,93 p = < 0,001) e com a RMN em 71% (r = 0,82, p = < 0,001). A avaliação do EPI por ecografia apresentou uma boa correlação com a RMN (r = 0,60, p = 0,008). A avaliação de

adenopatias (33% vs 14%, $p = 0,51$) e estenoses (10% vs 29%, $p = 0,50$) não foi diferente entre os 2 métodos. As fístulas foram mais frequentemente detetadas na ecografia (24% vs 9,5%, $p = 0,048$). A calprotectina fecal apresentou tendência para uma boa correlação com ecografia intestinal ($r = 0,41$, $p = 0,06$), não se observando correlação com proteína-C reativa ($r = 0,25$, $p = 0,26$).

Conclusão: A ecografia intestinal e a RMN apresentaram uma boa correlação na avaliação da inflamação transmural (medida pelo EPI) na DC, sugerindo que a ecografia intestinal é um bom método de primeira linha para avaliação destes doentes na prática clínica.

CO 05

ACUIDADE DA RMN NA AVALIAÇÃO DA RESPOSTA DO CANCRO DO RETO À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Pedro Campelo¹; Paulo Caldeira¹; Pedro Alves²; Joana Roseira¹; Ana Catarina Cunha¹; Sónia Barros¹; Marta Eusébio¹; Horácio Guerreiro¹

¹Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ²Serviço de Radiologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A ressonância magnética nuclear (RMN) é atualmente a principal modalidade diagnóstica para o estadiamento e definição de uma estratégia terapêutica no cancro do reto. Os casos de doença localmente avançada com resposta patológica completa após quimioradioterapia neoadjuvante (nQRT) podem beneficiar de estratégias terapêuticas conservadoras de órgão associadas a uma melhor qualidade de vida, como a excisão local ou abordagem “watch and wait”.

Objetivos: Avaliar o desempenho da RMN no re-estadiamento local do adenocarcinoma do reto após nQRT.

Material e métodos: Foram incluídos doentes com diagnóstico de adenocarcinoma do reto localmente avançado entre março/2012 e janeiro/2020, que realizaram RMN de re-es-

tadiamento após nQRT e foram submetidos a resseção cirúrgica curativa. Foi avaliado o desempenho da RMN na determinação do grau de regressão tumoral, estadiamento local T e estadiamento ganglionar. A avaliação anatomopatológica da peça cirúrgica de excisão total do mesorreto com o foi considerada o goldstandard.

Resultados: Foram incluídos 102 doentes, 51% do sexo masculino, com uma idade média de 65 (± 10) anos. Vinte e sete doentes tiveram uma resposta patológica completa (RPC) após QRTn na avaliação anatomopatológica e 29 apresentaram RMN compatível com RPC. No grupo de doentes com RPC na avaliação anatomopatológica, 74,1% apresentavam RPC definida por RMN. A concordância entre a RMN e a avaliação anatomopatológica foi boa para a presença de RPC ($K = 0,61$, $p < 0,001$), razoável para o grau de regressão tumoral ($K = 0,29$, $p < 0,001$) e estadiamento local T0-4 ($K = 0,318$; $p < 0,001$) e moderada para presença de gânglios positivos ($K = 0,46$; $p < 0,001$). A sensibilidade e especificidade da RMN para a presença de RPC no exame anatomopatológico foram, respetivamente, 74,1% e 88,0%.

Conclusão: Na avaliação de RPC após nQRT, a RMN mostrou uma moderada sensibilidade e elevada especificidade, assim como uma boa concordância com a avaliação anatomopatológica. O bom desempenho da RMN para o re-estadiamento do cancro do reto após nQRT permite-nos estabelecer com maior segurança uma estratégia terapêutica conservadora de órgão nos doentes com RPC segundo este exame de imagem.

CO 06

URGÊNCIA FORA DE HORAS – RESULTADOS DE UM MODELO DE ACESSO A ENDOSCOPIA NOCTURNA

Pedro Antunes; Margarida Gonçalves; Sofia Mendes; Tiago Leal; Dalila Costa; Ângela Rodrigues; Bruno Gonçalves; Raquel Gonçalves
Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Braga

O debate sobre o benefício e timing da endoscopia urgente, sobretudo em doentes com hemorragia digestiva mantém-se actual. A nossa instituição dispôs, entre novembro de 2014 e maio de 2020, dum modelo de urgência endoscópica nocturna por activação de gastrenterologista, entre as 0 e as 8 horas, para a região do país onde se encontra.

Este trabalho pretende descrever os resultados desse modelo, bem como identificar factores que possam influenciar a decisão clínica e prognóstico do doente.

Neste estudo retrospectivo foram incluídos todos os doentes que foram submetidos a endoscopia em regime de activação no período referido, tendo sido recolhidos dados demográficos, clínicos, analíticos e endoscópicos. Foi registado um total de 296 episódios, 48,3% dos quais provenientes de instituição externa. A média de idades foi de 61 anos, sendo 69,3% do sexo masculino. As principais indicações para endoscopia foram hemorragia digestiva alta (HDA) (60,1%), seguida de corpo estranho (17,2%) e impactamento alimentar (14,2%). Em 16,9% dos casos não se observaram achados endoscópicos de relevo. Em caso de necessidade de tratamento endoscópico, foi atingido sucesso terapêutico em 91,6% dos casos. Naqueles com HDA, a taxa de recidiva hemorrágica foi de 16,3% e a mortalidade intra-hospitalar (MIH) relacionada ou não com hemorragia de 21,3%. Nos casos de HDA, comprovou-se uma associação estatisticamente significativa entre a presença de instabilidade hemodinâmica (IHD) e a presença de hemorragia activa na endosco-

pia ($p = 0,016$), a necessidade de terapêutica endoscópica ($p < 0,001$) e a mortalidade intra-hospitalar ($p < 0,001$). A média do score de Glasgow-Blatchford (GBS) foi significativamente diferente ($p = 0,009$) entre aqueles com e sem necessidade de tratamento endoscópico ($x = 15,0$; DP = 3,6 vs. $x = 12,9$; DP = 3,5) e entre aqueles que faleceram ou sobreviveram ao episódio/internamento subsequente ($x = 16,6$; DP = 2,5 vs. $x = 14,1$; DP = 3,8; $p = 0,004$). Não se identificou diferença significativa do GBS naqueles com e sem hemorragia activa na endoscopia ($p = 0,82$).

A definição do modelo de urgência endoscópica mantém-se controversa, especialmente no horário nocturno. O modelo apresentado parece ter criado bons resultados, com eficácia endoscópica e sucesso clínico elevados. A IHD é um factor importante na decisão clínica e correlaciona-se com o prognóstico a curto prazo. O GBS apesar de se correlacionar com a necessidade de tratamento e MIH não é um bom indicador da necessidade de endoscopia emergente.

CO 07

OUTCOMES A LONGO PRAZO NAS RESSEÇÕES NÃO CURATIVAS POR DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA GÁSTRICA

Sofia S. Mendes; Aníbal Ferreira; Rita Costa; Tiago Leal; Ana Célia Caetano; Raquel Gonçalves
Hospital de Braga

Introdução: A disseção endoscópica da submucosa (ESD) é uma técnica eficaz, segura e minimamente invasiva para a ressecção de lesões gástricas malignas precoces ou precursoras. Estudos recentes questionaram o benefício em cirurgia adicional em alguns subgrupos de doentes submetidos a ESD considerada não curativa.

Objetivo: Este trabalho pretende avaliar os outcomes clínicos dos doentes submetidos a ESD gástrica não curativa numa coorte unicêntrica.

Métodos: Foram recolhidos os dados de todos os doentes referenciados para ESD para ressecção de lesões gástricas malignas precoces ou

displásicas num centro terciário, de maio de 2012 a agosto de 2020. Todos os procedimentos foram realizados pelo mesmo endoscopista e foram utilizados os critérios expandidos para definição de cura endoscópica. Foram registados dados demográficos, clínicos, características da lesão e do procedimento, complicações, resultado histológico e recidiva. O seguimento foi realizado com endoscopia de controlo aos 3-6 meses seguida de endoscopia aos 12 meses após procedimento.

Resultados e conclusões: Foram realizadas 288 ESD gástricas em 260 doentes ao longo de 98 meses. Cento e cinquenta e oito doentes eram do sexo masculino, a idade média foi de $68,79 \pm 9,89$ anos, e 188 doentes (65,28%) apresentavam comorbilidades significativas. As complicações mais significativas da ESD foram a hemorragia pós-procedimento ($n = 18$; 6,25%) e a perfuração intra-procedimento ($n = 2$; 0,69%) com resolução endoscópica em todos os casos. Foram consideradas não curativas 46 ESD (15,97%), das quais 24 com indicação cirúrgica por se tratarem de lesões malignas. Apenas 14 doentes foram submetidos a gastrectomia, os restantes 10 doentes recusaram cirurgia ou apresentavam comorbilidades significativas. Dos doentes submetidos a cirurgia, 10 (71,42%) não apresentavam evidência de neoplasia na peça cirúrgica. Quatro doentes tiveram complicações major da cirurgia com morte de 1 doente. Relativamente aos doentes que mantiveram vigilância endoscópica ($n = 28$), o tempo médio de seguimento foi de $30,65 \pm 21,76$ meses. Observou-se recidiva em 8 doentes (28,57%) com lesões displásicas passíveis de tratamento endoscópico em todos os casos. Nesta série verificou-se um curso globalmente benigno durante o seguimento de doentes com ESD não curativa. Serão relevantes estudos adicionais para permitir uma melhor seleção dos doentes que poderão beneficiar de tratamento cirúrgico adicional.



Resumos Casos Clínicos

CC 01

QUANDO A ALTERAÇÃO DAS PROVAS HEPÁTICAS É APENAS A PONTA DO ICEBERGUE

Eduardo Dantas; Mariana Coelho;
Cristiana Sequeira; Inês Santos; Cristina Teixeira;
Cláudia Cardoso; Ana Paula Oliveira
Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

Homem de 32 anos com história de hábitos alcoólicos marcados (250-300 g/dia) nos seis meses prévios, recorreu ao serviço de urgência por quadro com 1 semana de evolução caracterizado por astenia, epigastralgia, náuseas e vômitos, icterícia e colúria. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável (PA 112/91 mmHg), normocárdico (FC 60 bpm), icterício; auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações; abdómen doloroso à palpação do epigastro e hipocôndrio direito, com hepatomegália palpável 4 cm abaixo do rebordo costal. Analiticamente sem aumento dos parâmetros inflamatórios, com alteração dos parâmetros de citocolestase – AST 281, ALT 471, GGT 229, bilirrubina total 4.76 mg/dL (direta 0.66 mg/dL). Ecografia abdominal com evidência de hepatomegália, sem litíase vesicular ou alteração das vias biliares. Admitido no serviço de Gastroenterologia para prosseguir estudo.

Por manter epigastralgia realizou EDA, sem alterações. Analiticamente com agravamento da citocolestase (AST 517, ALT 917, GGT 734, bilirrubina total 8.04 e direta 1.23); pesquisa de

vírus hepatotrópicos negativa. Ao 3º dia de internamento apresentou episódio de dor precordial e taquicardia (FC 140 bpm), tendo realizado ECG com evidência de flutter auricular, com necessidade de transferência para Cuidados Intermédios para conversão química e vigilância. Realizou radiografia torácica, com aumento do índice cardiorácico; fez posteriormente TC toraco-abdominal, que mostrou volumoso derrame pericárdico, a condicionar disfunção cardíaca global; lesão ocupando espaço mal definida com 2.9 x 2.4 cm no ápex direito; múltiplas adenopatias mediastínicas e pulmonares bilaterais; fígado com sinais de estase. Revisto o contexto epidemiológico do doente, destacando-se episódio de tuberculose pulmonar da mãe cerca de 10 meses antes. Fez pericardiocentese, com drenagem de 2.000 mL de líquido pericárdico. O restante estudo etiológico levou ao diagnóstico final de tuberculose disseminada com envolvimento pulmonar e pericárdico. As alterações das provas hepáticas desceram progressivamente até à normalização completa após pericardiocentese.

Apesar de raro, o tamponamento cardíaco deve fazer parte do diagnóstico diferencial da alteração das provas hepáticas, sendo necessário um alto grau de suspeição para permitir diagnóstico atempado.

CC 02

ILEAL DIVERTICULITIS – AN UNUSUAL CAUSE OF ABDOMINAL PAIN

Rui Mendo¹; Catarina Félix¹; Catarina O'Neill¹; Pedro Figueiredo^{1,2}; Cristina Chagas¹

¹Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal; ²Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

A 73-year-old man presented to the emergency department with a 3-day history of abdominal pain on the lower right quadrant, constipation and low-grade fever, that the patient attributed to a sushi meal 3 days before. His medical history included arterial hypertension. He had no relevant past surgical history. His physical exam was remarkable for abdominal pain in the lower right quadrant associated with rebound tenderness. His vital signs were normal. Laboratory studies revealed mild leukocytosis

(11.230/uL) and an elevated C-reactive protein (17 mg/dL). He then underwent an abdominal CT that revealed marked thickening and edema of the last ileal loop along with marked densification of the mesenteric fat. Additionally, an image suggestive of a diverticulum in the last ileal loop with hyper-enhancement was seen. There was no pneumoperitoneum. Treatment with bowel rest and broad-spectrum antibiotics was initiated, after which the patient's condition improved. After 1 week of antibiotic treatment he was discharged. For diagnosis clarification, he then underwent colonoscopy with ileoscopy that revealed an erythematous ileal diverticulum, confirming the diagnosis of ileal diverticulitis.

Small bowel diverticula are usually multiple and are most commonly found in the proximal small bowel. Usually these diverticula are asymptomatic. The clinical presentation of ileal diverticulitis usually mimics acute appendicitis and Chron's disease. For this reason, gastroenterologists should be aware of this rare manifestation in order to consider it in the differential diagnosis of abdominal pain.

We present this case and the respective iconography given its particularity and rarity.

CC 03

COLITE DE HIPERSENSIBILIDADE ASSOCIADA AO ALOPURINOL: UM CASO DE SÍNDROME DE DRESS

Bárbara Morão; Joana Marques; Joana Revés; Catarina Neto; Catarina Frias Gomes; Catarina Gouveia; Lídia Roque Ramos; Fernando Gonçalves; Luísa Glória
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A síndrome de DRESS é uma reação de hipersensibilidade pouco frequente caracterizada por rash, eosinofilia e sintomas sistémicos. O fígado é o órgão mais frequentemente envolvido, sendo o atingimento gastrointestinal raro apenas com alguns casos descritos.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, medicada com alopurinol 300 mg em Agosto 2020 por hiperuricemia. Recorreu ao SU em Setembro por quadro com 1 mês de evolução de agravamento progressivo caracterizado por prurido no couro cabeludo, exantema pruriginoso do tronco, membros e face, dor abdominal difusa e diarreia aquosa (8 dejeções/dia); sem febre. Medicada com probiótico, anti-secretor, corticóide e anti-histamínico sem melhoria. À admissão apresentava taquicardia (FC 98 bpm) e exantema maculopapular eritematovioláceo, purpúrico, descamativo no tronco, membros, pescoço e face, pruriginoso. Analiticamente com leucocitose (15.580/L), eosinofilia (2.410/L) e monocitose (3.020/L), PCR 12.92 mg/dL, lesão renal aguda (creat 1.19 mg/dL, ureia 32 mg/dL), alteração das provas hepáticas (AST 2.1 x LSN, ALT 4.7 x LSN, GGT 2.5 x LSN) e hiper-gamaglobulinémia IgE (637 UI/mL). O estudo microbiológico fecal foi negativo. Admitiu-se o diagnóstico de DRESS secundário a alopurinol e iniciou prednisolona 1 mg/kg/dia. As biópsias cutâneas que revelaram dermite de interface e infiltrado perivascular linfocitário sem eosinófi-

los, compatível com toxidermia. Realizou ileo-colonoscopia que revelou desde o reto até ao cego mucosa hiperemiada, com apagamento do padrão vascular, ponteados hemorrágicos subepiteliais, erosões e úlceras superficiais < 10 mm. As biópsias do cólon e reto revelaram colite ativa, com envolvimento de criptas, infiltrado linfoplasmocitário com aumento significativo de eosinófilos, sem sinais de cronicidade, compatíveis com colite associada a fármacos. Evolução favorável com redução da área do exantema, melhoria do prurido e descida da eosinofilia (970/L) e ALT 2 x LSN. O exantema resolveu 1 semana após a alta.

Conclusão: A síndrome DRESS está associada a um número limitado de fármacos, entre os quais o alopurinol. É uma condição com uma taxa de mortalidade de 10 - 20 %, sendo essencial um elevado índice de suspeita para o diagnóstico atempado. O envolvimento cólico pode manifestar-se como diarreia auto-limitada, até diarreia profusa com desequilíbrio hidro-eletrolítico. Embora a diarreia raramente seja investigada, devem ser excluídas outras causas, nomeadamente, a parasitose e a isquemia e doença inflamatória intestinal.

CC 04

INFEÇÃO POR SARS-COV2 EM DOENTES COM COLITE ULCEROSA GRAVE: QUAL A MELHOR ABORDAGEM?

Joana Revés; Catarina Frias Gomes;
Catarina Nascimento; Bárbara Morão;
Catarina Gouveia; Carolina Palmela;
Lídia Roque Ramos; Alexandre Ferreira;
Joana Torres; Luísa Glória
Serviço de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Estudos recentes têm demonstrado que a incidência de COVID-19 em doentes com Doenças Inflamatórias do Intestino (DII) é semelhante à da população em geral. Contudo, a gestão da terapêutica imunossupressora e imunomoduladora nestes doentes ainda é um desafio.

Descrição dos casos: Caso nº 1 - Doente sexo feminino, 33 anos, com diagnóstico de CU em 2013, medicada com 5-ASA. Recorre ao serviço de Urgência (SU) em 05/2020 por 10-15 dejeções sanguinolentas/dia e dor e edema articular do joelho e tibio-társica direita com cerca de 2 semanas de evolução. Sem lesões oculares ou cutâneas de novo e sem qualquer sintomatologia respiratória. Do exame objetivo à admissão, de realçar apenas febre (T 38,3°C). Analiticamente apresentava Hb 9,1 g/dL, leucocitose 12010/L, VS 95 mm/h e PCR 14 mg/dL. Foi admitida CU grave, pelo que ficou internada e iniciou corticoterapia endovenosa. Apesar da ausência de sintomatologia sugestiva, como rotina pré-internamento realizou pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR, cujo resultado veio positivo. Tendo em conta os possíveis riscos associados à corticoterapia no agravamento da doença COVID-19, optou-se por suspender esta terapêutica (completou 48h) e iniciar indução com infliximab 5mg/Kg. A doente evoluiu favoravelmente, com diminuição do número de dejeções/dia, apirexia mantida e diminuição dos parâmetros inflamatórios. Manteve-se sem qualquer sintomatologia respiratória e dada a estabilidade clínica, teve alta para o domicílio, encontrando-se atualmente estável sob terapêutica com infliximab. Caso nº 2 - Doente do sexo feminino, 16 anos, diagnosticada com CU grave em 02/2020, medicada com 5-ASA. Em 06/2020 por novo episódio de CU grave inicia indução com infliximab, com melhoria inicial. Em 07/2020 novo agravamento, com cerca de 4-5 dejeções sanguinolentas/dia, dor abdominal e perda ponderal. Apesar de assintomática do ponto de vista respiratória, por contacto com caso confirmado de COVID-19, realizou pesquisa de SARS-CoV2 por RT-PCR, cujo resultado veio positivo. Apesar desta intercorrência, terminou o esquema de indução com infliximab, não tendo apresentado agravamento da infeção COVID e com posterior melhoria da CU.

Conclusões: Apresentamos dois casos clínicos de CU grave em doentes com infeção COVID-19. Os anti-TNF parecem ser uma opção segura neste subgrupo de doentes.

CC 05

ICTERÍCIA E HIPERAMILASÉMIA – UMA HIPÓTESE PARA LÁ DO ÓBVIO

Cristiana Sequeira¹; Inês Costa Santos¹; Mariana Coelho¹; Eduardo Dantas¹; Vítor Carvalho²; Maria João Martins³; João Teles Carvalho⁴; Mara Costa⁵; João Mangualde¹; Élia Gamito¹; Ana Luísa Alves¹; Isabelle Cremers¹; Ana Paula Oliveira¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal; ²Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; ³Serviço de Imagiologia, Centro Hospitalar de Setúbal; ⁴Serviço Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar de Setúbal; ⁵Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Os autores relatam o caso de um homem de 75 anos com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, status pós-A-VC isquémico e colecistectomia, admitido por quadro de dor abdominal epigástrica intensa com 24 horas de evolução. Ao exame objetivo na admissão apresentava-se hipertenso e com dor abdominal epigástrica à palpação superficial, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente destacava-se elevação das enzimas pancreáticas (amilase 1016 U/L, lipase 449 U/L) e lesão renal aguda (Cr 1,26 mg/dL). Foi admitida a hipótese diagnóstica de pancreatite aguda e o doente foi internado para fluidoterapia, analgesia e investigação etiológica. Do estudo etiológico inicial a realçar história pessoal de dor abdominal epigástrica recorrente e calcificações pancreáticas em exame de imagem prévio; não se apuraram hábitos etanólicos/tabágicos, introdução de fármacos/tóxicos, história pessoal/familiar de pancreatite ou neoplasia do pâncreas, alterações do perfil lipídico ou do cálcio sérico. No primeiro dia de internamento verificou-se agravamento clínico com instabili-

dade hemodinâmica (PA 83/45 mmHg; FC 127 bpm), palidez e icterícia mucocutânea e presença de sangue vivo na drenagem da sonda nasogástrica. A reavaliação analítica mostrou anemia (Hb 13 > 8,5 g/dL) e citocolestase hepática de novo (ALT 323 U/L, AST 200 U/L, GGT 304 U/L, FA 163 U/L, bilirrubina total 9,48 mg/dL). A angio-TAC abdominopélvica evidenciou uma formação hipervascular na região duodenopancreática com opacificação síncrona com a aorta e sem seguro plano de clivagem com o duodeno, e ainda um hematoma junto à parede da 2ª porção duodenal (7,8 x 6,3 x 4,8 cm); não eram evidentes sinais de disseção/rotura da aorta ou de pancreatite aguda. Após estabilização hemodinâmica, o doente foi submetido a angiografia urgente que confirmou a existência de rotura de pseudoaneurisma da artéria gastroduodenal e permitiu o tratamento endovascular através de embolização e de colocação de stent. Não se verificou recidiva hemorrágica nem intercorrências do procedimento.

Destaca-se o caso pela apresentação com dor epigástrica, elevação das enzimas pancreáticas e icterícia obstrutiva poder ocultar uma entidade com elevada letalidade, como a rotura de pseudoaneurisma, que, sendo extremamente rara, exige um muito elevado índice suspeição de modo a que o seu reconhecimento seja precoce, possibilitando um tratamento atempado.

CC 06

DOENÇA RELACIONADA COM IGG4: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL COM NEOPLASIA GASTROINTESTINAL

Pedro Campelo¹; Paulo Caldeira¹;
Ana Sara Monteiro²; Rute Pereira³; Joana Roseira¹;
Ana Catarina Cunha¹; Sónia Barros¹; Marta Eusébio¹;
Horácio Guerreiro¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar
Universitário do Algarve; ²Serviço de Medicina Interna,
Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ³Serviço
de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário do
Algarve

Introdução: A doença relacionada a IgG4 (DR_IgG4) consiste numa entidade clínica recente, imuno-mediada, com afetação sistémica. Caracteriza-se frequentemente pelo desenvolvimento de tumefações, com infiltrados linfoplasmocitários, ricos em IgG4 e fibrose. A IgG4 sérica está elevada em 2/3 dos casos. Múltiplos órgãos podem ser afetados de forma síncrona ou assíncrona e o diagnóstico diferencial com neoplasia pode ser desafiante.

Descrição do caso: Mulher de 55 anos de idade. Apresenta-se com quadro de enfartamento pós-prandial, intolerância alimentar, episódios frequentes de diarreia sem sangue ou muco, sudorese noturna e perda ponderal de 18 Kg, com cerca 1,5 anos de evolução. Analiticamente destacou-se apenas hipergamaglobulinémia na eletroforese de proteínas e velocidade de sedimentação de 72 mm/h. Fez endoscopia digestiva alta que mostrou eritema do antro e úlcera duodenal. As biopsias gástricas mostraram gastrite crónica, *Helicobacter pylori* positiva. Realizou TC abdomino-pélvica que mostrou formação nodular de limites bem definidos com 36 x 35 x 33 mm anterior à região antro-pilórica, justa hilo hepático e em aparente continuidade com a parede gástrica. Para melhor esclarecimento fez ecoendoscopia que mostrou a lesão descrita adjacente ao antro gástrico, com limites bem definidos, mas que não se encontrava na dependência da parede gástrica. A PAAF da lesão

mostrou celularidade linfoide reativa. Fez ainda PET TAC, evidenciando depósito junto ao hilo hepático de 33 x 34 mm com alta taxa de proliferação, altamente sugestiva de malignidade.

Foi submetida a laparoscopia exploradora que identificou uma tumoração infra-pilórica, justa hilo hepático, com cerca de 5 cm, intimamente aderente à parede gástrica e mesocólon transverso, procedendo-se à sua excisão. O estudo anatomopatológico mostrou transformação esclerosante angiomatóide nodular de gânglio linfático, entidade associada a doença esclerosante a IgG4. Após a cirurgia, o doseamento de IgG4 sérico é normal e verificou-se melhoria clínica, descida da VS e normalização da eletroforese de proteínas.

Conclusão: O interesse deste caso prende-se com o desafiante diagnóstico diferencial com neoplasia de origem gastrointestinal e raridade do envolvimento exclusivo ganglionar da DR_IgG4. Apesar de um doseamento normal de IgG4 após cirurgia, os achados histológicos, imagiológicos e o quadro clínico favorecem o diagnóstico de DR_IgG4. Dada a melhoria clínica após ressecção cirúrgica, não iniciamos para já terapêutica dirigida.

CC 07

ÍLEITE TERMINAL PÓS CIRURGIA ORTOPÉDICA: COMO ENQUADRAR?

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

Homem de 45 anos com antecedentes de fratura recente do odontóide (C2) submetido a correção cirúrgica, recorreu ao SU por dor abdominal na fossa ilíaca direita associada a náuseas, emagrecimento e sensação de mal-estar geral com vários dias de evolução, com agravamento recente significativo e desenvolvimento de febre (T máxima 39°C).

Encontrava-se sob antibioterapia com amoxicilina/acido clavulânico e azitromicina por infeção

respiratória e estava medicado com anti-inflamatórios não esteróides (AINE's) nos últimos três meses.

Objetivamente, apresentava-se febril (38°) e com o abdómen doloroso à palpação na fossa ilíaca direita. Ferida cirúrgica cervical sem sinais inflamatórios.

Análiticamente com PCR de 229 mg/L, leucocitose de 33800/mm³, hemoglobina de 13,1 g/dL, plaquetas 482000/mm³ e D-dímeros de 1971 ng/dL. A ecografia abdominal mostrou franco espessamento mural do cego, íleo terminal e do apêndice ileocecal (13 mm).

Realizou angio-TC abdominal que demonstrou apêndice ileocecal com morfologia normal, assim como um moderado espessamento parietal do íleo terminal, sem coleções abdominopélvicas identificáveis.

A colonoscopia revelou um íleo terminal com extensas áreas ulceradas e friáveis, de fundo branco, algumas das quais irregulares e com elevação dos bordos, bem como uma válvula ileocecal erosionada, mas facilmente franqueável com o colonoscópio. As biópsias realizadas foram negativas para cultura de BK e histologicamente não foram identificados granulomas epitelióides, sendo descrita ulceração inespecífica. Cumpriu ciclo de antibioterapia empírica com ciprofloxacina e metronidazol e foi advertido para a suspensão dos AINE's, com melhoria clínica rápida e significativa. As coproculturas e pesquisa de Clostridium vieram a confirmar-se negativas.

Seis meses depois, efetuou ileocolonoscopia de reavaliação que já se encontrava normalizada, estando, atualmente, assintomático.

A enteropatia por AINE's pode ocorrer em até 71% dos doentes com consumo prolongado destes fármacos, podendo-se apresentar com sinais e sintomas muito variáveis e inespecíficos que podem mimetizar outras patologias como a tuberculose intestinal ou a doença inflamatória intestinal, nomeadamente a Doença de Crohn.

O caso clínico apresentado inclui iconografia endoscópica exuberante e reforça a necessidade de raciocínio e suspeição clínica num doente com vários confundidores clínicos.

CC 08

UMA ETIOLOGIA RARA DE SINTOMAS DISPÉPTICOS

Inês Costa Santos¹; Cristiana Sequeira¹; Mariana Coelho¹; Eduardo Dantas¹; Cláudio Martins¹; Filipe Seixo²; António Meleiro³; Ana Paula Oliveira¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal; ²Serviço de Cardiologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal; ³Serviço de Oncologia Médica, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

As queixas dispépticas constituem um dos principais motivos de referenciação para realização de endoscopia digestiva alta (EDA).

Os autores relatam o caso de um homem de 43 anos, previamente saudável, referenciado à Consulta de Gastrenterologia por queixas dispépticas com 1 ano de evolução, associadas a pirose e regurgitação. Sem outros sinais ou sintomas de órgão. Foi solicitada EDA, que revelou mucosa do antro com estrias de hiperémia e pequenas erosões agudas dispersas, cujo resultado histológico foi compatível com gastrite de etiologia química, *Helicobacter pylori* (Hp) negativa. Iniciou terapêutica com inibidor da bomba de prótons, sem resposta.

Por persistência das queixas, realizou ecografia abdominal, que não mostrou alterações hepatobiliopancreáticas, identificando, em janela cardíaca, volumoso derrame pericárdico, posteriormente confirmado pela Cardiologia, tendo-se procedido a pericardiocentese, com drenagem de 1550 mL de líquido pericárdico, com remissão das queixas dispépticas. A citologia do líquido pericárdico foi positiva para células atípicas CK7+ e TTF1+. Assumiu-se neoplasia de origem primária oculta, tendo realizado PET-TC, com marcação anómala de FDG em formações

ganglionares cervicais, axilares, mediastínicas, celiaca e mesentérica, com focos hipercaptantes em topografia tiroideia, pulmonar esquerda e perigástrica, a poder corresponder a infiltração primitiva ou secundária. Atendendo aos achados anatomopatológicos, favoráveis a origem pulmonar, foi submetido a broncofibroscopia, que identificou compressão extrínseca de brônquios segmentares esquerdos, tendo as biopsias revelado células neoplásicas com a mesma marcação imunohistoquímica, apoiando o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão, em estadio IV.

Por recidiva do derrame pericárdico, com compromisso hemodinâmico, foi realizada janela pericárdica definitiva para a cavidade pleural esquerda, mantendo-se até à data sem queixas dispépticas.

Apresenta-se um caso singular de uma etiologia extra-gastrointestinal rara de queixas dispépticas, pretendendo-se alertar para a importância de realizar uma investigação etiológica completa previamente ao diagnóstico de dispepsia funcional, não devendo esta cingir-se à exclusão de infeção por Hp.

CC 09

DIFFUSE COLIC LEIOMYOMAS IN A PATIENT WITH AIDS: ENDOSCOPIC FEATURES

Alexandre Sayadi¹; Mohamed Amine Bani²; Isabelle Rosa¹; Sihem Bendaoud¹; Hervé Hagège¹; Anne Wampach¹; Celine Somsouk¹; Laurent Costes¹; Mathias Vidon¹

¹Gastroenterology department, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil; ²Pathology department, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

Introduction: Digestive tract leiomyomas are uncommon benign tumors among healthy population. However, it has been well described in acute immunodeficient syndrome (AIDS) patients since the 90s, and are related to Epstein-Barr virus (EBV) infection. We herein report an extremely case of a patient with AIDS and diffuse colic leiomyomas associated to EBV.

Case report: A 62-year-old patient was referred in January 2020 to the Gastroenterology department at Creteil (CHIC, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil) for colonoscopy. She had a medical history of squamous cell carcinoma of the upper intergluteal sulcus and of the left vulva treated by surgery in 2017, and right mandibular squamous cell carcinoma, treated by surgery, radiation therapy and chemotherapy in 2017. She had an HIV-1 infection diagnosed in 1987. She was considered stage AIDS because of history of pulmonary tuberculosis. Her last CD4 count in 01/2020 showed 131 CD4/mm³ and a negative HIV-1 RT-PCR. Her treatment included emtricitabine, elvitegravir, cobicistat and tenofovir.

She had a six-month history of intermittent hematochezia and aregenerative normocytic anemia at 101 g/L with a folic acid deficiency without iron deficiency. She didn't have fever, didn't lose weight and wasn't complaining of deterioration of general condition. The physical exam was within normal limits, especially the proctologic exam, with no sign of squamous cell carcinoma recurrence.

An ileocolonoscopy was performed and showed, distributed from the cecum to the sigmoid, multiple about twenty raised umbilicated lesions, suggesting submucosal lesions. Their size was between 5 and 10 mm, with erosions at the top of some of them. Multiple biopsies were performed for pathology, bacteriology, mycology and virology. Moreover, four polyps of less than 10 mm were resected.

Routine Hematoxylin-Eosin and Safran stained tissue sections revealed a prominent nodular proliferation in the submucosa. The lesions were composed of fascicles of fusiform spindle cells with abundant eosinophilic cytoplasm and elongated or ovoid nuclei without significant atypia or mitoses suggesting a mesenchymal neoplasia of smooth muscle origin. There was no necrosis.

Immunohistochemical stains were performed. The tumor cells showed strong uniform cytoplasmic reactivity for smooth muscle markers (smooth-muscle actine (SMA), desmin and caldesmon). There were no expression of epithelial markers nor c-kit, DOG1, PS100 or CD34.

In situ hybridization for Epstein-Barr virus encoded RNA (EBER) showed positive staining in the tumor cell nuclei.

The proliferation index Ki67 was estimated at less than 3%.

Given the histological findings, as well as the immunohistochemistry and in situ hybridization, the final diagnosis was diffuse colic leiomyoma associated to EBV.

The four other polyps were tubular adenomas with low-grade dysplasia.

Ten months later, ...

Discussion: Smooth muscle tumors (SMT) related to EBV infection, also called EBV-SMT, has been reported in immunocompromised patients since 1997, with a case report of EBV-SMT in a 14-year-old girl with common variable immunodeficiency syndrome¹. It's a rare condition: Since 1997, around a hundred cases have been published. The largest case review, at our knowledge, was published in 2011 and studied 64 reported cases².

EBV-SMT occurs in immunocompromised patients, mostly in AIDS patients, but also in patients having an organ transplant and receiving immunosuppressive therapy³.

The mechanism of development of these tumors appears to be directly related to EBV infection, with EBV positivity in EBV-SMT found in > 99% of cases². Several hypotheses concerning the infection of smooth muscle cells by EBV have been put forward: CD21, a receptor used by EBV, appears to be overexpressed in EBV-SMT⁴; also, a fusion between smooth muscle cells and lymphocytes infected with EBV⁵. Moreover, in patients with multifocal EBV-SMT, analysis of the clonality of these tumors revealed different

clones depending on the locations in the same patient, suggesting that each EBV-SMT is an independent event and that the Multiple locations do not reflect a mechanism of metastasis⁶. Finally, activation of the Akt/mTOR pathway is frequent in EBV-SMT, and it seems that mTOR inhibitors (everolimus, sirolimus) may have an interest in these tumors.^{7,8}

Patients with EBV-SMT in a context of AIDS are most often young (average age at 25, very rare after 45) with 1/3 of patients under 10 years old. The locations of EBV-SMT are varied, most often affecting the central nervous system and soft tissues; then the lungs, liver and gastrointestinal tract (stomach, colon, small intestine) They occur most often in severely immunocompromised patients, with an average CD4 count of 60 / mm³.² The diagnosis is histological, based on the demonstration of tumor proliferation of spindle cells with eosinophilic cytoplasm, and expressing the markers of smooth muscle cells by immunohistochemistry. The presence of EBV within SMTs is then asserted most often with In situ hybridization for Epstein-Barr virus encoded RNA (EBER). In situ PCR and the presence of EBNA in immunohistochemistry are also possible.

The distinction between leiomyoma and leiomyosarcoma is also histological. It is mainly based on mitotic activity, represented by the number of mitoses per field or Ki67. The other characteristics correlated with malignancy are the presence of necrosis and cytological atypia.²

The differential diagnoses are essentially Kaposi's sarcoma, secondary to infection with HHV-8, which does not present the smooth muscle markers and is necessarily positive in immunohistochemistry against LNA-1 (anti HHV-8 antibody) which is not the case of EBV-SMT⁹; and GIST (gastrointestinal stroma tumor), whose specific marker c-kit (CD117) is not expressed in EBV-SMT.

Several EBV-SMT hepatic injuries have been reported, with isolated hepatic injury that may

mimic HCC¹⁰ or association with a pancreatic tumor¹¹. The radiological appearance does not seem to be specific, and the diagnosis of EBV-TMS should be considered in case of immunosuppression.

The colonic involvement found in our patient corresponds to previous descriptions with raised centimeter nodules with central ulceration¹², thus having the appearance of a submucosal lesion. To our knowledge, this is the first description of multiple colic EBV-TMS in an adult patient with AIDS-stage HIV infection. The endoscopic appearance seems unspecific and common to gastrointestinal submucosal lesions. It seems difficult to relate the patient-reported hematochezia to these lesions due to their small size and the absence of bleeding seen during endoscopy. The lesions observed here differ from the digestive leiomyomas of the immunocompetent. Those latter, represents 1% of mesenchymal tumors of the digestive tract, they are unique and most often esogastric. Less than 5% of leiomyomas being found in the colon¹³. They can cause massive bleeding when they are large.¹⁴ Although the prognosis of EBV-SMT is difficult to estimate due to the small number of patients involved, it appears less pejorative than other leiomyosarcomas of the immunocompetent [2]. In the vast majority of cases, death is linked to AIDS more than to EBV-SMT. Among EBV-SMT, leiomyomas appear to progress very slowly, even without treatment.¹⁵

There are no randomized trials to recommend one or more treatments for these tumors. The proposals are therefore based on a few series of cases only. In all cases, highly active antiretroviral therapy (HAART) seems essential.^{12,15}

For low-grade tumors (leiomyomas), excision alone or even surveillance alone can be retained. For high-grade tumors (leiomyosarcoma), different therapies have been tried: chemotherapy, radiotherapy, surgical excision, mTOR inhibitor.²

Conclusion: This is, to our knowledge, the first reported case of diffuse colonic leiomyoma associated to EBV in a patient with HIV infection in the AIDS stage. The endoscopic aspect seems not very specific, arguing in favor of systematic multiple biopsies in the face of these lesions.

Histological characterization can distinguish low-grade EBV-TMS (leiomyomas) from high-grade ones (leiomyosarcoma), with a prognostic and therapeutic impact that is uncertain due to the low number of reported cases.

References:

¹G. W. Mierau, B. S. Greffe, et D. A. Weeks, « Primary Leiomyosarcoma of Brain in an Adolescent with Common Variable Immunodeficiency Syndrome », *Ultrastruct. Pathol.*, vol. 21, no 3, p. 301-305, janv. 1997, doi: 10.3109/01913129709021926.

²B. Purgina, U. N. M. Rao, M. Miittinen, et L. Pantanowitz, « AIDS-Related EBV-Associated Smooth Muscle Tumors: A Review of 64 Published Cases », *Pathol. Res. Int.*, vol. 2011, p. 1-10, mars 2011, doi: 10.4061/2011/561548.

³K. Moore Dalal, C. R. Antonescu, R. P. DeMatteo, et R. G. Maki, « EBV-Associated Smooth Muscle Neoplasms: Solid Tumors Arising in the Presence of Immunosuppression and Autoimmune Diseases », *Sarcoma*, vol. 2008, p. 1-6, 2008, doi: 10.1155/2008/859407.

⁴K. L. McClain et al., « Association of Epstein-Barr Virus with Leiomyosarcomas in Young People with AIDS », *N. Engl. J. Med.*, vol. 332, no 1, p. 12-18, janv. 1995, doi: 10.1056/NEJM199501053320103.

⁵G. J. Bayliss et H. Wolf, « Epstein-Barr virus-induced cell fusion », *Nature*, vol. 287, no 5778, p. 164-165, sept. 1980, doi: 10.1038/287164a0.

⁶A. T. Deyrup et al., « Epstein-Barr Virus-Associated Smooth Muscle Tumors Are Distinctive Mesenchymal Tumors Reflecting Multiple Infection Events: A Clinicopathologic and Molecular Analysis of 29 Tumors From 19 Patients », *Am. J. Surg. Pathol.*, vol. 30, no 1, p. 75-82, janv. 2006, doi: 10.1097/01.pas.0000178088.69394.7b.

⁷D. Jonigk et al., « Molecular and Clinicopathological Analysis of Epstein-Barr Virus-Associated Posttransplant Smooth Muscle Tumors: EBV+ PTSM », *Am. J. Transplant.*, vol. 12, no 7, p. 1908-1917, juill. 2012, doi: 10.1111/j.1600-6143.2012.04011.x.

⁸H. C. Toh et al., « Use of sirolimus for Epstein-Barr virus-positive smooth-muscle tumour », *Lancet Oncol.*, vol. 7, no 11, p. 955-957, nov. 2006, doi: 10.1016/S1470-2045(06)70943-3.

⁹S. Gallien et al., « Multifocal Epstein-Barr Virus-Asso-

ciated Smooth Muscle Tumor in Adults with AIDS: Case Report and Review of the Literature », *Oncology*, vol. 74, no 3-4, p. 167-176, 2008, doi: 10.1159/000151364.

¹⁰ T. Depoilly, N. Poté, D. Cazals-Hatem, et V. Paradis, « Une tumeur hépatique chez une patiente immunodéprimée », *Ann. Pathol.*, vol. 39, no 1, p. 54-56, févr. 2019, doi: 10.1016/j.annpat.2018.07.012.

¹¹ S. Yooprasert, K. Thanapirom, S. Treeprasertsuk, P. Kullavanijaya, et P. Komolmit, « Hepatobiliary and Pancreatic: Epstein-Barr virus-associated smooth muscle tumors: Unusual cause of hepatic mass in AIDS patient », *J. Gastroenterol. Hepatol.*, vol. 32, no 2, p. 293-293, févr. 2017, doi: 10.1111/jgh.13539.

¹² Z. L. Molle, H. Moallem, N. Desai, V. Anderson, et S. S. Rabinowitz, « Endoscopic features of smooth muscle tumors in children with AIDS », *Gastrointest. Endosc.*, vol. 52, no 1, p. 91-94, juill. 2000, doi: 10.1067/mge.2000.105984.

¹³ G. B. Davis et al., « Tumors of the Stomach », *World J. Surg.*, vol. 24, no 4, p. 412-420, avr. 2000, doi: 10.1007/s002689910066.

¹⁴ A. Moussi, R. Nouira, B. Bourguiba, S. Daldoul, et A. Zaouche, « A rare cause of lower gastrointestinal bleeding », *Tunis. Med.*, vol. 88, no 12, p. 961-963, déc. 2010.

¹⁵ K. H. Wong et al., « Epstein-Barr virus-associated smooth muscle tumor in patients with acquired immunodeficiency syndrome », *J. Microbiol. Immunol. Infect. Wei Mian Yu Gan Ran Za Zhi*, vol. 40, no 2, p. 173-177, avr. 2007.



Resumos Instantâneos endoscópicos

IE 01

SISTEMA OTSC PARA FIXAÇÃO DE PRÓTESE NO TRATAMENTO DE FISTULA ESOFAGOMEDIÁSTÍNICA

Sofia Ventura; Ana Carvalho; Francisco Pires;
Eugénia Cancela; Américo Silva
Centro hospitalar Tondela Viseu

As próteses esofágicas metálicas autoexpansíveis inseridas no esófago com intuito paliativo ou curativo têm como principal complicação a migração para o estômago. Recentemente, o sistema over-the-scope-clip (OTSC) veio permitir a ancoragem das próteses esofágicas, prevenindo a sua migração.

Apresenta-se o caso de um doente de 60 anos, com antecedentes de bócio multinodular mergulhante, com extensa massa mediastínica submetido a tireoidectomia total e exérese de componente mediastínico posterior em 2017. Observado no corrente ano no serviço de urgência por queixas respiratórias, tendo o estudo revelado neoplasia mediastínica posterior, submetido a excisão da lesão por toracotomia postero-lateral. No pós-operatório com desmame ventilatório difícil, com investigação imagiológica a revelar sinais de rotura esofágica. Realizada endoscopia digestiva alta, observando-se orifício em fenda com 13 mm longitudinal aos 25 cm dos incisivos, em localização contralateral a área de debulking tumoral. Procedeu-se a colocação de prótese esofágica metálica autoexpansível que se fixou

no topo proximal com Stentfix OTSC. O controlo endoscópico e radiológico mostrou correto posicionamento, sem evidência de complicações.

O sistema OTSC tem-se revelado um adjuvante imprescindível à terapêutica endoscópica com próteses metálicas autoexpansíveis, permitindo o tratamento de várias lesões, nomeadamente fístulas.

IE 02

IMPORTÂNCIA DA REAVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA: DA PREGA POLIPOIDE À MUCOSECTOMIA GÁSTRICA POR BANDAS

Marisa Linhares; Diana Ramos; Flávio Pereira;
Ana Caldeira; João Dias Pinto; José Tristan;
Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Banhudo
Serviço de Gastroenterologia - ULS Castelo Branco

Introdução: As lesões gástricas devem ser reavaliadas enquanto não se obtém resolução endoscópica ou diagnóstico definitivo. Um dos diagnósticos diferenciais são os tumores neuroendócrinos, que são definidos como raros. A sua abordagem é multidisciplinar e o seu tratamento/orientação variável de acordo com o grau e tamanho.

Caso: Mulher, 63 anos, autónoma. Para estudo de epigastralgias foi submetida a uma EDA, onde foram observadas várias lesões erosivas no corpo e antro. Foi medicada e orientada para reavaliação posterior. Por manutenção das alterações endoscópicas foi referenciada a consulta hospitalar.

Após uma primeira reavaliação endoscópica, que demonstrou gastrite erosiva e prega polipóide com histologia inconclusiva, a doente foi novamente submetida a endoscopia. Foram identificadas várias erosões do corpo, a maior com 10mm, e uma prega polipoide, que foi biopsada. As amostras histológicas permitiram diagnosticar um tumor neuroendócrino do corpo gástrico (G1).

A doente foi submetida a estadiamento com ecoendoscopia diagnóstica, PET e análises com marcadores tumorais. Na ecoendoscopia, no corpo gástrico foram observadas 3 lesões subepiteliais, arredondadas, hipocogénicas e homogêneas, localizadas na mucosa e submucosa, com 10, 7 e 6 mm, e sem adenopatias adjacentes. Analiticamente, apresentava aumento da cromogranina A. Na PET (DOTANOC-Ga68), observou-se uma hiperexpressão de recetores para a somatostatina no corpo gástrico.

Por se tratar de uma doente, relativamente, jovem, com bom estado geral e com várias lesões pequenas, decidiu-se avançar para tratamento endoscópico. A doente foi submetida a mucosectomia por bandas. As amostras histológicas evidenciaram os três tumores neuroendócrinos (com marcação para Cromogranina A e Sinaptofisina), o maior com 1,5 cm, G2 e com excisão endoscópica completa.

Na reavaliação endoscópica, aos 6 meses de follow up, identificou-se algumas erosões que foram biopsadas. A histologia apenas evidenciou hiperplasia. Neste sentido, foi pedida nova PET que não apresentou marcação de recetores de somatostatina na parede gástrica.

Atualmente, a doente mantém-se assintomática e em seguimento.

Conclusão: Com este caso pretende-se demonstrar a importância da reavaliação de lesões gástricas; demonstrar abordagem de tumores neuroendócrinos gástricos e possibilidade curativa com terapêutica endoscópica.

Nota: Caso acompanhado com imagens de en-

doscopia, ecoendoscopia, histologia, mucosectomia por bandas e PET.

IE 03

UTILIZAÇÃO DE STENTFIX OTSC® (OVER-THE-SCOPE-CLIP) PARA FIXAÇÃO DE PRÓTESES ESOFÁGICAS

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

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

A terapêutica endoscópica de estenose esofágica com utilização de próteses metálicas autoexpansíveis é um procedimento rápido e seguro, no entanto, a sua eficácia a longo prazo pode ser condicionada pela sua migração. Descrevemos dois casos de utilização de prótese esofágica, fixada com stentfix OTSC®.

Doente do sexo masculino, com neoplasia inultrapassável do esófago distal, estadio IV. Decidido em reunião de grupo multidisciplinar pela colocação de prótese esofágica com intuito paliativo. Colocou-se prótese esofágica autoexpansível totalmente coberta (WallFlex™ Esophageal 23 x 105 mm, Boston Scientific), em doente sob anestesia geral, com controlo fluoroscópico. Procedeu-se posteriormente à fixação na extremidade proximal da prótese com stentfix OTSC® (Ovesco Endoscopy).

O segundo caso refere-se a doente do sexo masculino, 61 anos, com antecedentes de gastrectomia total com reconstrução em Y-de-Roux, que apresentava episódios recorrentes de vômitos pós-prandiais. A endoscopia digestiva alta mostrou estenose da anastomose esófago-jejunal, aos 40 cm da arcada dentária. Realizou cinco dilatações com balão through-the-scope, sem resolução. Sob controlo fluoroscópico e em doente sedado, foi colocado fio-guia na ansa jejunal eferente, com posterior colocação de prótese esofágica totalmente coberta (WallFlex™ Esophageal 23 x 105 mm, Boston Scientific), sendo feita fixação proximal com stentfix OTSC®

(Ovesco Endoscopy).

Não se registaram complicações imediatas. Os doentes iniciaram dieta líquida às 24h, com boa tolerância e progressão.

A conformação arredondada do stentfix OTSC® adapta-se à anatomia do trato gastrointestinal, permitindo uma fixação simplificada da prótese e mucosa adjacente, sem condicionar obstrução luminal à passagem dos alimentos. A utilização do stentfix OTSC® parece associar-se a menor taxa de migração de próteses metálicas cobertas, a verificar-se em estudos de follow-up.

IE 04

DRENAGEM ALTERNATIVA DA VIA BILIAR: HEPATICOGASTROTOSTOMIA

Diana Ramos; Marisa Linhares; Flávio Pereira; Ana Caldeira; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Bahudo
Serviço de Gastrenterologia - ULS Castelo Branco

Introdução: A obstrução biliar maligna é uma complicação comum de neoplasias pancreáticas avançadas. A drenagem da via biliar é, portanto, uma intervenção paliativa que melhora a qualidade de vida, os sintomas relacionados com a obstrução biliar e evita a rápida deterioração clínica.

A drenagem biliar por via ecoendoscópica é uma alternativa disponível e várias vias de acesso à via biliar têm sido descritas.

Descrição do caso: Homem de 64 anos com diagnóstico de adenocarcinoma da cabeça do pâncreas a condicionar ectasia marcada das vias biliares intra-hepáticas, com hiperbilirrubinémia marcada.

Tentativa de CPRE para drenagem da via biliar não conseguida por infiltração neoplásica do duodeno.

Procedeu-se à abordagem da VB intra-hepática por ecoendoscopia – hepaticogastrostomia. Utilizando ecoendoscópio posicionado no corpo alto, puncionou-se a VB intra-hepática esquerda com agulha 19G access cook. Através do canal da agulha aspirou-se com seringa conteúdo

muco-biliar e introduziu-se fio-guia ao longo da via biliar. Através do fio guia progrediu-se uma cânula 5 Fr e injetou-se contraste, confirmando por fluoroscopia, o adequado posicionamento na VB intra-hepática ectasiada. De seguida dilatou-se o trajeto com dilatador 7 Fr. Por fim, introduziu-se o cateter da prótese através do trajeto e procedeu-se à libertação gradual da prótese metálica semi-coberta com 8 cm de comprimento e 10 mm de diâmetro, sob visualização radiológica. No final do procedimento constatou-se por visão endoscópica, prótese bem posicionada no corpo alto com drenagem de líquido biliar.

Não se registaram complicações e registou-se melhoria significativa da hiperbilirrubinémia

Conclusão: A drenagem da via biliar pode ser feita por CPRE, por via ecoendoscópica, via percutânea ou cirúrgica. A drenagem por via ecoendoscópica era usada como opção de resgate quando a CPRE falhava/não era possível. No entanto, apesar da necessidade de experiência técnica, cada vez mais se defende que esta abordagem também pode ser usada como método de primeira linha para a drenagem biliar. Várias vias de acesso ao trato biliar por ecoendoscopia têm sido descritas (quer abordagem extra ou intra-hepática).

Apresentamos este caso por se tratar de uma técnica diferenciada e ainda pouco praticada. Começam a crescer os relatos de hepaticogastrostomias, mostrando o seu perfil de eficácia e segurança. Apesar de requerer habilidade técnica, é uma alternativa a considerar para drenagem intra-hepática paliativa biliar.

IE 05

UMA LESÃO PLANA DO CÓLON INESPERADA

Eduardo Dantas; Mariana Coelho;
Cristiana Sequeira; Inês Santos; Cristina Teixeira;
Cláudia Cardoso; Ana Paula Oliveira
Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

Os autores reportam o caso de um homem de 79 anos referenciado à consulta de Gastroenterologia por quadro clínico com 2 meses de evolução caracterizado por dor abdominal difusa e alterações do trânsito intestinal com predomínio de obstipação. Negava história familiar de cancro colorretal. Ao exame objetivo apresentava bom estado geral, com abdómen mole e depressível, indolor à palpação. Para investigação do quadro foi solicitada colonoscopia, que mostrou a nível do cólon transverso proximal lesão plana Paris 0-IIa com cerca de 25 mm, com áreas de hiperémia e sem alteração do padrão de criptas ou da distribuição vascular sob luz branca e NBI, tendo sido realizadas biópsias que revelaram alterações compatíveis com linfoma extra-nodal da zona marginal do tecido linfóide associado às mucosas (MALT). Realizou posteriormente biópsia óssea e aspirado medular, endoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada do pescoço, tórax, abdómen e pélvis, sem evidência de lesões à distância, estando atualmente proposto para início de quimioterapia.

O linfoma MALT do cólon é uma entidade rara, correspondendo apenas a 2.5% de todos os linfomas MALT. A apresentação clínica é variável, podendo variar desde assintomática até hemorragia digestiva baixa grave. Dada a sua raridade, não existe terapêutica padronizada, sendo a ressecção endoscópica, cirúrgica ou quimioterapia as opções mais utilizadas.

IE 06

AN INCIDENTAL DIAGNOSIS OF ASYMPTOMATIC APPENDICITIS DURING COLONOSCOPY

Rui Mendo¹; Catarina Félix¹; Catarina O'Neill¹;
Pedro Figueiredo^{1,2}; Cristina Chagas¹

¹Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal; ²Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

A 60-year-old man underwent an elective colonoscopy due to change in bowel habits. He denied abdominal pain, anorexia, nausea, vomiting or fever. He had no past relevant medical or surgical history. His physical exam was normal. He underwent an uneventful colonoscopy that was unremarkable except for an enlarged and edematous appendiceal orifice bulging into the cecal lumen. Using biopsy forceps, it was possible to trigger a purulent drainage out of the appendicular orifice, compatible with suppurative appendicitis.

Endoscopic diagnosis of asymptomatic early acute appendicitis is exceedingly rare. Gastroenterologists need to be aware of this potential diagnosis during colonoscopy as well as its endoscopic appearance, so that prompt appropriate management can be initiated.

We present this case and the respective video iconography given the particularity of the endoscopic finding.

IE 07

LITOTRÍCIA COM LASER GUIADA POR COLANGIOSCOPIA NO TRATAMENTO DE DOENTE COM SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO II

Marta Moreira¹; João Fernandes¹; Tarcísio Araújo¹; Jorge Canena^{2,3}; Luís Lopes^{1,5,6}

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

Neste vídeo apresentamos uma doente com 87 anos, com litíase vesicular, referenciada para CPRE por colangite no contexto de coledocolitíase.

Na CPRE, observou-se uma estenose com 5 mm na porção distal do hepático comum, com dilatação do ducto hepático comum e das vias biliares intra-hepáticas (VBHs) a montante; a estenose era causada por um cálculo impactado no ducto cístico [Síndrome de Mirizzi]. Na colangiografia observou-se ainda empedramento do colédoco, medindo o maior cálculo 12 mm. Foi realizada esfínterectomia biliar seguida da remoção de todos os cálculos do colédoco e colocada prótese plástica duplo pigtail, com 7Fr x 7 cm, com drenagem biliar satisfatória.

A colangio-RM efetuada posteriormente confirmou o diagnóstico de síndrome de Mirizzi, demonstrando o cálculo localizado na região infundíbulo-cística, com cerca de 25 mm.

Dadas as múltiplas co-morbilidades da doente, foi decidido não realizar colecistectomia, optando-se por terapêutica endoscópica (litotricia com laser). Na colangioscopia com SpyGlass observou-se um cálculo com 20 mm impactado numa fístula entre o ducto cístico e o ducto hepático comum; este cálculo condicionava oclusão completa do lumen dos dois ductos. Procedeu-se à

litotricia do cálculo com laser Holmium, seguido da remoção dos fragmentos. Após a remoção do cálculo, observou-se o trajeto fistuloso, que envolvia menos de um terço da circunferência do ducto hepático (Mirizzi tipo II).

A doente apresentou evolução clínica favorável, tendo tido alta quatro dias após o procedimento. O síndrome de Mirizzi é uma complicação rara da litíase vesicular. A CPRE permite a resolução da icterícia através da colocação de prótese e em alguns casos, a remoção do cálculo do ducto cístico. A maioria dos doentes são normalmente tratados cirurgicamente.

O uso de litotricia laser guiada por colangioscopia com o sistema Spyglass, foi descrito recentemente no tratamento de doentes com síndrome de Mirizzi tipo I.

Este é o primeiro caso de litotricia com laser guiada por colangioscopia num síndrome de Mirizzi tipo II.

IE 08

PRÓTESE DE APOSIÇÃO LUMINAL (HOT-AXIOS) NO TRATAMENTO DE ESTENOSE DUODENAL PÉPTICA REFRACTÁRIA

Marta Moreira¹; João Fernandes¹; Tarcísio Araújo¹; Jorge Canena^{2,3}; Luís Lopes^{1,5,6}

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

Neste vídeo apresentamos um homem de 77 anos, com antecedentes de úlcera duodenal, internado através do serviço de urgência por vômitos pós-prandiais tardios. Na endoscopia digestiva alta (EDA) observou-se uma estenose punctiforme no vértice bolbar. Foram realizadas várias sessões de dilatação com balão sem sucesso técnico ou clínico. Durante as sessões de

dilatação procedeu-se à injeção de contraste através da estenose, permitindo verificar que a estenose tinha uma extensão longitudinal de < 5 mm. Dadas as características e localização da estenose optou-se por colocar prótese de aposição luminal, Hot Axios (Boston Scientific) com 15 mm de lúmen e 10 mm de sela sob controlo endoscópico-fluoroscópico. A doente teve boa tolerância à reintrodução da dieta, sem recorrência de vômitos.

Justificação: A obstrução do segmento antro-duodenal é uma complicação rara da doença ulcerosa péptica. O tratamento de estenoses gastrointestinais (GI) benignas curtas refratárias aos tratamentos endoscópicos (por exemplo dilatação por balão e próteses metálicas autoexpansíveis totalmente cobertas) é desafiante. As próteses metálicas de aposição de lúmen (LAMS), originalmente desenvolvidas para acesso e drenagem de coleções pancreáticas, estão sendo utilizadas de forma off-label para o tratamento de estenoses curtas do tubo digestivo. Existem muitos poucos casos de estenoses duodenais pépticas tratadas com próteses de aposição luminal.

IE 09

HEMORRAGIA SIGNIFICATIVA POR GIST GÁSTRICO – UM DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO?

Sofia S. Mendes; Tiago Leal; Pedro Antunes; Margarida Gonçalves; Ana Célia Caetano; Raquel Gonçalves
Hospital de Braga

Homem de 61 anos, com antecedentes de insuficiência venosa periférica e dislipidemia, medicado cronicamente com bioflavonoides e pravastatina é trazido ao serviço de urgência por episódio de hematemeses. Referia dor abdominal epigástrica, vômitos alimentares e anorexia desde há 3 dias. Apresentava-se hemodinamicamente estável. Analiticamente verificou-se uma queda do valor de hemoglobina de 4,3 g/dL em 24h até um valor de 9,6 g/dL (ref. 13 –

18 g/dL). Foi medicado com procinético e bólus de esomeprazol e submetido a endoscopia alta que revelou, na parede posterior do corpo gástrico distal, lesão subepitelial de contorno esférico com 5 cm, com ulceração com 2 cm com hemorragia em jato. Foi realizado tratamento endoscópico com injeção de adrenalina diluída (1:10 000) nos bordos da úlcera e aplicação de 4 clips seguida de hemospray® com hemostase eficaz. Atendendo ao aspeto endoscópico sugestivo de tumor do estroma gastrointestinal (GIST) foram realizadas biópsias sobre biópsias do bordo da úlcera. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica revelou um nódulo na parede posterior do estômago com 5 cm e captação heterogénea de contraste, sem evidência de doença à distância. As biópsias endoscópicas foram inconclusivas. Foi submetido a ultrassonografia transendoscópica que identificou lesão heterogénea, predominantemente hipoecóica, com algumas áreas císticas e de limites regulares, na dependência da camada muscular própria do corpo gástrico, compatível com GIST, sem adenopatias peri-lesionais. Dois meses após o episódio hemorrágico é submetido a gastrectomia distal laparoscópica com reconstrução em Bilroth II. O exame histológico da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de GIST pT2 G1 NO RO. Aos 6 meses de seguimento, o doente encontra-se sem evidência de doença. É apresentada uma imagem endoscópica característica de um GIST gástrico cuja manifestação inaugural foi ulceração com hemorragia digestiva significativa tratada endoscopicamente como ponte para a resseção cirúrgica.

IE 10

ENDO-URETEROSCOPIA

Catarina Cunha¹; Susana Mão-de-Ferro²;
Isadora Rosa²; Rodrigo Ramos³;
António Dias Pereira²

¹Serviço de Gastrenterologia – Centro Hospitalar
Universitário do Algarve; ²Serviço de Gastrenterologia
– Instituto Português de Oncologia de Lisboa
Francisco Gentil; ³Serviço de Urologia – Instituto
Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: O uso “off-label” do gastroscópio em situações de diversão urinária com conduto ileal é uma realidade raramente documentada.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente de 45 anos com antecedentes de mul-lerianose da bexiga submetida a exenteração pélvica anterior com anastomose uretero-ileal esquerda. Na sequência de pielonefrite aguda de repetição no pós-operatório precoce, foi constatada estenose da anastomose uretero-ileal cuja resolução passava pela colocação dum cateter ureteral. Contudo, a abordagem ao uréter, quer por via anterógrada quer por via retrógrada com recurso a cistoscópio, revelou-se ineficaz, sendo a extensão do conduto ileal o principal obstáculo encontrado. No sentido de contornar esta dificuldade técnica, foi pedido apoio de Gastrenterologia que, com auxílio de um gastroscópio ultrafino, progrediu pela ostomia até à anastomose uretero-ileal. Sob controlo fluoroscópico, procedeu-se à canulação do uréter com um fio-guia de nitinol e avançou-se um cateter duplo J pela técnica “over-the-wire”.

Conclusão: A iconografia deste caso, exposta em formato de vídeo, tem como intuito realçar a versatilidade da endoscopia digestiva no âmbito da interdisciplinaridade.



Resumos Posters

P 01

ADENOCARCINOMA DO INTESTINO DELGADO EM IDADE JOVEM

Mariana Cardoso; Marta Sousa; Alexandra Martins
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Apresentamos o caso de um homem de 44 anos, fumador e com história de hábitos etanólicos e toxicofílicos (cocaína) suspensos há 1 ano; sem medicação habitual. De salientar história familiar de neoplasia do estômago e do ovário na mãe e do pulmão no avô materno. Internado por quadro de anorexia e perda ponderal não quantificada com dois meses de evolução, e analiticamente com anemia ferropénica (Hemoglobina mínima de 6,0 g/dL). Realizou endoscopia digestiva alta que revelou gastropatia não erosiva; colonoscopia com ileoscopia terminal que não mostrou alterações de relevo; e videocápsula endoscópica onde se observou úlcera bulbar superficial e sangue vivo no duodeno em moderada quantidade, tendo-se constatado retenção de cápsula. Realizou tomografia axial computadorizada abdómino-pélvica que identificou lesão estenosante do jejuno proximal, imediatamente após o ângulo de Treitz, que invadia ansas jejunais contíguas. Assim, realizou enteroscopia de pulsão com extração da cápsula, tendo-se identificado a lesão vegetante de D4, cujas biopsias foram inconclusivas. Evoluiu com quadro de oclusão intestinal e foi submetido a laparotomia urgente com resse-

ção do tumor, que apresentava envolvimento locorreional das primeiras ansas do jejuno, do mesocólon esquerdo e dos vasos mesentéricos inferiores. A histologia confirmou tratar-se de adenocarcinoma G2 pT4aN1 (2/17) R1 (< 1 mm da margem mesentérica) com “budding tumoral”, invasão linfovascular e perineural, e com perda de expressão do MSH2 e MSH6, conferindo alta probabilidade de síndrome de Lynch. Foi discutido em reunião multidisciplinar e proposto para quimioterapia adjuvante e referenciado a consulta de Genética. Atualmente encontra-se assintomático e analiticamente mantém anemia ferropénica (Hemoglobina 10 g/dL), sem outras alterações.

O adenocarcinoma do intestino delgado é uma entidade rara. Apesar dos casos esporádicos serem os mais frequentes, pode associar-se à síndrome de Lynch. A dor abdominal intermitente é a manifestação mais frequente; a apresentação com hemorragia digestiva ou obstrução intestinal ocorre em 1/3 e 1/4 dos doentes, respetivamente.

P 02

SÍNDROME DE MUIR-TORRE: RARA VARIANTE FENOTÍPICA DE SÍNDROME DE LYNCH

Marisa Linhares; Inês Pestana; Diana Ramos; Flávio Pereira; João Dias Pinto; Ana Caldeira; José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Banhudo

Serviço de Gastroenterologia - ULS Castelo Branco

Introdução: A Síndrome de Muir-Torre é um fenótipo autossómico dominante raro. Define-se pela presença de pelo menos um tumor cutâneo sebáceo e um tumor visceral. É considerada uma variante fenotípica da síndrome de Lynch.

Caso: Homem, 66 anos, com bom estado geral. Antecedentes oncológicos: um adenocarcinoma renal em 2003 e um adenocarcinoma do cólon em 2004, submetidos a ressecção cirúrgica e o último a quimioterapia adjuvante. O doente manteve seguimento oncológico até 2013 e teve alta.

Este ano, recorreu ao serviço de urgência por hematemese associadas a vômito. Na endoscopia digestiva alta foi observada uma lesão vegetante, ulcerada e friável na junção esofagogástrica (Siewert II/III). Foram realizadas múltiplas biópsias. A TAC de estadiamento permitiu estadiar a neoplasia num estadio IV, pela evidência de várias lesões metastáticas no fígado. O doente foi orientado para medicina paliativa e iniciou quimioterapia paliativa.

Após algumas semanas, o doente foi internado por colangite secundária a compressão extrínseca hilar em contexto das adenopatias metastáticas. Foi submetido a CPRE para colocação de prótese metálica e evoluiu com respostas clínica e analítica favoráveis.

A revisão do processo do doente à posteriori, revelou que, em 2011 e em 2016, foi submetido à ressecção de duas lesões cutâneas correspondentes a sebaciomas, sugerindo a existência de síndrome de Muir-Torre.

Foi pedido o estudo genético das mutações associadas à síndrome de Lynch (MSH2, MSH6 e

MLH1), e mostrou a presença de mutação no gene MSH2.

Foi efetuado contacto com os familiares para serem referenciados a aconselhamento genético.

Ao longo dos últimos meses, o doente manteve tratamento com quimioterapia paliativa com preservação de estado geral e qualidade de vida. No entanto, nas últimas semanas o doente apresentou evolução da doença.

Conclusão: A Síndrome de Muir-Torre é rara e, na maioria das vezes, associada à mutação no MSH2. Esta mutação confere maior instabilidade de microssatélites, comparativamente às outras mutações, explicando a severidade desta síndrome em relação à Síndrome de Lynch. Pretende-se reportar este caso pela sua raridade e salientar a importância do enquadramento global oncológico dos doentes. O follow up oncológico é essencial para diagnosticar potenciais condições genéticas e, assim, poder reduzir a frequência de desfechos oncológicos como neste caso.

Nota: Caso acompanhado por imagens endoscópicas, histológicas, imagiológicas e CPRE.

P 03

HEPATITE E AGUDA NUM AMBIENTE DE AUTOIMUNIDADE

Luísa Martins Figueiredo; Mariana Ferreira Cardoso; Joana Carvalho e Branco; Luís Carvalho Lourenço; Alexandra Martins

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Mulher de 47 anos, caucasiana, com história de pancolite ulcerosa medicada com azatioprina desde 2013, em remissão; diabetes autoimune latente do adulto; tiroidite autoimune com hipotireoidismo e hipertensão arterial essencial, medicadas em conformidade. Sem hábitos alcoólicos, tabágicos ou toxicofílicos. Por quadro de prurido (com provas hepáticas normais), foi observada por Dermatologia, Alergologia e Hematologia, sem identificação da causa. Após 4 meses, foi admitida no Serviço de Gastroenterologia por ic-

terícia e colúria com 1 mês de evolução. Negava consumo de suplementos alimentares ou produtos de ervanária e viagens ao estrangeiro. Analiticamente com Hb 12 g/dL, plaquetas 616000/uL, INR 1.3, AST 106 U/L, ALT 121 U/L, FA 160 U/L, gGT 74 U/L, bilirrubina total 8.41 mg/dL, bilirrubina direta 6.60 mg/dL, LDH 267 U/L, PCR 0.52 mg/dL. Ecografia abdominal sem alterações. Do estudo etiológico, a destacar: Anti-VHC, AgHBs, AcHBs, AchBc, Anti-VHA total, Anti-VHE IgG e IgM negativos; Anti-EBV IgM negativo e IgG positivo; Anti-CMV IgM negativo e IgG positivo; A1AT normal; Ferritina 209; Cobre urinário 24 ug/24h; AMA, ANA, ASMA negativos; Imunoglobulinas normais; ácidos biliares 194 umol/L; CA 19.9 88; CEA 6.83 ng/mL. Tratando-se de uma doente imunossuprimida com alteração das provas hepáticas, foi pedido RNA de VHE para exclusão de hepatite E crónica e foi suspensa azatioprina. Realizou ColangiORM que relevou coledocolitíase (4 mm) sem dilatação das vias biliares, tendo sido submetida a CPRE para extração do cálculo, ficando-se com a impressão de que o mesmo não era obstrutivo e não parecia justificar o quadro clínico. O RNA de VHE foi positivo no soro (RT-PCR), não permitindo identificação de genótipo, e negativo nas fezes (colheitas intervaladas de 20 dias). Por manter icterícia, realizou biópsia hepática, que foi compatível com hepatite vírica aguda sem colesta-se nem fibrose; a pesquisa de RNA de VHE foi também positiva. A referir ainda quadro de anemia multifatorial com componente hemolítico, autolimitada. Verificou-se melhoria espontânea progressiva clínica e analítica nos 2 meses subsequentes. Não se identificaram fatores de risco para infeção a VHE. Assumiu-se assim hepatite aguda a VHE em doente imunossuprimida. Apresentamos este caso por se tratar de um diagnóstico desafiante e que poderia facilmente ter passado despercebido, de uma entidade que tem ganho atenção crescente nos últimos anos, sendo provavelmente subdiagnosticada.

P 04

Trabalho retirado

P 05

ANEURISMA MICÓTICO – UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA E OBSTIPAÇÃO

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

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

Homem de 83 anos, autónomo, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por hematemese. Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, emagrecido, com abdómen indolor e sem sopros. Analiticamente apresentava hemoglobina 11 g/dL.

Referia quadro com 10 meses de evolução de obstipação, dor abdominal generalizada, vómitos, anorexia e emagrecimento involuntário, com múltiplas vindas ao SU. Antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial, hiperplasia benigna da próstata e tabagismo.

Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) de urgência com evidência de laceração sugestiva de Mallory-Weiss do cardia, com hemorragia em toalha. Efetuada hemostase com aplicação de dois clips, seguida de injeção com adrenalina e polidocanol. Por recorrência da hemorragia ao 5º dia de internamento, repetiu EDA, com achados sobreponíveis.

Ao 9º dia de internamento, apresentou episódio de hemorragia digestiva alta grave, com instabilidade hemodinâmica e choque hipovolémico. A tomografia axial computadorizada revelou presença de fístula aorto-entérica (FAE) e aneurisma micótico da aorta abdominal com 3,5 cm. Foi realizada intervenção cirúrgica urgente, tendo-se confirmado o diagnóstico e realizado reparação cirúrgica. Verificou-se a existência de plastron inflamatório que englobava cólon descendente, condicionando estenose deste, e

duodeno, ao nível do ângulo de Treitz.

A clínica justifica-se pela obstrução intestinal induzida pelo plastron inflamatório e por eventual compressão duodenal induzida pela dilatação aneurismática. Destacamos a raridade da apresentação clínica de um caso de FAE primária e de aneurisma micótico da aorta abdominal, que se caracterizou pela cronicidade de quadro de obstipação, anorexia e emagrecimento, sugestivo de neoplasia.

P 06

ÚLCERA DA DOENÇA DE BEHÇET COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

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

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

Mulher de 64 anos, com antecedentes pessoais de doença de Behçet, recorre ao Serviço de Urgência por episódio súbito de urgência defecatória, seguida de hematoquezia de sangue vivo e coágulos. Sem outros sintomas acompanhantes.

A endoscopia digestiva alta de urgência não mostrou alterações. Realizou colonoscopia total, onde se evidenciava, no cólon descendente, duas úlceras com hematina aderente, diametralmente opostas, com cerca de 20 mm, escavadas e com bordos regulares. O estudo anátomo-patológico foi compatível com úlcera de Behçet. A doente foi medicada com colchicina, sem recidiva hemorrágica. A enteroscopia por cápsula mostrou erosão no íleon terminal.

A frequência de envolvimento gastrointestinal na doença de Behçet é muito variável e os sintomas dependem da gravidade da vasculite. O íleon terminal e cego são as áreas mais frequentemente afetadas, podendo acometer qualquer segmento do trato digestivo, de forma focal ou difusa, podendo manifestar-se como hemorragia digestiva maciça e, em alguns casos, como perfuração intestinal.

P 07

INGESTÃO VOLUNTÁRIA DE CÁUSTICO E ESTENOSE GÁSTRICA ISOLADA: UMA RARA COMPLICAÇÃO

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

A ingestão de produtos cáusticos constitui uma emergência médica com elevada taxa de morbi-mortalidade associada. A gravidade das lesões pode variar desde ligeiras queimaduras orofaríngeas até necrose transmural do esófago e estômago, culminando em último caso em perfuração e morte. A estenose gástrica isolada constitui uma rara complicação. Os autores reportam o caso clínico de um doente do sexo masculino de 58 anos que foi admitido no serviço de urgência após intoxicação voluntária com produto cáustico ácido. À admissão na sala de emergência apresentava-se consciente mas pouco colaborante, com sonda naso-gástrica com drenagem de conteúdo alimentar acastanhado, sem vestígios hemáticos. Apresentava ligeiro eritema generalizado da orofaringe, mas sem edema associado. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, e com discreta elevação da proteína C-reativa. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou várias erosões esofágicas, com mucosa gástrica e duodenal revestida por hematina, com algumas úlceras superficiais da mucosa (classificação de Zargar 2A). O doente foi admitido em internamento para vigilância e terapêutica, tendo cumprido 7 dias de antibiótico de largo espectro, com início e progressão da dieta sem intercorrências. Teve alta assintomático, a tolerar dieta e medicado com inibidor da bomba de prótons. Duas semanas após a data da alta o doente iniciou episódios de vômitos alimentares. Foi realizada EDA onde se evidenciou mucosa esofágica com erosões lineares fibrinosas e edema ligeiro na

porção distal, apresentado o estômago contendo de estase, com ulceração circunferencial do antro e com extensão parcial ao piloro, com piloro edemaciado, não franqueável com o endoscópio standard. Conseguida progressão até à segunda porção do duodeno com o endoscópio ultrafino, não se verificando lesões da mucosa. Tentativa posterior de dilatação da estenose pilórica com balão through-the-scope sem sucesso, não se conseguindo franquear a lesão após a terapêutica. Proposta jejunostomia de alimentação mas doente recusou. Efectuada tomografia computadorizada abdominal e pélvica que não demonstrou estenoses adicionais nem trajectos fistulosos. O doente foi submetido a gastrectomia subtotal com montagem em Y de Roux, permanecendo até à data assintomático. O diagnóstico precoce e intervenção cirúrgica são fundamentais para a terapêutica de estenoses causticas gástricas, eliminando o risco a longo prazo de malignização.

P 08

UMA CAUSA INESPERADA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Fábio Correia; Rita Carvalho; Joana Branco; Luís Lourenço; David Horta; Alexandra Martins
Serviço de Gastrenterologia. Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Apresentamos o caso de um homem, 57 anos, admitido na sala de reanimação por hematemeses. O doente referia episódios intermitentes de dor abdominal associada a melenas com 3 meses de evolução; tinha história de anemia ferropénica, tendo realizado exames endoscópicos que não apresentavam alterações. Destacam-se ainda como antecedentes hábitos alcoólicos (~20 g/dia) e tabágicos (35 UMA), AVC isquémico e doença arterial periférica, encontrando-se medicado com ácido acetilsalicílico, atorvastatina e pentoxifilina. À admissão apresentava instabilidade hemodinâmica (PA 87/49 mmHg, FC 117bpm) e sangue digerido na sonda nasogástrica. Analiticamente com Hb 6.4g/dL, sem

outras alterações de relevo. Procedeu-se à realização de EDA que mostrou apenas pequena ulceração superficial ao nível da transição esófago-gástrica. Após estabilização hemodinâmica, o doente foi internado para prosseguir investigação. No dia seguinte realizou colonoscopia até ao cólon transverso, que mostrou abundante conteúdo hemático com coágulos, sem se evidenciar causa de hemorragia. Por não apresentar rendimento transfusional (mantinha Hb de 6.4 g/dL) e clinicamente, apesar de PA estável, manter taquicardia, optou-se por repetir a EDA que não objetivou foco hemorrágico ativo ou recente. Desta forma, prosseguiu-se para a realização de angio-TC abdominal, que revelou volumoso aneurisma da aorta abdominal infrarenal, com áreas sugestivas de hemorragia recente e com uma ansa de jejuno sem plano de clivagem com a formação aneurismática, sugestivo de fístula aorta-entérica (FAE). Após discussão com a Cirurgia Vasculuar, o doente foi submetido a cirurgia, na qual se visualizou aneurisma da aorta abdominal com FAE ao nível da 4ª porção do duodeno, tendo sido colocada prótese aórtica com sucesso.

A FAE corresponde a uma comunicação entre a aorta e o trato gastrointestinal, geralmente o duodeno, tratando-se de uma causa rara e potencialmente fatal de hemorragia digestiva. Pode ser classificada como primária - em doentes com aneurisma da aorta - ou secundária (mais frequente) - em doentes com intervenções aórticas prévias. A hemorragia digestiva é a apresentação mais comum, que pode variar desde intermitente, com episódios autolimitados, a hemorragia catastrófica. Este caso de FAE primária representa uma causa rara de hemorragia digestiva, cujo diagnóstico e tratamento atempados evitaram um desfecho potencialmente fatal, lembrando-nos da necessidade de um elevado grau de suspeição para esta patologia.

P 09

UMA CAUSA INESPERADA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO DOENTE CIRRÓTICO

Catarina Frias Gomes¹; Lídia Ramos¹; Joana Nunes¹; João Cassis²; Gonçalo Luz³; Luísa Glória¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo;

²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Beatriz Ângelo; ³Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A principal causa de hemorragia digestiva alta (HDA) na cirrose hepática está relacionada com hipertensão portal, com poucos casos descritos na literatura de HDA por tumores do estroma gastro-intestinal (GIST).

Caso clínico: Mulher de 74 anos, com cirrose hepática por vírus de hepatite C (VHC). Iniciou tratamento com glecaprevir-pibrentasvir em julho de 2020. Sem episódios prévios de descompensação até agosto de 2020, altura em que desenvolve ascite de novo. A paracentese diagnóstica revelou gradiente soro-ascítico de albumina > 1.1 g/dL e citologia negativa para células neoplásicas. Realizou ecografia abdominal, no contexto de rastreio de CHC, que mostrou lesão heterogénea de 87 x 71 mm, infra-hepática esquerda, de ponto de partida indeterminado. A TC abdomino-pélvica revelou lesão nodular sólida (75 x 86 mm), em íntima relação com a grande curvatura gástrica, provável GIST gástrico. Enquanto aguardava discussão em reunião multidisciplinar, recorreu ao serviço de urgência por hematemese. À admissão com hipotensão e taquicardia associada, encefalopatia grau II (Child B MELD 13). Analiticamente com anemia agudizada (Hb 5.4 g/dL), lesão renal aguda pré-renal (creatinina 1.4 mg/dL, ureia 60 mg/dL – AKI 1A). Fez endoscopia digestiva alta que relevou volumosa lesão subepitelial do corpo alto, com úlcera de 6 mm e coágulo aderente, sem varizes gástricas. A remoção do coágulo, desencadeou hemorragia pulsátil de alto débito, apenas controlada com Hemospray®. Nesta altura, pela descompensação da doença hepática, foi suspensa a terapêutica anti-viral.

Considerando o risco de recidiva hemorrágica grave e ponderando o risco cirúrgico do doente cirrótico com hipertensão portal, a doente foi proposta para ressecção gástrica (score de Mayo 7 dias: 6.1%). Após otimização da doença hepática com resolução da encefalopatia e da lesão renal a doente foi submetida a ressecção atípica gástrica. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta após 14 dias de internamento. O resultado anatomo-patológico confirmou a hipótese de GIST (pT3). A carga viral do VHC foi negativa, após 1 mês de suspensão do tratamento.

Conclusão: Com o presente caso pretendemos ilustrar uma causa incomum de hemorragia digestiva grave no doente cirrótico além da rotura de varizes, e realçar a importância da discussão multidisciplinar quando a cirurgia é a terapêutica de primeira linha na recidiva hemorrágica, particularmente neste grupo de doentes com elevado risco cirúrgico.

P 10

MENINGITE BACTERIANA

– UMA COMPLICAÇÃO RARA DA COLOCAÇÃO DE PRÓTESE ESOFÁGICA

Catarina Nascimento; António Oliveira; Bárbara Morão; Catarina Gomes; Catarina Gouveia; Carolina Palmela; Alexandre Ferreira; Rui Loureiro; Joana Nunes; Salomão Fernandes; Paulo Rodrigues; Luísa Glória
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A colocação de próteses esofágicas está recomendada na palição da disfagia em doentes com neoplasias do esófago inoperáveis. Contudo, este procedimento associa-se a efeitos adversos como a hemorragia, perfuração, dor ou formação de fístulas.

Caso clínico: Homem de 60 anos, ex-fumador, com hábitos alcoólicos (100g/dia), diagnosticado com carcinoma pavimento-celular do esófago médio em 2018. Progressão da doença à distância sob QRT, pelo iniciou QT paliativa. Em 2020, agravamento clínico com disfagia, colo-

cando-se prótese esofágica parcialmente coberta (comprimento 155 mm), sem intercorrências imediatas. Após 2 meses, recorreu ao SU por dor dorsal com 3 dias de evolução, sem traumatismo associado. À admissão, estava febril, desorientado e com rigidez da nuca. Analiticamente, com leucocitose $33.720/\text{mm}^3$ e PCR 34.88 mg/dL . Efetuada punção lombar com drenagem de líquido cristal de rocha, exame citoquímico com proteinorraquia 542 mg/dL , leucorráquia > 150 células (predomínio PMN) e glicose 37mg/dL . As hemoculturas foram positivas para *Parvimonas micra*. TC da coluna dorsal mostrou colapso do corpo vertebral de D12 com múltiplos traços de fratura não consolidados, estenose canal central com provável compressão medular a este nível. Observava-se descontinuidade na margem superior da prótese esofágica, com comunicação entre o esôfago e o pulmão direito e componentes gasosos estendendo-se ao espaço paravertebral D2, ao canal de conjugação D1-D2 esquerdos e múltiplos componentes milimétricos com densidade gasosa no espaço intra-raquidiano. A RM crânio mostrou exsudados infecciosos extra-axiais e coleções de natureza infecciosa. Assumido quadro de meningite bacteriana em relação com fistula esofágica com comunicação com o espaço intra-raquidiano. Admitindo-se a comunicação esofágica como porta de entrada, foi colocada uma segunda prótese metálica esofágica totalmente coberta. O doente esteve inicialmente sob nutrição parentérica, progredindo para dieta oral com boa tolerância. Contudo, registou-se agravamento neurológico, analítico e imagiológico, não sendo candidato a terapêutica cirúrgica. Privilegiaram-se medidas de conforto e o doente veio a falecer 2 meses depois.

Discussão: Os autores descrevem uma complicação rara, grave e tardia da colocação de prótese esofágica metálica. O diagnóstico de meningite associada a fistula esôfago-intra-raquidiana exige um elevado grau de suspeição, principalmente em doentes imunodeprimidos.

P 11

TWO BIRDS ONE STONE: UM CASO DE HEPATOCARCINOMA E COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO SÍNCRONOS

Catarina Félix¹; Rui Mendo¹; Catarina O'Neill¹; João Cassis²; Pedro Magalhães Costa¹; Cristina Chagas¹
¹Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; ²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital da Luz

O carcinoma hepatocelular (CHC) e o colangiocarcinoma intrahepático (CCI) são as duas principais neoplasias malignas hepáticas. Contudo, a sua ocorrência síncrona é extremamente rara. Mulher, 66 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do endométrio tratado 15 anos antes e sem evidência de recidiva, é referenciada por 2 nódulos hepáticos de novo no segmento V, de 19 e 30 mm, sugestivos de depósitos secundários (embora o nódulo de maiores dimensões apresentasse características atípicas), em fígado sem aspetos imagiológicos de doença hepática crónica. Após estudo de neoplasia de origem indeterminada inconclusivo, foi realizada biópsia do nódulo de menores dimensões cuja histologia revelou proliferação biliar bem diferenciada, com baixo índice proliferativo, sugestivo de hamartoma biliar, sem se poder excluir colangiocarcinoma bem diferenciado; e biópsia de fígado não tumoral que revelou cirrose hepática. Efetuado estudo de cirrose hepática que mostrou a presença de hepatite B crónica (até então desconhecida), para a qual iniciou terapêutica.

Após discussão em reunião multidisciplinar foi realizada hepatectomia direita e linfadenectomia do hilo. A avaliação histológica mostrou fígado com cirrose com atividade ligeira e 1) nódulo maior (45 mm) correspondendo a CHC moderadamente diferenciado; 2) nódulo menor (30mm) constituído por estruturas tubulares dilatadas com rolhões de bilis, sugestivo de hamartoma dos ductos biliares, com áreas de marcada atipia, com ductos irregulares, compatíveis com áreas de CCI. Gânglios sem metástases.

O caso descrito é exemplificativo de duplo cancro hepático sincrono (CHC e CCI) no mesmo lobo hepático, confirmado por histologia, situação involuntariamente descrita na literatura. Embora raro e maioritariamente descrito em doentes com cirrose hepática com infeção por vírus da hepatite C, deve ser considerado no diagnóstico diferencial pré-operatório. O caso apresentado retrata ainda uma segunda particularidade: o aparecimento de um colangiocarcinoma num hamartoma dos ductos biliares, apontando para a associação destas duas entidades. Por fim, os autores chamam a atenção para a necessidade de biópsia de fígado não tumoral em doentes sem aspetos clínico ou imagiológico de cirrose hepática, uma vez que pode ter implicações na abordagem diagnóstica.

P 12

Trabalho retirado

P 13

Trabalho retirado

P 14

SARCOMA DE KAPOSI ASSOCIADO AO VIH E ENVOLVIMENTO DUODENAL – ACHADO ENDOSCÓPICO INFREQUENTE

Francisco Pires; Ana Carvalho; Sofia Ventura; Pedro Crespo; Juliana Pinho; Diana Martins; Paula Sousa; Ricardo Cardoso; Ricardo Araújo; Eugénia Cancela; Paula Ministro; Américo Silva Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Serviço de Gastrenterologia. Serviço de Doenças Infecciosas

O sarcoma de Kaposi (SK) é uma manifestação da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Quando associado à infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), até um terço dos doentes com lesões cutâneas têm envolvimento visceral, sendo o tracto gastrointestinal o local extra-cutâneo mais comum. O envolvimento gastrointestinal pelo SK é um achado endoscópico raro e o seu diagnóstico é anatomopatológico. Os autores relatam o caso de um doente do sexo masculino com 37 anos, com

diagnóstico de infeção por VIH em Julho de 2019 após aparecimento de lesões cutâneas. As lesões cutâneas correspondiam a lesões de SK e envolviam a face, tronco e membros. Apresentava também lesões de SK na mucosa oral, nomeadamente no palato. Avaliação analítica inicial com imunodepressão grave tendo iniciado terapêutica anti-retroviral. Foi solicitado estudo endoscópico para avaliação de envolvimento do tracto gastrointestinal. Colonoscopia com ileoscopia apresentava íleon terminal com mucosa de aspeto papular e área focal de eritema, observando-se algumas áreas focais de eritema no colon sigmoide e transverso. Exame anatomopatológico com hiperplasia linfóide reactiva da mucosa ileal e mucosa cólica com alterações inflamatórias mínimas, sem evidência de SK. Endoscopia digestiva alta (EDA) apresentava esofagite de grau B (classificação de Los Angeles), estômago com ligeiro eritema da região subcárdica, e duodeno com algumas lesões polipoides avermelhadas infra-centimétricas no bulbo e segunda porção duodenal. Exame anatomopatológico de biópsias esófago-gastro-duodenais evidenciou esofagite inespecífica, gastrite crónica sem actividade e *Helicobacter pylori* negativo, e mucosa duodenal com lesões compatíveis com SK. Foi realizada também tomografia pulmonar onde se verificou também envolvimento pulmonar por SK. O doente iniciou quimioterapia com doxorubicina peguilada e foi repetida EDA cerca de 5 meses após o início da terapêutica, verificando-se a remissão completa das lesões duodenais, constatando-se uma excelente resposta à terapêutica quimioterápica. O SK do tracto gastrointestinal é geralmente diagnosticado por endoscopia com realização de biópsias. A amostra tecidual deve ser adequada uma vez que existe uma elevada taxa de falsos negativos. A terapêutica anti-retroviral constitui a primeira linha em lesões limitadas à pele. Em caso de doença rapidamente progressiva com envolvimento cutâneo extenso e/ou envolvimento visceral, é utilizada terapêutica sistémica.

P 15

Trabalho retirado

P 16

COMPLICAÇÃO RARA NA DOENÇA DE CROHN DO INTESTINO DELGADO

Catarina Frias Gomes¹; Susana Ourô²; João Cassis³; José Alberto Teixeira⁴; Joana Torres¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo

²Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Beatriz Ângelo

³Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Beatriz Ângelo;

⁴Serviço de Oncologia Médica, Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O adenocarcinoma do intestino delgado é mais frequente na doença de Crohn (DC), sendo o carcinoma com células em anel de sinete raro.

Caso clínico: Mulher de 54 anos, fumadora, com DC do intestino delgado, diagnosticada aos 32 anos. Manteve seguimento irregular em consulta de Gastrenterologia, apenas medicada com 5-ASA. Sem complicações da doença até setembro de 2019, quando é internada por quadro sub-oclusivo. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios (PCR 3 mg/dL), hiponatremia (118 mmol/L) e hipoalbuminemia (3,2 g/dL). A TC abdomino-pélvica revelou múltiplos segmentos do intestino delgado estenosados de forma descontínua. Optou-se por abordagem conservadora e início de corticoterapia (60 mg), assistindo-se a uma evolução favorável. A doente foi reavaliada em consulta 2 semanas após a alta, altura em que iniciou azatioprina e desmame de corticoides. Em novembro de 2019 foi re-internada por novo quadro sub-oclusivo, resolvido com terapêutica conservadora. Iniciou nutrição entérica exclusiva, que manteve durante 6 semanas, e programou-se cirurgia eletiva. Em dezembro de 2019, iniciou terapêutica combinada com infliximab, uma vez que analítica e imagiologicamente apresentava sinais de atividade de doença. Em fevereiro de 2020, foi submetida a laparotomia exploradora com ressecções segmentares do

intestino delgado, ileostomia terminal e fístula mucosa de delgado. O pós-operatório foi complicado de ileostomia de alto débito. A anatomia patológica mostrou adenocarcinoma pouco diferenciado do intestino delgado com células em anel de sinete, com 15-20% de diferenciação neuroendócrina (pT3N0), numa estenose de DC. Realizou TC toraco-abdomino-pelvica de estadiamento que revelou um nódulo hepático suspeito, pelo que iniciou QT adjuvante com FOLFOX. Em agosto de 2020 foi submetida a reconstrução do trânsito intestinal e ressecção da lesão hepática. A anatomia patológica mostrou que o nódulo correspondia a um granuloma hepático. Re-iniciou infliximab em setembro de 2020, sem intercorrências. Contudo, em outubro de 2020, após início de febre, tosse e mialgias, teve diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2, pelo que se voltou a interromper a terapêutica com biológico.

Conclusão: Apresentamos um caso de adenocarcinoma em células de anel de sinete do intestino delgado, numa doente com Doença de Crohn de longa evolução e sub-tratada. Realçamos ainda a necessidade de controlar a atividade da Doença de Crohn, apesar do diagnóstico recente de neoplasia.

P 17

UMA CAUSA INESPERADA DE OBSTRUÇÃO DUODENAL: HIPERPLASIA DE GLÂNDULAS DE BRUNNER

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

Introdução: A hiperplasia das glândulas de Brunner é uma condição benigna do duodeno. Frequentemente, é um achado acidental na endoscopia, uma vez que, a maioria dos pacientes são assintomáticos. Raramente podem surgir sintomas/complicações, dependendo da localização ou dimensão do envolvimento de duodeno. Hemorragia gastrointestinal, obstrução e dor abdominal são alguns exemplos de compli-

cações associadas à hiperplasia de glândulas de Brunner.

Objetivo: Apresentação de um caso incomum de hiperplasia de glândulas de Brunner extensa que condicionou obstrução duodenal com necessidade de intervenção cirúrgica.

Caso: Homem de 63 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, internado para estudo de quadro de epigastralgias e vômitos com intolerância alimentar.

A TAC abdominal descrevia dilatação do estômago e bulbo, identificando-se uma diminuição abrupta do calibre da 2ª porção do duodeno para a 3ª. Não havia evidência de pneumoperitoneu ou retroperitoneu.

Foi realizada endoscopia digestiva alta que mostrou a porção proximal de DII com mucosa edemaciada e difusamente congestiva, conformando o aspeto de uma lesão circunferencial que impedia a progressão distal com gastrosκόpio. Realizaram-se biópsias dessa área que revelaram hiperplasia de glândulas de Brunner. O doente manteve-se sob nutrição parentérica e IBP no internamento e, por não tolerar tentativas de re-introdução de dieta oral, foi submetido a uma gastrojejunosomia laparoscópica.

Após a alta manteve vigilância em consulta. Manteve-se assintomático e a tolerar dieta oral. Na vigilância endoscópica aos 2 anos, mantinha congestão e edema da porção proximal de D2, transponível com o gastrosκόpio com alguma dificuldade.

Conclusão: A hiperplasia de glândulas de Brunner pode ter uma apresentação incomum, simulando muitas vezes neoplasias estenosantes. É importante reconhecer esta etiologia como causa de obstrução duodenal, sendo que uma boa avaliação pré-operatória (incluindo biópsias) é necessária para evitar procedimentos cirúrgicos radicais que seriam praticados no caso de suspeita de malignidade.

P 18

POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR – ALÉM DA PROTOCOLECTOMIA

Catarina Cunha; Joana Roseira; Pedro Campelo; Sónia Barros; João Neves; Bruno Peixe; Paulo Caldeira; Horácio Guerreiro
Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A polipose adenomatosa familiar (PAF), síndrome polipoide hereditário mais comumente associado ao cancro colorretal (CCR), tem na sua génese uma mutação germinal do gene APC de transmissão autossómica dominante, sendo a penetrância praticamente completa para o fenótipo gastrointestinal, mas variável em termos de manifestações extraintestinais.

Caso clínico: Apresentamos o caso dum doente de 47 anos de idade diagnosticado com PAF em 2004 e submetido a proctocolectomia com bolsa ileal em 2005. Daí em diante manteve a vigilância preconizada que inclui bolsoscopia e endoscopia alta. Em 2016, detetada lesão periampular com displasia de alto grau que foi alvo de ressecção endoscópica completa. Em 2017, na sequência de quadro de oclusão intestinal realizou tomografia computadorizada (TC) que descrevia “extensa área irregular espontaneamente densa com densidade de tecidos moles na raiz do mesentério”. O doente foi submetido a laparotomia em que se constataram aderências do mesentério jejunal e ileal ao retroperitoneu formando um conglomerado de consistência pétreo. Procedeu-se a lise de bridas e a libertação das ansas de delgado sem, contudo, se realizar biópsia do referido conglomerado. Ainda assim, atendendo ao contexto, tanto a descrição de TC como o relato cirúrgico apontavam para tumor desmoide. No pós-operatório, o doente manteve-se assintomático e na TC de reavaliação havia “estabilidade dimensional da lesão, que apresenta carácter infiltrativo condicionando retração das ansas e envolvimento

do uréter direito com discreta hidronefrose”. Optou-se pela abordagem conservadora com terapêutica sistêmica (tamoxifeno) combinada com estratégia “watchful waiting” relativamente à colocação de duplo J à direita.

Conclusão: Na PAF, além do risco de CCR, substancialmente diminuído com a (proto)colectomia, há um risco permanente de manifestações extra-cólicas cuja natureza, apesar de poder ser benigna, acarreta importante morbimortalidade. O rastreio de tumores desmoides não está previsto na FAP, mas a possibilidade de ocorrerem (síndrome de Gardner) deve ser tida em consideração quer ao longo do seguimento, quer numa apresentação aguda. Se a evolução é comumente insidiosa e assintomática, o aparecimento de sintomas traduz risco iminente relacionado com a compressão e/ou infiltração de estruturas adjacentes. Com este caso pretendemos ilustrar a importância que o conhecimento do espectro duma síndrome tem na correta orientação do doente.

P 19

ISQUEMIA GÁSTRICA: “MORE THAN MEETS THE EYE”

Catarina Cunha; Joana Roseira; Pedro Campelo; Sónia Barros; João Neves; Bruno Peixe; Horácio Guerreiro
Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: Dada a vasta rede vascular do estômago, a isquemia gástrica é uma condição incomum. Da literatura consta uma série de condições que suscetibilizam a sua ocorrência e cuja base assenta, essencialmente, na existência de hipoperfusão sistêmica ou esplâncnica.

Caso clínico: Apresentamos o caso duma doente de 52 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que surge com um quadro agudo de dor abdominal, vômitos e diarreia não sangüinolenta. Objetivamente destacava-se distensão e timpanismo abdominal, bem como dor à palpação tanto superficial como profunda.

Analicamente havia aumento dos parâmetros inflamatórios. Solicitada tomografia computadorizada que revelou “marcada distensão gástrica e de todo o tubo digestivo, pneumatose gástrica, espessamento das ansas jejunoileais e aeroportia”. Efetuada endoscopia digestiva alta em que se observou “ulcerações e friabilidade gástrica, de forma mais proeminente no corpo”. Decidida intervenção cirúrgica, tendo a doente sido submetida a laparotomia exploradora que revelou a existência de neoformação na raiz do mesentério – realizada excisão em bloco de peça de jejuno com tumor e enterectomia segmentar. O exame anatomopatológico foi compatível com tumor fusocelular cujas características morfológicas e imunohistoquímicas apontam para fibromatose do tipo desmoide. A doente encontra-se desde então sob terapêutica sistêmica com tamoxifeno e indometacina, tendo sido já documentada recidiva local.

Conclusão: Os tumores desmoides, nomeadamente os intra-abdominais, são raros, especialmente se se apresentarem na sua forma esporádica. Apesar do seu cariz benigno, estes tumores detêm um marcado poder infiltrativo passível de compressão e/ou invasão de estruturas adjacentes. Ao ilustrar uma apresentação atípica de uma patologia agressiva, pretendemos com este caso alertar para a importância de um diagnóstico diferencial abrangente na isquemia gástrica que surge num substrato aparentemente não propício.

P 20

UMA APLICAÇÃO ALTERNATIVA DE STENTS METÁLICOS LUMEN-APPOSING

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

Introdução: O uso de stents metálicos lumen-apposing (LAMS) na endoscopia tem aumentado ao longo dos anos. Atualmente, a sua utilização na resolução de coleções pancreáticas está bem estabelecida. No entanto, cada vez mais

surgem e são relatadas na literatura outras aplicações de LAMS.

Objetivo: Apresentação de uma aplicação alternativa de LAMS, mostrando a sua utilidade além drenagem de coleções pancreáticas.

Caso: Doente de 80 anos com carcinoma intramucoso do corpo gástrico, submetido a gastrectomia total com esofagojejunostomia. Posteriormente, verificou-se evolução da anastomose para estenose, com intolerância alimentar.

Foram realizadas várias sessões de dilatação com balão da estenose, sem grande sucesso clínico.

Assim sendo, foi colocado um stent lumen-apposing totalmente coberto (Hanarostent® 16 x 40 m) para resolução da estenose da anastomose cirúrgica. Durante 4 meses, o doente manteve-se assintomático e a tolerar dieta oral. Ao fim deste tempo, o doente apresentou novo quadro de intolerância alimentar e constatou-se, com rx de abdômen e EDA, migração distal da prótese e re-estenose de anastomose. A prótese migrada foi eliminada espontaneamente com as dejeções e para resolução de re-estenose foi colocada nova prótese Hanarostent totalmente coberta.

O doente mantém-se assintomático e a tolerar dieta oral.

Conclusão: O uso de LAMS tem sido difundido além drenagem de coleções pancreáticas. Novas indicações para o seu uso são relatadas, sendo que a sua aplicação em situações de estenoses refratárias a outras terapêuticas está descrita. Pretendemos mostrar que o uso de LAMS deve ser considerado como alternativa terapêutica noutras situações, por ser uma opção minimamente invasiva, com baixa morbimortalidade e com bons resultados clínicos. No nosso caso em particular, LAMS mostrou ser uma boa opção terapêutica, sendo que, mesmo tendo-se verificado uma intercorrência, esta acabou por não ter consequências significativas.

P 21

EMPIEMA NECESSITANS ASSOCIADO A FISTULA ESOFAGOPLEURAL – UM CULPADO ANTIGO E SILENCIOSO

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

Mulher de 64 anos com antecedentes de pneumectomia direita por tuberculose pulmonar (aos 14 anos) recorreu ao SU por drenagem espontânea na região infra mamária direita de conteúdo fétido associada a febre, hipersudorese noturna e astenia com uma semana de evolução.

Objetivado orifício de drenagem infra mamário à direita na linha de toracotomia prévia com drenagem de conteúdo purulento, associado a celulite, sem flutuação.

Analicamente com proteína C reativa de 356 mg/L, sem leucocitose. Realizada TC torácica que demonstrou extensa coleção intratorácica à direita, contendo focos de calcificação e líquido espesso com múltiplas bolhas de gás, com trajeto fistuloso espontâneo até à superfície cutânea. Foi iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone e clindamicina.

A baciloscopia foi negativa, assim como a pesquisa de micobactérias na expetoração e pús. No exame microbiológico da fistula foi isolado *Staphylococcus anginatus*, provotella e bacterióides. Manteve drenagem infra mamária purulenta, apesar da melhoria clínica e analítica.

Por persistência dessa drenagem, foram efetuadas TC torácica com contraste oral e broncofibroscopia que não demonstraram, inequivocamente, fístulas para o trato digestivo.

Efetuada endoscopia digestiva alta que permitiu a identificação de orifício largo de fistula esofagopleural, aos 28 cm da arcada dentária superior, com saída abundante de pús, e que foi encerrado com clip Over-The-Scope (OTS). Não havendo, no final do procedimento, evidência de drenagem purulenta.

A doente teve evolução clínica e imagiológica favoráveis, com cessação de drenagem pelo trajeto fistuloso cutâneo.

O empiema necessitans é uma entidade rara que consiste na formação de um abscesso que se inicia no espaço pleural, estendendo-se posteriormente para os tecidos adjacentes. Este caso evidencia uma complicação rara e muito tardia de uma pneumectomia total, salientando-se a importância da terapêutica endoscópica com clip OTS e a complementaridade multidisciplinar na resolução de uma doença aguda grave.

P 22

SÍNDROME DE VON HIPPEL-LINDAU – UM CASO PARADIGMÁTICO

Maria Azevedo Silva; Carina Leal;
Alexandra Fernandes; Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria

Caso clínico: Doente de 36 anos, sexo feminino, sem antecedentes pessoais de relevo, que apresentou quadro com cerca de 2 anos de evolução, com início após o parto, de desconforto epigástrico. Destacam-se os antecedentes familiares de neoplasia renal, colorretal, pancreática, tireoideia e do sistema nervoso central. Para esclarecimento do quadro realizou ecografia abdominal que revelou múltiplos quistos pancreáticos e renais, tendo sido referenciada a consulta hospitalar. Realizou TC e RM abdominais, confirmando as múltiplas formações quísticas, principalmente pancreáticas, as duas maiores com 65 mm na região cefálica e 63 mm na cauda do pâncreas. Foi submetida a ecoendoscopia, com achados sobreponíveis, não se identificando envolvimento do canal pancreático principal ou características suspeitas dos quistos. Atendendo à suspeita clínica, realizou teste genético que identificou a presença da variante patogénica c.351G > A em heterozigotia no exão 2 do gene VHL, confirmando o diagnóstico de síndrome de Von Hippel-Lindau (VHL). Com o fim de excluir outras lesões associadas a esta síndrome, realizou TC crâneo-encefálica

e observação oftalmológica, que não mostram alterações. Foi ainda avaliada pela Urologia, não sendo evidentes alterações suspeitas dos quistos renais. A doente encontra-se assintomática, sob vigilância clínica e imagiológica.

Discussão/justificação: A síndrome de VHL é uma doença genética rara, de transmissão autossómica dominante, que se pode manifestar pela presença de diversos tumores benignos e malignos, entre os quais hemangioblastoma, carcinoma de células renais, feocromocitoma e tumor neuroendócrino (TNE) do pâncreas. Os quistos pancreáticos são frequentes e podem causar desconforto epigástrico. Quando numerosos/volumosos, dificultam a avaliação imagiológica e ecoendoscópica do pâncreas, tornando-se complexa a exclusão de TNE pancreático. Apresenta-se este caso pela raridade da entidade descrita, pela exuberância dos achados imagiológicos, assim como pela importância da suspeição deste diagnóstico perante um quadro clínico sugestivo, permitindo um diagnóstico precoce, com implicações determinantes no aconselhamento genético e no prognóstico destes doentes. O caso encontra-se documentado iconograficamente.

P 23

NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL DA VIA BILIAR EXTRAHEPÁTICA – DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÉUTICO

Maria Azevedo Silva; Carina Leal; Pedro Marcos;
Alexandra Fernandes; Ricardo Martins;
Helena Vasconcelos
Centro Hospitalar de Leiria, Centro Hospitalar
e Universitário de Coimbra

Caso clínico: Homem de 66 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, com queixas de epigastralgias, vômitos e perda ponderal com 3 meses de evolução. Analiticamente destacava-se uma discreta elevação da fosfatase alcalina e marcadores tumorais negativos. Realizou uma TC que levantou a suspeita de lesão no colédoco supra-pancreático. A ca-

racterização por colangio-RM evidenciou amputação do terço proximal do colédoco, colocando as hipóteses de colangiocarcinoma (CC) intraductal e de neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN). Realizou ecoendoscopia que corroborou a presença de espessamento parietal e formação vegetante no colédoco proximal, com conformação de massa, vascularizada, com preenchimento de todo o lúmen, sem invasão duodenal ou vascular. Foi submetido a CPRE, com achados concordantes, que permitiu a obtenção de material citológico e histológico, com recurso a cesta de Dormia. Devido à boa drenagem biliar no fim do procedimento, optou-se por não colocar prótese biliar. A avaliação anatómopatológica (AP) foi compatível com neoplasia papilar intraductal dos ductos biliares extra-hepáticos (IPNB), com displasia de alto grau. A CPRE foi complicada de pancreatite aguda e colangite pós-CPRE, com evolução favorável após terapêutica. O caso foi avaliado em reunião multidisciplinar (RM), tendo-se optado por intervenção cirúrgica. O doente foi submetido a excisão da via biliar média, com extensão ao canal hepático esquerdo (por evidência de invasão no exame extemporâneo), colecistectomia e reconstrução bilio-digestiva em Y de Roux. A AP da peça operatória revelou adenocarcinoma invasor bem diferenciado (G1) do terço médio da via biliar, completamente excisado, desenvolvido em IPNB, de tipo pancreato-biliar, com margens de ressecção com IPNB com displasia de baixo grau (pTNM: T1). O doente encontra-se clinicamente melhorado, a aguardar reavaliação em RM.

Discussão/justificação: Os IPNBs constituem um tipo raro de tumor, descrito como precursor do CC, com semelhanças clínicas e histológicas ao seu correspondente pancreático (IPMN-P). Os IPNBs podem apresentar diferentes fenótipos histológicos, incluindo o tipo pancreato-biliar. Associam-se a riscos variáveis de lesão invasiva. Apresenta-se este caso, iconograficamente

documentado, pela raridade da entidade descrita, pela complexidade da marcha diagnóstica e devido à importância do seu reconhecimento para uma abordagem terapêutica célere, dado o risco de progressão da doença.

P 24

PANCREATITE AGUDA NECROTIZANTE GRAVE E SUAS COMPLICAÇÕES

Moura, D.B.; Flor de Lima, M.; Rebelo, C. C.; Santos, M. P.; Santos, V.; Rego, A.C.; Pereira, J.R.; Nunes, N.; Paz, N.; Duarte, M.A.
Serviço de Gastrenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

Doente do sexo masculino, 50 anos de idade, autónomo, recorreu ao serviço de urgência por epigastralgia, náuseas e anorexia. Negava irradiação da dor, vômitos, febre, icterícia, colúria. Referia consumo de álcool 50 g/dia, terapêutica habitual com bisoprolol por hipertensão arterial e alprazolam por ansiedade. Tabagismo ativo (40 UMA). À observação inicial apresentava dor à palpação profunda dos quadrantes superiores do abdómen, sem irradiação ao dorso. Analiticamente hiperamilasemia (460 U/l), leucocitose com neutrofilia, elevação de proteína C reativa (13 mg/dL). A avaliação por ecografia abdominal revelou globosidade da cabeça do pâncreas com hiperrefletividade da gordura periduodenal, com delaminação líquida envolvente, líquido livre nos recessos peri-hepáticos e periesplénicos. O doente foi admitido em unidade de cuidados intermédios por pancreatite aguda grave – score de Marshall 2. O estudo do líquido ascítico demonstrou elevação do gradiente de albumina seroascítico (1,5 g/dL) e amilase elevada (325 U/l). Realizou TC abdominopélvica que documentou trombose da veia esplénica, porta e eixo esplenomesaraico. Em TC de controlo, verificou-se necrose pancreática, pseudoquisto peripancreático e loculação do líquido ascítico. Houve necessidade de múltiplas drenagens por aumento da pressão intra-abdominal. Verificou-se intercorrência de hemorragia intracolecção abdominal.

Posterior evolução favorável com transformação cavernomatosa da veia porta e redução da dimensão das coleções intra-abdominais.

Os autores apresentam o caso pelo desafio que representam as complicações da pancreatite aguda grave.

P 25

RETORRAGIA PÓS-BIÓPSIA PROSTÁTICA – UM CASO PARTICULAR DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

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

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

Doente do sexo masculino, 57 anos, com antecedentes de síndrome mielodisplásico com trombocitopenia, realizou biópsia prostática por suspeita de cancro da próstata, com retorragia e hematúria autolimitadas no período pós-procedimento. Cinco dias depois recorreu ao serviço de urgência por diarreia abundante com sangue vivo e coágulos. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável, abdómen indolor. Analiticamente verificava-se hemoglobina 15 g/dL com queda de 2,5 g/dL após reavaliação, trombocitopenia 114000 /mcl. Foi colocado balão de algália no reto e insuflado, verificando-se resolução de retorragia.

Realizada retossigmoidoscopia flexível, visualizado abaulamento da parede anterior do reto, com locais de eritema compatíveis com punção para biópsia prostática, sem sinais de hemorragia ativa. Durante o internamento e após remoção de balão de algália do reto não houve recidiva hemorrágica.

Os autores apresentam o caso pela sua singularidade. A retorragia massiva é uma complicação pouco frequente da biópsia prostática que pode ser fatal. As opções terapêuticas incluem tamponamento com balão retal como no caso descrito mas também tratamento endoscópico com adrenalina, escleroterapia ou clip.

P 26

VIGILÂNCIA PÓS-DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA DE DISPLASIA GÁSTRICA – NÃO ESQUECER O DUODENO!

Filipa Bordalo Ferreira; Fábio Correia; Luís Carvalho Lourenço; Mariana Cardoso; Alexandra Martins

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 81 anos, caucasiana, com bom estado geral apesar de múltiplas comorbilidades cardiovasculares.

Foi submetida a disseção endoscópica da submucosa (ESD) de lesão plana 0-IIa de Paris com cerca de 15 mm na face inferior do antro gástrico, com padrão de superfície e vascularização regular por NBI e biópsias com displasia de baixo grau. A anatomia patológica da peça (23 x 22 mm) revelou tratar-se de adenoma tubular com displasia de baixo grau, ressecção endoscópica curativa.

Realizou a primeira vigilância endoscópica aos três meses, observando-se cicatriz pós-ESD sem particularidades e ausência de outras alterações.

Na segunda vigilância endoscópica, um ano após o procedimento, foram identificadas, “de novo”, pápulas esbranquiçadas na mucosa da face anterior e externa da segunda porção do duodeno, cujas biopsias revelaram densa infiltração, na lâmina própria, por células de linfoma não Hodgkin, com padrão folicular, cujo perfil imuno-histoquímico se revelou compatível com linfoma B, folicular, tipo duodenal, grau 1 (OMS). De salientar que não foi documentada infeção por *Helicobacter pylori* (Hp) neste exame nem nos exames prévios. Na sequência deste diagnóstico, iniciou seguimento em Consulta de Hemato-oncologia.

Os doentes submetidos a ESD curativa de “early gastric cancer” (EGC) apresentam alto risco (10 - 20%) de desenvolvimento de lesões gástricas neoplásicas síncronas e metácrônicas. Como

tal, está recomendada vigilância endoscópica (3 - 6 meses após o procedimento e, depois, anualmente), na medida em que permite a identificação precoce destas lesões, possibilitando, quase sempre, uma terapêutica endoscópica curativa. No caso dos doentes submetidos a ESD por displasia gástrica, este risco parece ser semelhante, pelo se recomenda o mesmo esquema de vigilância.

Os casos descritos na literatura de linfoma não Hodgkin e adenocarcinoma do trato gastrointestinal síncronos e metácrónos são raros.

Apresenta-se um caso raro de displasia gástrica e linfoma duodenal metácrónos, não relacionados com infeção por Hp, especulando-se sobre possíveis mecanismos de carcinogénese associados e eventual importância da vigilância endoscópica (para além do risco conhecido de lesões pré-malignas gástricas).

P 27

HÁ MALES QUE VÊM POR BEM: QUANDO A IATROGENIA RESOLVE O PROBLEMA

Diana Ramos; Marisa Linhares; Flávio Pereira; Ana Caldeira; Eduardo Pereira; Rui Sousa;
António Banhudo
Serviço de Gastrenterologia - ULS Castelo Branco

Introdução: A obstrução biliar maligna é uma complicação comum de neoplasias pancreáticas/duodenais. A drenagem da via biliar é, portanto, uma intervenção paliativa que melhora a qualidade de vida e evita a rápida deterioração clínica.

A drenagem ecoendoscópica é um procedimento minimamente invasivo e com bom perfil de segurança

Objetivo: Apresentação de um caso de coledocoduodenostomia tecnicamente mal-sucedida, que consequentemente cursou com uma drenagem biliar iatrogénica alternativa.

Caso: Mulher de 85 anos com dilatação marcada da VBP e icterícia obstrutiva por neoplasia duodenal avançada.

Para resolução da obstrução biliar, optou-se pela realização de coledocoduodenostomia com prótese Hot axios®. Para realização do procedimento, introduziu-se o catéter da prótese no lúmen da via biliar principal sem dificuldade e procedeu-se à libertação da falange distal da prótese. Durante este procedimento, uma falha do sistema de libertação da prótese fez com que esta recuasse, acabando por ficar inadvertidamente posicionada ao nível da parede duodenal sem que se conseguisse reposicioná-la no lúmen biliar. Por esta falha técnica, optou-se por remover a prótese e catéter e suspender o procedimento.

Posteriormente foi agendada nova coledocoduodenostomia. No entanto, esta não chegou a ser realizada, uma vez que se identificou, no bulbo duodenal, um orifício com drenagem abundante de líquido biliar, correspondendo ao local de inserção prévia de cateter de prótese axios®. Assim, a 1ª tentativa falhada de coledocoduodenostomia, criou um trajeto fistuloso colédoco-duodeno, que contribuiu para a drenagem da via biliar. A ectasia prévia da VBP melhorou significativamente, bem como os valores de bilirrubina total (11 --> 3 mg/dL).

A doente foi acompanhada pela equipa de cuidados paliativos e manteve-se sempre clinicamente bem e com bilirrubina total dentro de valores controlados (3 - 4 mg/dL). Acabou por falecer 6 meses após a nossa intervenção, por evolução natural da doença.

Conclusão: A coledocoduodenostomia é uma técnica diferenciada e ainda pouco praticada em alguns centros. É descrita como uma técnica minimamente invasiva e segura. Contudo, falhas técnicas e complicações estão descritas. No nosso caso, o insucesso técnico acabou por não se ter revelado num infortúnio. A fistula iatrogénica resultante de uma coledocoduodenostomia mal-sucedida acabou por ser a solução para a obstrução biliar, oferecendo qualidade de vida a uma doente em contexto paliativo.

P 28

OCORRÊNCIA DE HÉRNIA INGUINAL EM MULHERES DA MESMA FAMÍLIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Talita Costa Barbosa¹; Lindemberg Barbosa Júnior²; Stephanie Moreira²; Marília Rosa Silva³; Aline Akemi Murata¹; Gabriela Cristina Lizi Jorge¹; Tharinne Oliveira Silva Cavalheiro³

¹Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, SP, Brasil; ²Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Três Lagoas, MS, Brasil; ³Docente do Curso de Medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, SP, Brasil.

Introdução: A hérnia é a saída de um órgão através de uma abertura congênita ou adquirida da parede em torno da cavidade que o contém. A fragilidade da parede abdominal e o aumento da pressão abdominal têm sido considerados como os mecanismos etiopatogênicos principais e, naturalmente, têm impulsionado o conceito de que a tosse em pacientes tabagistas ou com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a história familiar e a constipação intestinal são os principais fatores de risco. Os homens estão mais propensos a ter hérnia, e a forma indireta é mais comum independente do sexo. As hérnias inguinais continuam sendo mais comuns nas mulheres.

Objetivo: Realizar a descrição do relato de caso de ocorrência de hérnia inguinal em mãe e filha que foram diagnosticadas na mesma época e submetidas a cirurgia no mesmo dia.

Material e método: Utilizou-se dados dos prontuários médicos e hospitalares. O estudo realizado foi uma pesquisa bibliográfica, sistemática, exploratória, descritiva e quantitativa. Os recursos utilizados foram literaturas pesquisadas em bases de dados do Pubmed, BVSalud, Scielo, a partir dos descritores: “hérnia inguinal”, “hereditariedade”, “cirurgia geral”, decorrentes do período entre 2015 a 2020. Foram incluídos trabalhos de relato de caso, revisão de literatura, artigos na íntegra, na língua portuguesa,

inglesa e espanhola.

Resultado: O caso refere-se a mãe e filha que descobriram hérnia inguinal indireta. No caso da filha, 32 anos, estudante, relatou que começou, há 6 meses, com sintomas de dor não específica que atingia a região da fossa ilíaca direita, e as vezes flanco direito. Foi realizado ultrassonografia de abdome total e da região inguinal o qual foi detectado uma hérnia inguinal indireta a direita. A mãe, de 54 anos, aposentada, relatou que apresentou há 2 anos, sintomas de dor, incômodo, sem saber especificar a localização precisa, de dor na região de hipogástrico e fossa ilíaca esquerda. Receberam alta após 24 horas de cirurgia, e acompanhamento por durante 1 ano, não apresentando nenhuma intercorrência.

Conclusão: De acordo com os dados levantados e estudados, percebe-se que nesse caso, o fator de risco história familiar se fez mais presente. Além disso, como melhor forma terapêutica, optou-se pelo procedimento cirúrgico, com colocação de tela, o qual se obteve um ótimo prognóstico.

P 29

PROBLEMAS EMOCIONAIS COMO FATORES DESENCADEANTES DE ESOFAGITE E GASTRITE

Talita Costa Barbosa¹; Lindemberg Barbosa Júnior²; Raulcilaine Érica dos Santos¹;

Gustavo Faleiro Barbosa¹; Tauany Ferreira Marques¹; Nathália Simões Carneiro¹; Tharinne Oliveira Silva³

¹Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, SP, Brasil; ²Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Três Lagoas, MS, Brasil; ³Docente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, SP, Brasil

Introdução: Os problemas emocionais são caracterizados por padrões sintomáticos que podem ser divididos em externalizantes e internalizantes. Os externalizantes referem-se a comportamentos direcionados aos outros tais como dificuldade em controlar impulsos, hiperatividade, agressividade e presença de raiva.

Já os internalizantes são comportamentos direcionados ao próprio indivíduo e são marcados pela tristeza, retraimento, queixas somáticas e medo. Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Estresse é um elemento inerente a toda doença, que produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser observadas e mensuradas. A gastrite e esofagite pode ser gerada pela utilização constante de medicamentos antiinflamatórios e aspirinas, má alimentação e alcoolismo ou pela infecção da bactéria *H. Pylori*.

Objetivo: Relatar um caso de ansiedade e estresse, como fatores desencadeantes de gastrite e esofagite em paciente de 32 anos e, respectivamente, o seu tratamento.

Material e métodos: Realizou-se pesquisa do prontuário da paciente do serviço de saúde. O estudo realizado foi uma pesquisa bibliográfica, sistemática, exploratória, descritiva e quantitativa. Os recursos utilizados foram literaturas pesquisadas em bases de dados do Pubmed, BVSalud, Scielo, a partir dos descritores ansiedade, estresse, esofagite, gastrite, decorrentes do período entre 2015 a 2020. Foram incluídos trabalhos de relato de caso, revisão de literatura, artigos na íntegra, na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Resultados: Paciente do sexo feminino, de 32 anos, estudante do curso de medicina, procurou serviço de saúde, devido ao episódio de dor epigástrica de forte intensidade, acompanhada de náuseas, vômitos, e dificuldade de alimentação. Realizada endoscopia, com resultado de Esofagite Distal Erosiva Los Angeles A, Hiato Alargado, Gastrite Antral Enantematosa Leve. Como proposta de tratamento, foi prescrito dexlansoprazol 60 mg 1 x dia, por 60 dias.

Conclusão: Logo, os estudos demonstraram que a DRGE é grande problema de saúde pú-

blica e afeta 12% da população brasileira de diversas faixas etárias, principalmente a jovem, que fica em constante exposição principalmente ao estresse. O tratamento psicológico, pode auxiliar nesse quadro, ao tentar amenizar as situações de ansiedade e estresse.

P 30

Trabalho retirado

P 31

ESTÔMAGO NEGRO POR INGESTÃO DE ÁCIDO CLORÍDRICO

Filipa Bordalo Ferreira; Maria Ana Rafael;
Ana Maria Oliveira; Mariana Cardoso;
Alexandra Martins
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Apresenta-se o caso de um doente de 66 anos admitido por ingestão voluntária de substância cáustica (ácido clorídrico).

Ao exame objetivo, apresentava hematemese de sangue vivo e estava hemodinamicamente estável.

A observação pela otorrinolaringologia revelou marcado edema da hipofaringe e das aritenóides.

A tomografia computadorizada cervicotorácica identificou espessamento parietal gástrico e excluiu sinais de perfuração.

Na endoscopia alta, apresentava mucosa do esôfago superior com hiperémia e inferior com úlceras profundas lineares longitudinais em toda a sua circunferência, mucosa do fundo, corpo, antro e bulbo com múltiplas úlceras profundas intercaladas com áreas de necrose, configurando esofagite cáustica Zargar IIa e IIb e gastroduodenite cáustica Zargar IIIa.

Manteve vigilância em unidade de cuidados intensivos, dieta zero e terapêutica com inibidor da bomba de prótons. Pelo risco de compromisso da via aérea, manteve intubação orotraqueal até às 72 horas e cumpriu corticoterapia sistêmica. Por elevação de parâmetros inflamatórios, realizou antibioterapia empírica com piperacili-

na-tazobactam.

Evoluiu favoravelmente, tendo iniciado precocemente nutrição entérica por sonda nasojejunal e progredido na dieta oral com tolerância.

Realizou radiografia baritada 3 semanas após ingestão, que excluiu a presença de estenoses esofágicas.

Atualmente, 18 meses após a ingestão, mantém-se assintomático.

Apresenta-se iconografia detalhada dos achados endoscópicos exuberantes.

P 32

QUANDO A ÁLGALIA FAZ DE PEG

Fábio Correia; Luís Lourenço; Ana Oliveira;
Alexandra Martins
Serviço de Gastrenterologia. Hospital Prof. Dr.
Fernando Fonseca

Apresentamos o caso de um homem, 81 anos, com história de hipertensão, diabetes mellitus e AVC isquémico com disfagia sequelar e necessidade de alimentação por gastrostomia percutânea (PEG).

O doente foi admitido no serviço de urgência (SU) por obstrução mecânica da PEG, sem quaisquer sinais inflamatórios no estoma e pele envolvente e negando quaisquer outras queixas. Feita tentativa de desobstrução da PEG sem sucesso, pelo que se decidiu pela substituição da mesma. Na indisponibilidade imediata de um tubo PEG no SU, foi colocado uma algália de látex, com insuflação do balão com água destilada, sendo que após ter sido testada a permeabilidade da algália, teve alta. O doente regressou cinco dias depois ao SU por obstrução da algália com impossibilidade de alimentação, sendo mais uma vez esta a única queixa. Optou-se por substituir a algália por novo tubo PEG, contudo na tentativa de desinsuflação do balão da algália sente-se uma elevada resistência com incapacidade de esvaziar o balão. Após múltiplas tentativas de desinsuflação e mesmo após a injeção de ar no balão, também sem sucesso, optou-se pela remoção endoscópica da

algália. À chegada do endoscópio ao estômago observou-se volumoso corpo estranho adjacente ao tubo da algália, tendo-se assumido tratar-se do balão da algália extremamente dilatado (25 x 50 mm), que se fixou com o auxílio de uma ansa. Feita inicialmente tração do balão até à transição esófago-gástrica com dificuldade de passagem, contudo após secção da porção exterior da algália verificou uma passagem rápida do balão para o esófago com saída de abundante conteúdo alimentar putreficado do balão da algália para o lúmen gástrico e pelo estoma da PEG. Posteriormente colocou-se PEG convencional (20 Fr), sem intercorrências.

Este caso representa uma consequência do uso inadequado de material no contexto das PEGs, aliado aos maus ensinamentos aos doentes/cuidadores ou falta de cuidados no manuseamento do material por parte destes.

P 33

Trabalho retirado

P 34

“HOLE-IN”: UM FALSO CONDUTO

Catarina Cunha; Joana Roseira; Pedro Campelo;
Sónia Barros; João Neves; Bruno Peixe;
Horácio Guerreiro
Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar
Universitário do Algarve

Introdução: A perfuração do colon é uma complicação raramente associada à colocação de nefrostomia percutânea.

Caso clínico: Trata-se de doente de 78 anos com antecedentes de adenocarcinoma do reto submetido a ressecção anterior (pT3pN0cM0) em 2017, sem adjuvância por complicação cirúrgica com necessidade de reintervenção. Mais recentemente, constatado aumento do CEA sendo que a tomografia computadorizada mostrou alterações concordantes com recidiva local. Enquanto aguardava pela realização de colonoscopia para confrontação dos achados imagiológicos, desenvolveu lesão renal aguda

com anúria por uropatia obstrutiva supravascular em relação com a evolução oncológica. Deste modo, procedeu-se à colocação bilateral de nefrostomia percutânea sob controlo ecográfico e fluoroscópico, sem aparentes intercorrências, tendo sido confirmado o correto posicionamento dos cateteres com instilação de contraste. No fim do procedimento, objetivadas hematoquézias pelo que foi pedido apoio de Gastrenterologia que avançou com a realização de colonoscopia. Aos 35 cm da margem anal, identificou-se uma estrutura tubular compatível com cateter, a transpor a parede e a insinuar-se no lúmen. Seguiu-se a remoção do cateter que despoletou hemorragia, debelada com a injeção de adrenalina e colocação de clip metálico que permitiu, simultaneamente, o encerramento da perfuração intestinal.

Conclusão: Apresentamos a iconografia relativa a este caso de perfuração iatrogénica do colon que foi prontamente diagnosticada e resolvida com recurso à endoscopia.

P 35

PRÉ-CORTE REVISITADO – ABORDAGEM PRIMÁRIA COM FISTULOTOMIA POR FACA DE MORI EM COLEDOCOLITÍASE

Moura, D. B.; Nunes, N.; Rebelo, C. C.; Flor de Lima, M.; Santos, M. P.; Santos, V.; Rego, A. C.; Pereira, J. R.; Paz, N.; Duarte, M. A. Serviço de Gastrenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

Doente do sexo feminino, 72 anos de idade, com coledocolitíase associada a colecistite aguda, tendo-se realizado CPRE após colecistectomia laparoscópica. Visualizada papila proeminente, optou-se por pré-corte com fistulotomia por faca de Mori (needle-knife), alargando-se o orifício com recurso ao esfínterótomo. Posteriormente fez-se passagem de balão com remoção de microfragmentos de cálculo biliar. O canal pancreático principal não foi visualizado na colangiografia.

A técnica de pré-corte com fistulotomia por

faca de Mori, como abordagem inicial de canulação, apresenta evidência crescente como método de canulação da via biliar principal em doentes com uma papila protuberante na qual o segmento intramural da via biliar principal é longo ou na qual se verifica impactação de um cálculo biliar. Desta forma, esta técnica evita o traumatismo direto e lesão térmica do orifício pancreática com menor edema e inflamação papilares, com menor risco de pancreatite aguda pós-procedimento.

P 36

VOLVO DA SIGMOIDEIA COM NECROSE

Moura, D. B.; Nunes, N.; Rebelo, C. C.; Flor de Lima, M.; Santos, M. P.; Santos, V.; Rego, A. C.; Pereira, J. R.; Paz, N.; Duarte, M. A. Serviço de Gastrenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

Doente do sexo feminino, 74 anos. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal e vômitos. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável, com abdómen distendido, timpanizado, doloroso à palpação com defesa e dor à descompressão. A avaliação por TC abdominopélvica revelou alterações compatíveis com volvo da sigmoideia. Foi realizada retossigmoidoscopia flexível que revelou estreitamento luminal em torção, com mucosa isquémica, ultrapassável pelo endoscópio, observando-se abundante quantidade de fezes líquidas escuras no lúmen e, após lavagem, áreas de mucosa difusamente violácea e negra. Por agravamento clínico com choque séptico a doente foi submetida a laparotomia com colectomia total.

Os autores apresentam um caso de volvo da sigmoideia grave complicada por necrose, com documentação iconográfica por vídeo do exame endoscópico realizado.

P 37

BALANÇA MAS NÃO CAI – UM ACHADO INESPERADO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Filipa Bordalo Ferreira; Maria Ana Rafael;
Mariana Cardoso; Luís Carvalho Lourenço;
Alexandra Martins
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 74 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, admitido por hematemeses sem instabilidade hemodinâmica com valor de hemoglobina 11,3 g/dL.

Realizou endoscopia alta, que revelou lesão semipediculada (Paris 0-lsp) com 2 x 3 cm com base de implantação cerca de 1 - 2 cm abaixo da junção esofagogástrica, na transição da face anterior para a pequena curvatura do estômago. Sobre esta lesão, identificou-se um coágulo que não se destacou com a lavagem; optou-se por não realizar outras manobras para o destacar.

Após este episódio, não houve nova evidência de perdas hemáticas nem descida significativa do valor de hemoglobina.

Ao fim de uma semana, realizou nova endoscopia alta para reavaliação e remoção da lesão. O padrão de superfície era de difícil avaliação por cromoscopia por apresentar superfície muito friável mesmo após lavagens, mas não se documentando nenhuma área ulcerada ou suspeita de invasão profunda da submucosa. A lesão era apenas passível de abordar e avaliar corretamente em inversão. Após adequada injeção e elevação submucosa (com gelofundina, azul de metileno e adrenalina 1:20000), procedeu-se a mucosectomia em bloco. Por ter sido difícil garantir margem lateral atendendo à posição, optou-se por aplicar coagulação com ponta de ansa nos bordos da escara. Perante hemorragia em toalha autolimitada durante o procedimento e para profilaxia de recidiva hemorrágica, encerrou-se a escara com quatro hemoclips metálicos, com bom efeito. Restante mucosa sem lesões, mas com aspeto atrofico, com rarefação

das pregas do fundo gástrico. Foram realizadas biópsias do antro, corpo e fundo.

A anatomia patológica da lesão revelou tratar-se de adenoma de tipo intestinal com displasia de alto grau, com margens livres.

As biópsias do corpo e fundo foram sugestivas de gastrite crónica atrofica intensa com metaplasia intestinal, sem atividade. Perante estes achados histológicos, a par de défice de vitamina B12, hipergastrinémia, anticorpos anti-célula parietal e anti-fator intrínseco positivos, foi feito o diagnóstico de gastrite autoimune.

Atualmente, aguarda a primeira reavaliação endoscópica.

O caso clínico faz-se acompanhar de iconografia detalhada da lesão e da sua abordagem em fotografia e vídeo.

P 38

ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA APÓS COLOCAÇÃO DE PEG: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Marisa Linhares; Flávio Pereira; Diana Ramos;
Inês Pestana; João Dias Pinto; Ana Caldeira;
José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa;
António Banhudo

Serviço de Gastroenterologia - ULS Castelo Branco

Introdução: A maioria dos doentes com indicação para gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) apresenta um prognóstico reservado. O objetivo deste trabalho foi avaliar a sobrevida dos doentes aos 12 meses, após a colocação de PEG, e num subgrupo de doentes idosos dependentes.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes com colocação de PEG, há pelo menos um ano. Neste grupo foi realizada uma análise de sobrevivência (Kaplan-Meier) global, por indicação médica e por autonomia. Numa segunda análise, foi seleccionado um subgrupo de doentes (acamados por AVC/demência com \geq 70 anos) e foi comparado com outro grupo emparelhado alimentado por sonda nasogástrica (SNG).

Resultados: 51 doentes (58,8% sexo masculino, idade $68,6 \pm 15,17$ anos). A principal indicação para colocação de PEG foi AVC e doença neuromuscular (31,4% e 21,4%, respetivamente); 60,8% dos doentes eram previamente dependentes/acamados e 74,5% foi alimentado por SNG previamente. Na análise de sobrevivência global, 54,9% dos doentes tinha falecido aos 6 meses e 74,5% aos 12 meses (média de sobrevida de 5,90 meses). Os doentes com maior grau de autonomia e com neoplasia do tubo digestivo ou cabeça e pescoço apresentaram sobrevida inferior ($p < 0,001$; $p = 0,051$, respetivamente). No subgrupo de doentes, (acamados, > 70 anos e AVC/demência) alimentados através de PEG ($n = 11$) vs SNG ($n = 8$), não foram observadas diferenças entre idade e sexo. A média de sobrevivência global foi de 7,11 meses (4,37 meses PEG; 10,88 meses SNG). Aos 12 meses, após colocação de PEG todos os doentes tinham falecido e, após SNG, 37,5% ainda estavam vivos, apesar de não existir diferenças significativamente estatísticas (log rank $p = 0,252$).

Conclusão: Apesar de uma amostra pequena, de forma global verificou-se uma sobrevida baixa. A sobrevida de doentes idosos acamados após colocação de PEG é inferior à dos doentes com SNG. Com este trabalho pretende-se refletir sobre se estes doentes estarão a ser referenciados tardiamente ou estaremos nós a ser demasiado invasivos.

P 39

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E FATORES ASSOCIADOS A FORMAS SEVERAS E RECORRENTES DA DOENÇA

Sofia Ventura; Ana Carvalho; Francisco Pires;
Eugénia Cancela; Américo Silva
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

A colite pseudomembranosa é a causa mundial mais comum de diarreia associada ao uso de antibióticos. Nos últimos anos tem-se constata-

tado formas de apresentação mais severas e maior recorrência de casos, associados a estirpes de *C. difficile* mais virulentas.

Estudaram-se retrospectivamente todos os casos de colite pseudomembranosa ocorridos num hospital central nos últimos 5 anos (diagnóstico principal ou secundário), a fim de compreender as características clínicas e fatores associados a doença mais grave ou recorrente.

Foram incluídos um total de 108 doentes com o diagnóstico de colite pseudomembranosa, dos quais 5 (4,6%) apresentaram episódios recorrentes e 8 (7,4%) tiveram formas de apresentação graves. A maioria dos doentes (76%) tinha mais de 65 anos e 20,4% tinham historial de toma de cefalosporinas nos últimos 3 meses; antibióticos da classe das penicilinas foram utilizados previamente ao diagnóstico em 37% dos casos, quinolonas e meropenem em 12% cada um. Os principais motivos para toma de antibiótico foram infeções respiratórias (25%) e infeções do trato urinário (18,5%). Os meios mais utilizados para diagnóstico foram testes para deteção de toxinas (38,9%), culturas (25%) e a colonoscopia (11,1%). O tratamento da colite pseudomembranosa foi feito com metronidazol em 63,9% dos casos, vancomicina em 18,5% e com associação destes em 12%. Em relação a fatores associados a episódios graves, verificou-se uma maior percentagem de doentes que fez metronidazol em associação com vancomicina para tratamento da colite pseudomembranosa, em comparação com doentes sem formas de apresentação graves ($\chi^2 (8) = 22,535$, $p = 0,004$; effect size: $\phi = 0,457$). Nenhum dos fatores estudados teve impacto estatístico em casos recorrentes.

A colite pseudomembranosa é uma das principais infeções associadas aos serviços de saúde, com taxas de mortalidade e recorrência alarmantes. Este estudo pretende contribuir para a adoção de estratégias preventivas e terapêuticas mais adequadas.

P 40

BEZOARES: UMA CAUSA INCOMUM DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Sofia Ventura; Ana Carvalho; Francisco Pires;
Eugénia Cancela; Américo Silva
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Bezoares são agregados de material não digerível que se acumula no trato gastrointestinal. Esta patologia é rara, sendo o tipo mais comum os fitobezoares (materiais fibrosos de plantas ou frutas não digeridos). Apresenta-se um caso de dois fitobezoares gástricos de grandes dimensões, diagnosticados através de endoscopia digestiva alta, num doente de 41 anos com antecedentes pessoais de epilepsia, observado no serviço de urgência por melenas e anemia aguda (hemoglobina de 4,5g/dL). O estudo endoscópico revelou duas úlceras gástricas, Forrest IIa e III, e o achado inesperado de dois bezoares gástricos. Pela incapacidade de remoção dos bezoares por técnica endoscópica e terapêutica médica, o doente foi submetido a gastrotomia com extração de bezoares de consistência pétreas com cerca de 12 cm e 5 cm. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências.

Os bezoares são incomuns, e a hemorragia digestiva alta associada a úlceras gástricas de estase neste contexto é rara. Os autores expõem este caso com a finalidade de alertar para o diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva alta num doente jovem sem história de toma de anti-inflamatórios ou abuso de tóxicos.

P 41

Trabalho retirado

P 42

PERFORMANCE ENDOSCÓPICA NO ESTUDO DE DIARREIA CRÓNICA E MUCOSA CÓLICA NORMAL

Marisa Linhares; Diana Ramos; Flávio Pereira;
Inês Pestana; João Dias Pinto; Ana Caldeira;
José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa;
António Banhudo
Serviço de Gastroenterologia, ULS Castelo Branco

Introdução: A colonoscopia está indicada no estudo da diarreia crónica. Na presença de uma mucosa cólica normal está recomendado realizar ileoscopia e biópsias aleatórias da mucosa cólica, com o objectivo de avaliação de doença inflamatória intestinal e colite microscópica. O objetivo deste trabalho foi avaliar a performance endoscópica no estudo de diarreia crónica em doentes com mucosa cólica normal.

Métodos: Estudo retrospectivo, que incluiu colonoscopias totais (com ou sem ileoscopia) realizadas com indicação de estudo de diarreia crónica de novo e não sanguinolenta, entre 2013 e 2019. Foi avaliada a taxa de realização de ileoscopia e de biópsias (localização e armazenamento). Adicionalmente, analisou-se a evolução temporal no serviço.

Resultados: Foram incluídas 174 colonoscopias totais realizadas em contexto de diarreia crónica e sem alterações macroscópicas da mucosa cólica (62,1% mulheres, idade média $59,7 \pm 18$ anos). Foi realizada ileoscopia em 30,5% (n = 53) dos doentes. Destes, 36 doentes apresentavam mucosa ileal sem alterações, tendo sido efectuadas biópsias em 25% dos casos. Nos doentes com mucosa cólica normal, foram realizadas biópsias aleatórias em 61,5% (n = 107). Em 91,5% (n = 97) dos casos foram realizadas biópsias em todos os segmentos (44 - 2 frascos; 24 - 4 frascos; 19 - outros). Em 8,41% (n = 9) dos doentes estas não foram realizadas no cólon ascendente e em 17,76% (n = 19) incluíram biópsias do reto.

A taxa de realização de ileoscopia aumentou ao longo dos anos, apesar de não apresentar si-

gnificado estatístico ($p = 0,846$). Pelo contrário, a realização de biópsias cólicas não tem melhorado ao longo dos anos.

Conclusão: Verificou-se uma reduzida taxa de realização de ileoscopia e biópsias para estudo de doença inflamatória intestinal e colite microscópica, respectivamente. Pretende-se lembrar que a ileoscopia com biópsia pode aumentar o rendimento diagnóstico em 15 - 20% e que a colite microscópica é uma importante causa de diarreia.

P 43

PREVALÊNCIA, DISTRIBUIÇÃO E PERFORMANCE DAS BIÓPSIAS NA COLITE MICROSCÓPICA

Marisa Linhares; Diana Ramos; Flávio Pereira; Inês Pestana; João Dias Pinto; Ana Caldeira; José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Bahudo

Serviço de Gastroenterologia - ULS Castelo Branco

Introdução: Num estudo recente decorrido no nosso serviço, verificou-se que a realização de biópsias aleatórias para pesquisa de colite microscópica (CM) foi de apenas 61%. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e distribuição da colite microscópica e se a performance das biópsias pode influenciar o rendimento diagnóstico.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu colonoscopias totais por diarreia crónica não sanguinolenta e com realização de biópsias para pesquisa de colite microscópica, entre 2013 e 2019. Foram analisados os relatórios endoscópicos e histológicos na avaliação da performance endoscópica (local, condicionamento e número de biópsias)

Resultados: Foram incluídas 107 colonoscopias totais e observou-se uma prevalência de 12,1% de colite microscópica ($n = 13$; 69,2% homens, idade média $58,69 \pm 14,7$ anos). Nenhum doente tinha doença celíaca ou era fumador, 30,5% tinha diabetes, 15,4% tinha emagrecimento e 30,8% tinha dor abdominal. A

maioria dos doentes tinha biópsias em 2 frascos (esquerdo + direito) ou 4 frascos (4 segmentos) (38,5% e 30,8%, respetivamente). Todos os doentes tinham colite microscópica do tipo linfocítico, e esta apresentava-se difusamente distribuída em 76,9% dos casos. O sigmoide e o transversal não estavam afetados em 3 doentes (23,1%), não tendo sido observadas diferenças no número de biópsias obtidas que o justifique. Em média, cada frasco apresentava 2,8 fragmentos (intervalo 1 - 8). Verificou-se que o sexo masculino tem maior probabilidade de ter CM ($p = 0,009$; OR 4,629 [IC 1,531 - 13,994]). Não se observou associação com dor abdominal, diabetes ou emagrecimento ($p > 0,05$, $n = 107$). O rendimento diagnóstico não dependeu da performance ou médico executante ($p > 0,05$).

Conclusão: A prevalência de CM não foi inferior ao descrito na literatura, podendo, no entanto, estar subestimada. Todos os doentes tinham CM no cólon ascendente, mas em 23,1% esta não apresenta continuidade distal. Conclui-se que a realização das biópsias deve incluir o cólon direito, podendo-se, eventualmente, excluir o cólon esquerdo.

P 44

VALOR PROGNÓSTICO DA CITOLOGIA DO LÍQUIDO ASCÍTICO SEM PBE NA CIRROSE HEPÁTICA DESCOMPENSADA

Marisa Linhares; Diana Ramos; Flávio Pereira; Inês Pestana; João Dias Pinto; Ana Caldeira; José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Bahudo

Serviço de Gastroenterologia, ULS Castelo Branco

Introdução: A peritonite bacteriana espontânea (PBE) é um fator de mau prognóstico no doente com cirrose hepática descompensada. Mais recentemente tem-se avaliado o prognóstico da citologia do líquido ascítico em fase pré-PBE (≤ 250 células/uL). O objetivo deste estudo foi avaliar o valor da celularidade do LA pré-PBE na mortalidade dos doentes descompensados com ascite.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo doentes cirróticos com ascite e paracentese diagnóstica índex entre 2015 e 2019. Foram excluídos doentes com ascite neoplásica, peritonite secundária e morte não decorrente da cirrose hepática. Os doentes foram categorizados de acordo com os polimorfonucleares do LA (PMN-baixo - ≤ 125 células/uL; PMN-médio - 126-250 células/uL; PBE - > 250 células/uL). Foi realizada uma análise de sobrevivência (teste log-rank, Kaplan-Meier) aos 12 e 24 meses.

Resultados: 54 doentes incluídos; 79,6% género masculino; idade média $63,6 \pm 11,33$ anos; Child-Pugh $9,36 \pm 1,74$; MELD-Na $18,44 \pm 5,82$; PMN $347,07$ células/uL. Não foram encontradas diferenças no Child-Pugh, MELD-Na, idade e sexo entre os grupos (PMN-baixo $n = 45$ vs PMN-médio $n = 5$ vs PBE $n = 4$, $p > 0,05$). Os doentes do grupo PMN - médio apresentaram uma sobrevida significativamente inferior ao grupo PMN-baixo e PBE, aos 12 e 24 meses (5,6 meses vs 9,31 - PMN - ≤ 125 , log-rank $p = 0,017$; vs 12 meses - PBE - > 250 , log-rank $= 0,026$; 5,8 meses vs 16,68 meses - PMN- ≤ 125 , log-rank $p = 0,003$; vs 24 meses PBE- > 250 , log-rank $p = 0,041$, respetivamente).

O grupo PMN-baixo (≤ 125 células/uL) apresentou uma sobrevida semelhante aos doentes com PBE aos 12 (9,31 meses vs 12 meses; log-rank = 0,198) e 24 meses (16,68 meses vs 24 meses; log-rank = 0,16).

Conclusão: Independentemente do Child-Pugh e MELD, um aumento nos PMN (pré-PBE) parece ser um fator de mau prognóstico aos 12 e 24 meses no doente cirrótico descompensado com ascite. Assim, devem ser estudadas medidas preventivas neste grupo de doentes.

P 45

IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Mariana Brito; Carla Oliveira; Júlia Sabino; Marta Patita; Irina Mocanu; Ana Vieira
Serviço de Gastrenterologia, Hospital Garcia de Orta

Introdução: A Doença inflamatória intestinal (DII) afeta a qualidade de vida dos doentes. Em 2019, perante a pandemia a COVID-19, Portugal declarou estado de emergência. Não há dados sobre as repercussões desta situação nos doentes com DII.

Objetivos: Avaliar o impacto da pandemia pela COVID-19 nos doentes com DII, analisando a qualidade de vida e estado de depressão/ansiedade.

Material e métodos: Estudo observacional transversal. Incluídos adultos com DII da consulta de Gastrenterologia. Preenchido questionário anónimo entre Abril-Maio de 2020. Averiguou-se a atividade clínica da doença [Score de Harvey-Bradshaw (HB) na Doença de Crohn (DC) e Score de Mayo Simplificado (SMS) na Colite Ulcerosa (CU)], questionário IBDQ-32 para avaliação da qualidade de vida e escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS). Comparados resultados de qualidade de vida antes e durante pandemia.

Resultados: 101 respostas (sexo feminino: 55.4%; idade média 44.22 ± 1.376 anos; DC: 76.2%). Na DC, os doentes encontravam-se: 75.3% em remissão, 16.9% com doença ligeira, 7.8% com doença moderada. Na CU, 54.2% em remissão e 45.8% com doença ligeira. IBDQ-32 época COVID: média 177.93 ± 30.678 (mínimo 71, máximo 222) e pré-COVID: $172,32 \pm 35.878$ (mínimo 68, máximo 222), sem diferença estatisticamente significativa ($p=0.055$). Correlação negativa estatisticamente significativa entre a pontuação do IBDQ-32 e o HB ($r = -0.806$, $p < 0.001$), mas não com o SMS ($r = 0.023$, $p = 0.917$). HADS: 19.8%

doentes apresentaram ansiedade ligeira, 13.9% moderada e 4% grave; depressão ligeira em 21.8%, moderada 6.9% e grave 2%.

Conclusão: Maioria dos doentes em remissão clínica ou com doença ligeira. A qualidade de vida não foi significativamente diferente na época COVID. Correlação significativa entre a pontuação no IBDQ-32 e o nível de atividade clínica na DC, mas não na CU. Maior parte dos doentes não revelaram sintomas de ansiedade e depressão, e quando presentes foram mais frequentemente ligeiros.

P 46

IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA ACESSIBILIDADE DOS DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS PRINCIPAIS PREOCUPAÇÕES

Mariana Brito; Carla Oliveira; Júlia Sabino;

Marta Patita; Irina Mocanu; Ana Vieira

Serviço de Gastrenterologia, Hospital Garcia de Orta

Introdução e objetivos: A pandemia pela COVID-19 alterou drasticamente o modo de exercer medicina e a acessibilidade dos doentes aos serviços de saúde (SS). Os doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) requerem seguimento contínuo e, frequentemente, terapêutica imunomoduladora. Pretendeu-se avaliar o impacto da pandemia pela COVID-19 nestes doentes, relativamente às suas principais preocupações e acessibilidade aos SS.

Material e métodos: Estudo observacional transversal. Incluídos adultos com DII seguidos em consulta de Gastrenterologia. Preenchimento de questionário anónimo entre Abril-Maio 2020 com perguntas sobre estado atual do doente, preocupações relativas à vida pessoal/familiar/social/profissional e acessibilidade aos SS/resposta dos mesmos.

Resultados: 101 respostas (sexo feminino: 55.4%; idade média 44.22 ± 1.376 anos; DC: 76.2%). 95% mantiveram medicação crónica de DII, 6 doentes suspenderam (2 medo, 2 falta de receitas, 2 por se sentirem bem). 72.3%

trabalhavam antes da pandemia, 17.9% deixaram de trabalhar durante a pandemia (atestado médico/apoio à família/lay-off). 51.5% recorreram a SS (3 ao serviço de Urgência, 3 consulta urgente, 46 consulta programada/hospital dia/farmácia hospitalar), 6 doentes recorreram à Saúde24 (4 questões relacionadas com COVID-19). Nenhum doente teve infeção por COVID-19 diagnosticada. 47.5% sentem-se confortáveis com consulta telefónica, 22.8% razoavelmente confortáveis, 14.9% nada confortáveis, 15.8% referem não fazer diferença. 88.1% sentiram-se muito/razoavelmente apoiados no esclarecimento de dúvidas, 11.9% sentiram-se pouco/nada apoiados. 81.2% referem bom acompanhamento da DII, 18.9% referiram acompanhamento desadequado. Principais preocupações: medo de familiares adoecerem (74.3%), contrair infeção (70.3%), agravamento DII (45.5%). O principal estado de espírito relatado foi a preocupação (65.3%). As principais distrações foram televisão (79.2%), telefonar a familiares/amigos (64.4%) e internet (55.4%). Referiram mais falta do sentimento de descontracção (78.2%), contato próximo com familiares/amigos (77.2%), programas sociais/familiares/românticos (63.4%) e atividades ao ar-livre (58.4%).

Conclusão: A pandemia afetou a vida pessoal, social e profissional destes doentes, tendo condicionado alteração na qualidade da relação médico-doente e da acessibilidade aos SS.

P 47

ONCOLOGIA DIGESTIVA NA ERA COVID

Mariana Brito; Ana Laranjo; Júlia Sabino;

Carla Oliveira; Irina Mocanu; Jorge Fonseca

Hospital Garcia de Orta

Introdução/objetivos: A pandemia pela COVID-19 provocou mudanças importantes na acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde. Uma grande preocupação foi o potencial atraso no diagnóstico/tratamento de doença oncológica. O objetivo do estudo foi a avaliação

do impacto da pandemia no diagnóstico, terapêutica e evolução dos doentes com patologia oncológica digestiva.

Material e métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico. Incluídos doentes com diagnóstico inaugural de cancro digestivo discutidos pela primeira vez na reunião multidisciplinar semanal de oncologia digestiva (ROD) do nosso hospital, entre março-agosto de 2020 e 2019. Excluídos doentes com cancro previamente diagnosticado/discutido na ROD. Recolhidos dados demográficos, tipo de tumor, período estadiamento-diagnóstico, terapêutica e mortalidade.

Resultados: Incluídos 110 doentes em 2020 (66.4% sexo masculino, idade média 71.5 anos), 127 doentes em 2019 (54.3% sexo masculino; idade média 68.2 anos). Os tumores do cólon/reto foram os mais frequentes em ambos os anos (57.3% em 2020, 61.4% em 2019). Avaliaram-se mais doentes por semana na ROD em 2019 (média 13.65 vs 10.67, $p = 0.040$), mas não houve diferença significativa no número de casos discutidos pela primeira vez, entre os dois períodos ($p = 0.670$). Em 2020, mais doentes foram referenciados à ROD a partir do serviço de urgência/internamento (44.5% vs 37%, $p = 0.238$) e mais foram referenciados após cirurgia urgente (10% vs 4.7%, $p = 0.491$). O tempo médio do diagnóstico até à ROD foi menor em 2020 (13.2 vs 29.8 dias, $p = 0.571$). O número de óbitos foi superior em 2019 (40.9% vs 20%). O tempo médio desde a ROD até à data da morte foi superior em 2019 (223.5 vs 53.2 dias, $p < 0.01$).

Conclusões: A pandemia teve impacto negativo no número de doentes discutidos na ROD. Contudo, o tempo médio desde o diagnóstico até à discussão multidisciplinar foi mais atempado durante a era pandémica, o que pode ser explicado pela maior referenciação interna. A mortalidade foi superior em 2019, mas o tempo médio desde a referenciação até à data de morte foi menor em 2020.

P 48

Trabalho retirado

P 49

Trabalho retirado

P 50

ELIMINAÇÃO DA HEPATITE C: DESAFIOS DA VIDA REAL

António Oliveira; Catarina Nascimento; Barbara Morão; Carolina Palmela; Alexandre Oliveira; Joana Nunes
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Embora existam medicamentos eficazes e seguros para o tratamento do vírus da Hepatite C (VHC), existem barreiras já identificadas para o alcance da erradicação viral, que promove a evolução para a doença hepática crónica, aumentando os custos associados aos cuidados de saúde.

Objetivos e métodos: Caracterizar as etapas em que há perda de seguimento dos doentes com serologia positiva para o VHC.

Estudo retrospectivo dos doentes seropositivos para o VHC (Anticorpo anti-VHC) pertencentes ao nosso hospital, durante o período de 2012 a 2019, que perderam o acompanhamento. Foram recolhidos dados demográficos e a etapa em que houve a perda de seguimento.

Resultados: Identificados 963 doentes, 838 pertenciam à nossa área de referência hospitalar. Destes, 167 (20%) morreram faleceram, 187 (22%) tinham carga viral indetectável e 258 (31%) completaram o tratamento e foi documentada resposta virológica sustentada. Os restantes 226 doentes (27%) perderam o seguimento, 74% eram do sexo masculino com idade média de 48 ± 12 anos. As etapas identificadas de perda de seguimento foram: os doentes não foram encaminhados para a consulta em 6% ($n = 54$) ou em 3% ($n = 29$) faltaram à consulta inicial, 13% doentes ($n = 117$) acabariam por perda de seguimento nas

consultas subsequentes e 3% (n = 26) falharam na avaliação da resposta virológica sustentada.

Conclusão: Identificamos que as etapas com maior perda de seguimento foram no encaminhamento após serologia positiva e comparecer à consulta inicial após referência.

O reconhecimento dessas etapas irá permitir uma ação futura de sensibilização.

P 51

IMPACTO CLÍNICO DA QUALIDADE DO SONO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Tiago Leal; Margarida Gonçalves; Pedro Antunes; Dalila Costa; Sofia da Silva Mendes; João Bruno Soares; Ana Rebelo; Bruno Gonçalves; Bruno Arroja; Raquel Gonçalves
Hospital de Braga

Introdução: Recentemente tem sido identificada uma elevada prevalência de má qualidade do sono em doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII), estabelecendo-se uma associação entre perturbação do sono e a atividade da doença. No entanto, o impacto da qualidade do sono na evolução da doença não está bem definido.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo avaliar o valor prognóstico da qualidade do sono na DII.

Material e métodos: Foram incluídos prospectivamente doentes com DII observados em consulta durante 4 meses. Foi avaliada a atividade clínica, a atividade bioquímica (elevação da PCR ou calprotectina fecal) e a qualidade do sono (utilizando o questionário Pittsburgh Sleep Quality Index). Após 6 meses de seguimento, a progressão da doença (cirurgia, hospitalização, desenvolvimento de estenose, doença penetrante ou perianal, corticod dependência ou início/alteração de imunossupressão) foi comparada entre doentes com e sem perturbação do sono, utilizando o modelo de risco proporcional de Cox e curva de Kaplan-Meier.

Resultados: Incluíram-se 205 doentes, 122 com Doença de Crohn e 83 com Colite Ulcero-

sa. Apresentavam má qualidade do sono 44,2% (n = 92). Aos 6 meses, 31 (15,9%) doentes apresentavam progressão da doença. Verificou-se um maior desenvolvimento do endpoint definido nos doentes com perturbação da qualidade do sono (25% vs 7,1%; p < 0,001). O modelo de risco proporcional de Cox identificou a má qualidade do sono como fator preditivo de progressão da doença aos 6 meses (HR 2.470), bem como a atividade bioquímica (HR 2.570) e utilização de terapêutica biológica (HR 3.036).

Conclusão: A qualidade do sono parece ter valor prognóstico na DII, merecendo a sua avaliação em patient-reported outcomes, não só como medida de qualidade de vida mas também pela sua importância nos outcomes da doença.

P 52

MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS DA COVID-19: UM INDICADOR DE GRAVIDADE OU UM SINAL DE CURSO CLÍNICO BENIGNO?

Tiago Leal; Emanuel Costa; Bruno Arroja; Raquel Gonçalves; Joana Alves
Hospital de Braga

Introdução: A infeção pelo vírus SARS-CoV-2 associa-se normalmente a uma síndrome respiratória, mas foram descritos sintomas gastrointestinais (GI), desde os primeiros relatos com origem na China. No entanto, a informação relativa ao atingimento GI na população europeia é escassa.

Objectivos: Caracterizar as manifestações GI da COVID-19 e comparar o curso clínico dos doentes com e sem sintomas GI.

Material e métodos: Foram incluídos doentes com o diagnóstico de COVID-19 internados no nosso Hospital entre março e abril de 2020. Doentes assintomáticos ou com informação clínica omissa foram excluídos. Foram analisados parâmetros clínicos, laboratoriais e de gravidade da doença - ventilação mecânica, necessidade de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) ou morte.

Resultados e conclusão: Foram incluídos 201 doentes (idade mediana 71 anos; 56,2% género masculino). Um total de 60 (29,9%) doentes apresentaram sintomas GI durante o curso da doença, fazendo parte da apresentação inicial em 34 (16,9%). O sintoma mais frequente foi a diarreia em 36 (17,9%) doentes. Os doentes com sintomas GI foram mais jovens ($p = 0,032$) e apresentaram valores mais elevados de hemoglobina ($p = 0,002$) e mais baixos de PCR ($p = 0,045$) e de potássio sérico ($p = 0,004$). Estes doentes desenvolveram um curso clínico menos grave em termos de necessidade de ventilação mecânica, admissão em UCI ou morte, em comparação com doentes sem sintomas GI (28,3% vs 44,0%; $p = 0,038$). No que diz respeito ao atingimento hepático, em 65,2% dos doentes verificou-se elevação da AST e em 62,7% elevação da ALT, mas não houve diferenças no desenvolvimento de doença grave (elevação AST $p = 0,062$; elevação ALT $p = 0,276$), quando comparados com doentes sem alterações hepáticas. Em suma, uma percentagem significativa de doentes com COVID-19 apresenta sintomas GI, a maioria no início da doença. Este facto deve ser tido em consideração, de modo a manter um elevado nível de suspeição para obter um diagnóstico precoce e implementar medidas de controlo de infeção com vista a diminuir taxa de transmissão. Este grupo de doentes parece apresentar um curso clínico mais favorável.

P 53

O VALOR DA GENOTIPAGEM DO GENE KRAS COMO BIOMARCADOR DE PROGNÓSTICO NO ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS

Bárbara Morão¹; Beatriz Oliveira²; Bruno Veigas²; Pedro V. Baptista²; Alexandra R. Fernandes²; Maria Pia Costa Santos¹; Marília Cravo¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo; ²UCIBIO, Departamento de Ciências da Vida, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa

Introdução: Atualmente não existem marcadores de prognóstico moleculares em doentes com adenocarcinoma do pâncreas (PADC). A mutação G12D KRAS demonstrou recentemente ter valor prognóstico em doentes com PADC avançado.

Objetivo: determinar o valor preditivo de mutações no KRAS no prognóstico de doentes com PADC.

Métodos: Estudo coorte prospetivo incluindo doentes com PADC tratados entre 2017-2019. As amostras tumorais foram colhidas no momento da cirurgia ou na ecoendoscopia/punção antes de qualquer tratamento. Em cada amostra foi determinado o genótipo do KRAS por amplificação por PCR seguido de sequenciação direta por Sanger. Endpoints: progressão de doença (imagiológica) e mortalidade.

Resultados: Incluídos 35 doentes, 21 (60%) homens com 69 ± 8 anos. O estadio TNM inicial foi I = 9 (26%), II = 7 (20%), III = 7 (20%) e IV = 12 (34%) doentes. A maioria tinha doença ressecável (17; 49%) ou borderline ressecável (5; 14%); 1 (3%) tinha doença irresssecável e 12 (34%) doença metastática; 17 (49%) doentes foram operados. A mutação no codão 12 do KRAS verificou-se em 16 (46%) doentes: G12V = 7 (44%), G12D = 6 (37%), G12R = 3 (19%); 19 (64%) eram KRAS WT. Doentes com KRAS mutado apresentaram-se mais frequentemente com doença metastática ao diagnóstico (50% vs 26%, $p = 0,149$). O tempo de follow-up mediano foi de 8 meses: 14 (40%) dos doentes tiveram progres-

são de doença e 23 (66%) faleceram. Doentes com KRAS mutado tiveram tendencialmente uma maior taxa de mortalidade (81% vs. 53%, $p = 0.08$), sobretudo doentes com a mutação G12V (100% vs 53%, $p = 0.06$). A taxa de progressão nos doentes submetidos a cirurgia foi semelhante em doentes com KRAS mutado e WT (50% vs 9%, $p = 0.15$), sendo tendencialmente superior nos doentes com mutação G12V (67% vs. 9%, $p = 0.09$). Doentes operados com mutação G12V tiveram em média menos tempo até progressão de doença (9 vs 11 meses, $p < 0.01$), não se verificando diferença no tempo de sobrevivência (9 vs 10 meses, $p = 0.13$).

Conclusão: Na nossa coorte, a mutação G12V do gene KRAS parece ser um biomarcador importante em doentes com PADC, verificando-se uma tendência para maior taxa de mortalidade e progressão da doença. São necessários estudos prospetivos com maior número de doentes para que sejam alcançados resultados mais robustos.

P 54

INÍCIO PRECOCE DE ANTI-TNF E IMPACTO NO PROGNÓSTICO DA DOENÇA DE CROHN

Bárbara Morão; Catarina Frias Gomes; Catarina Gouveia; Maria Pia Costa Santos; Catarina Fidalgo; Joana Torres; Luísa Glória; Marília Cravo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O início de precoce de tratamento eficaz pode alterar o prognóstico nos doentes com Doença de Crohn(DC).

Objetivo: Comparar o impacto no prognóstico do início precoce (até 12 meses após o diagnóstico) de agentes biológicos anti-TNF \pm imunomodulador (IM) com o início precoce de IM em doentes com DC incidente.

Métodos: Estudo retrospectivo com casos DC incidente entre 2012-2018 que iniciaram tratamento (tx) com anti-TNF/IM nos primeiros 12 meses após o diagnóstico. Os doentes foram divididos em 2 grupos: 1) início de anti-TNF \pm IM e 2) início de IM. Outcome: cirurgia/internamen-

to relacionado com a doença. Foram recolhidos marcadores de inflamação (PCR) e remissão endoscópica (ausência de erosões/úlceras na colonoscopia)] aos 12 e 24 meses de tx.

Resultados: De 86 doentes com DC incidente, foram incluídos 64 doentes: 33 (51%) homens com 31 ± 14 anos. O grupo anti-TNF foi constituído por 30 (47%) doentes, dos quais 26 (87%) iniciaram concomitantemente IM, e o grupo IM por 34 (53%) doentes. Não houve diferenças nos hábitos tabágicos, fenótipo, úlceras profundas ou PCR ao diagnóstico entre os 2 grupos. A doença perianal foi mais frequente no grupo anti-TNF (69% vs. 9%, $p < 0.001$), assim como a localização no tubo digestivo alto (20% vs. 3%, $p = 0.04$). A mediana do tempo de follow-up foi 48 meses, ao longo do qual 10 (33%) doentes tiveram necessidade de otimizar/alterar o biológico, 10 (29%) de escalar terapêutica para biológico, 22 (34%) de internamento e 9 (14%) de cirurgia abdominal. No grupo IM, 4 (12%) dos doentes tiveram progressão para fenótipo B2/B3. Aos 12 meses de tx, a remissão endoscópica foi superior no grupo anti-TNF (73% vs. 44%, $p = 0.03$). A PCR aos 24 meses de tx foi inferior no grupo anti-TNF ($0.2 \pm 0.5\text{mg/dL}$ vs $0.7 \pm 1.2\text{mg/dL}$, $p = 0.03$). Não houve diferenças no tempo até internamento ou cirurgia entre os 2 grupos (plogrank = 0.12).

Conclusão: Na nossa coorte, a doença perianal e a localização do tubo digestivo alto foram fatores influenciadores para iniciar precocemente anti-TNF. Cerca de 1/3 dos doentes tiveram necessidade de otimizar/alterar o anti-TNF e 1/3 dos doentes escalaram terapêutica para anti-TNF no follow-up. Apesar de não se terem verificado diferenças na taxa de internamento ou cirurgia entre o uso de anti-TNF \pm IM ou IM, a primeira estratégia terapêutica associou-se a um melhor controlo do grau de inflamação. São necessários estudos futuros para demonstrar se este efeito se traduz em melhores outcomes a longo prazo.

P 55

GENÓTIPO E DO VÍRUS DA HEPATITE B: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RESPOSTA AOS AGENTES ANTI-VIRAIS

Bárbara Morão; Joana Revés; Catarina Neto; Catarina Frias Gomes; Alexandre Ferreira; Joana Nunes
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O genótipo E do vírus da hepatite B (VHB) é sobretudo prevalente na África Ocidental. A evidência atual é escassa relativamente à eficácia de agentes antivirais no tratamento de indivíduos com VHB pertencente a este genótipo.

Objetivo: Caracterizar a população de indivíduos com infeção por VHB com genótipo E e avaliar a resposta a agentes antivirais, comparando com outros genótipos.

Métodos: Estudo descritivo retrospectivo unicêntrico incluindo todos os doentes com infeção por VHB com genotipagem disponível entre 2012-2019.

Resultados: Incluídos 228 doentes, 135 (60%) homens com 35 ± 15 anos. A distribuição do genótipo foi E = 137(60%), A = 50 (22%), D = 34 (15%), F = 3 (1%), H = 3 (1%) e C = 1 (1%). Todos os doentes genótipo E eram naturais de África; dos restantes, 51% eram naturais de Portugal, 40% de África, 3% da América do Sul e 3% da Europa de Leste. A maioria (98%) eram casos de infeção crónica, dos quais 14% eram AgHBe positivo. Na apresentação, 6% dos doentes tinha cirrose hepática na ecografia e 4% / 1% tinha grau de fibrose F3/F4 na elastografia; 15% tinha elevação da ALT ($> 2 \times$ LSN). A presença de fibrose significativa e carga viral mediana pré-tratamento foi semelhante entre os doentes com genótipo E e outros genótipos. No total 27% dos doentes foram tratados; dos 67 esquemas de tratamento efetuados, 75% foram com Tenofovir, 15% com Entecavir e 10% com Interferão. O tempo de follow-up mediano nos doentes tratados foi 60 meses. A

seroconversão AgHBe ocorreu em 21% doentes sob Tenofovir e 25% doentes sob Interferão; a seroconversão AgHBs ocorreu em 4% doentes sob Tenofovir. A resposta virológica ocorreu em 71% doentes sob Interferão, 70% sob Entecavir e 66% sob Tenofovir. Todos os doentes com seroconversão AgHBe ou AgHBs pertenciam ao genótipo E. Não houve diferenças na taxa de resposta virológica entre doentes com genótipo E e outros genótipos (66% vs 69%, $p = 0.78$).

Conclusão: O genótipo E é o mais frequente na área de abrangência do nosso hospital, sendo a maioria dos doentes jovens sem fibrose significativa. A seroconversão AgHBs e AgHBe só se verificou em doentes com genótipo E. A taxa de resposta virológica foi semelhante entre os grupos de tratamento (66 - 71%), não se verificando diferenças entre os genótipos. É necessária uma melhor caracterização desta população para que sejam criadas recomendações específicas para otimizar o seguimento e tratamento destes doentes.

P 56

É SEGURA E EFICAZ A APLICAÇÃO DE N-BUTILCIANOACRILATO NO TRATAMENTO DE VARIZES GÁSTRICAS?

Catarina Nascimento; Joana Revés; Bárbara Morão; Catarina Gomes; Catarina Gouveia; Catarina Fidalgo; Luísa Glória
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Embora menos comum que a rotura de varizes esofágicas, a rotura de varizes gástricas associa-se a hemorragia mais grave, de difícil controlo e a elevada mortalidade. A aplicação de cola biológica tem sido utilizada neste contexto, estando descritas elevadas taxas de recidiva hemorrágica e complicações como fenómenos embólicos.

Objetivo: Avaliar a segurança e eficácia do N-butil-cianoacrilato no tratamento de varizes gástricas.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo incluindo todos os doentes com hemorragia digesti-

va alta submetidos a injeção endoscópica de cianoacrilato entre 2012 e 2019 num hospital terciário.

Resultados: Realizados 18 exames (14 doentes), 64% do sexo masculino, com idade média de 58 ± 12 anos. O período mediano de seguimento foi de 14.5 meses. Os motivos mais comuns para realização de EDA foram: hematemeses (78%), melenas (11%) e terapêutica eletiva de varizes gástricas (11%). O exame foi realizado em regime de urgência em 89% ($n = 16$) dos casos. Foram identificadas varizes GOV1 e GOV2 em 4 doentes e IGV1 em 12 doentes. Relativamente à etiologia das varizes gástricas, 1/3 dos doentes tinha cirrose alcoólica e 42% tinham cirrose alcoólica associada a infeção pelo vírus da hepatite C. Dos doentes com cirrose hepática ($n = 12$), eram Child-Pugh A, B e C, 50%, 20% e 30%, respetivamente. Quanto ao procedimento realizado, a injeção foi feita no fundo gástrico em 83% dos casos e o número mediano de injeções foi de 2. No relatório, houve referência a obliteração completa da variz em 44% dos casos. Em 1 caso não foi realizada antibioterapia profilática. No que respeita às complicações, houve hemorragia precoce (< 30 dias após procedimento) em 11% dos casos ($n = 2$) e hemorragia tardia em 32% dos casos ($n = 6$). Registaram-se 3 casos de sépsis, 2 dos quais necessitaram de internamento em UCI. Não se documentaram casos de embolização ou trombose, polimerização precoce, úlcera gástrica ou perfuração. A mortalidade foi de 46% ($n = 6$), sendo o tempo médio entre a hemorragia e a morte de 1.8 ± 1.3 meses. A morte esteve relacionada com a hemorragia ou complicações relacionadas com as varizes em 2 doentes.

Conclusão: Na nossa série, registaram-se poucas complicações associadas à aplicação de butil-cianoacrilato, sugerindo que é um procedimento seguro. Embora eficaz na hemostase imediata, registou-se uma taxa significativa de recidiva hemorrágica e elevada mortalidade.

P 57

TERÁ O EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA ERA COVID-19 UM IMPACTO NEGATIVO NA QUALIDADE DA COLONOSCOPIA?

Catarina Nascimento; Joana Revés; Bárbara Morão; Catarina Gomes; Catarina Gouveia; Lídia Roque Ramos; Alexandre Ferreira; Carolina Palmela; Luísa Glória
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A infeção por COVID-19 foi declarada como pandemia em março de 2020 pela OMS. O plano de contingência implementado obrigou a um ajuste da atividade das unidades endoscópicas e padronização dos equipamentos de proteção individual (EPI) a utilizar durante a colonoscopia. Alguns estudos demonstram que a utilização destes equipamentos durante várias horas por dia pode ser desconfortável e dificultar a perceção visual.

Objetivos: Avaliar o impacto da utilização generalizada de EPIs de baixo risco na qualidade da colonoscopia.

Métodos: Comparação retrospectiva de colonoscopias eletivas não terapêuticas realizadas entre abril e maio de 2019 com o período homólogo de 2020. Incluídos doentes com mais de 50 anos e excluídos aqueles com doença inflamatória intestinal, história de cirurgia cólica ou adenocarcinoma. Incluídas 300 colonoscopias, selecionadas aleatoriamente e distribuídas equitativamente em dois grupos (2019 e 2020). Avaliados a taxa de entubação cecal, taxa de deteção e número médio por colonoscopia de pólipos, adenomas e lesões serrreadas.

Resultados: Os grupos eram homogêneos no que respeita ao género, idade média e motivo de exame, sendo as indicações para realização da colonoscopia classificadas como rastreio (25% vs 22%), diagnóstico (41% vs 48%) e vigilância de pólipos colo-rectais (33% vs 29%). Os grupos foram semelhantes em aspetos que poderiam influenciar a deteção de lesões, nomeadamente a taxa de entubação cecal (90%

vs 88%, $p = 0.580$) e preparação intestinal (BBPS ≥ 6 em 70.5% vs 70.6%, $p = 0.970$). A taxa de deteção de pólipos, adenomas e lesões serradas sésseis foi semelhante nos dois grupos (66.7% vs 66.7%, $p = 0.999$; 57.4% vs 51.4%, $p = 0.609$; 5.5% vs 9.5%, $p = 0.173$). A taxa de deteção de lesões de alto risco foi de 19.3% e 21.1% ($p = 0.143$) e de CCR de 4.7% e 2% ($p = 0.335$). Verificou-se menor taxa de deteção de pólipos < 5 mm no grupo de 2020 (1.59 vs 1.09, $p = 0,028$). Adicionalmente, não houve diferença no número médio de pólipos e adenomas. A duração do exame não foi significativamente diferente entre grupos. Na análise multivariada, a ausência de efeito do ano manteve-se mesmo ajustada à qualidade da preparação, taxa de entubação cecal, executante e tempo de exame.

Conclusão: No nosso estudo, a utilização de EPIs de baixo risco, não teve influência significativa na qualidade da colonoscopia, nomeadamente na taxa de deteção de adenomas.

P 58

DIETA ORAL E SOBREVIDA APÓS A COLOCAÇÃO DE PRÓTESES ENTÉRICAS EM NEOPLASIAS GÁSTRICAS AVANÇADAS – ESTUDO MULTICÊNTRICO, RETOSPECTIVO

Marta Moreira¹; Mariana Leite¹; Ana Elisa²; Tarcísio Araújo¹; Raquel Salustio⁷; Francisco Fazeres¹; José Ramada¹; Jorge Canena^{2,3}; Luís Lopes^{1,5,6}

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

Introdução: A obstrução do segmento antro-duodenal (OSAD) é uma complicação frequente em doentes com neoplasias gástricas localmente avançadas. A palição destas obstruções pode ser realizada através de cirurgia ou através da colocação de próteses metálicas por via endoscópica.

Este estudo avalia a eficácia clínica a longo prazo das próteses entéricas na palição de doentes com OSAD por neoplasias gástricas.

Métodos: Estudo de cohort retrospectivo, multicêntrico, englobando 73 doentes com neoplasias gástricas submetidos à colocação de prótese por OSAD entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2019. Todos os doentes incluídos foram seguidos até à morte. Os principais outcomes avaliados foram (1) sobrevida e (2) patência da prótese (3) melhoria na ingestão de dieta oral. Avaliou-se preditores da sobrevida e da patência das próteses utilizando-se regressões de risco proporcional de Cox e curvas de Kaplan Meier.

Resultados: Foram colocadas próteses entéricas em 37 mulheres (50,7%) e 36 homens (49,3%), com uma mediana de idade = 80 anos

(min. 44; máx. 94). A sobrevida mediana foi de 100 dias (p 25 = 38 dias; p 75 = 264 dias). 91,8% (67 / 73) mantiveram dieta oral até à morte, sem necessidade de cirurgia e 76,7% (56 / 74) não necessitaram de outras intervenções endoscópicas. 88% dos doentes mantiveram dieta sólida (gooss 2 - 3) até à morte. Na regressão de Cox, o único fator associado a um aumento de sobrevida é a realização de quimioterapia (hazard ratio = 0,323; intervalo de confiança a 95% = 0,159 - 0,659; p = 0,002) (Figura 1).

Conclusões: As próteses entéricas são uma técnica minimamente invasiva eficaz e segura na palição da obstrução do segmento antro-duodenal por neoplasias gástricas. A maioria dos doentes mantém dieta oral até à morte, sem necessidade de intervenções adicionais.

P 59

PREDIÇÃO DE GRAVIDADE NA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA – AINDA UM DESAFIO?

Joana Revés; Lídia Roque Ramos;
Catarina Nascimento; Bárbara Morão;
Catarina Frias Gomes; Catarina Gouveia;
Carolina Palmela; Alexandre Ferreira; Luísa Glória
Serviço de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A hemorragia digestiva baixa (HDB) é uma causa frequente de vinda ao serviço de Urgência (SU) e uma intercorrência comum dos doentes internados, não existindo, contudo, um índice clínico globalmente validado para prever a sua gravidade. O score ABC é um índice que foi desenvolvido recentemente para prever mortalidade na hemorragia digestiva alta e HDB. No entanto, para a sua utilização generalizada, é necessária uma maior validação externa.

Objetivos: Avaliar a acuidade do score ABC na predição de mortalidade intra-hospitalar (MIH), mortalidade aos 90 dias e necessidade de terapêutica endoscópica e comparar a acuidade deste índice com os scores já validados AIMS-65, Sengupta, Glasgow-Blatchford (GBS), Oakland e NOBLADS.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes do SU ou internamento que realizaram endoscopia digestiva baixa (EDB) por suspeita de HDB. O poder preditivo de cada um dos índices foi avaliado através da área debaixo da curva ROC (AUC). A restante análise foi efetuada através de regressão logística.

Resultados: Dos 114 doentes avaliados, 24,6% (n = 28) encontravam-se internados. As causas mais frequentes de HDB foram doença hemorroidária, diverticulose, colite isquémica e lesões neoplásicas. Seis doentes foram admitidos nos Cuidados Intensivos, 18,4% necessitaram de terapêutica endoscópica e 41,2% de suporte transfusional. A MIH foi de 7% e nenhum óbito se deveu diretamente à HDB. A AUC para a predição de MIH e mortalidade aos 90 dias para o score ABC foi 0,93 (95% CI 0,87 - 0,98) e 0,86 (95% CI 0,69 - 1,00), respetivamente. Os doentes com score ABC > 7 pontos tiveram maior mortalidade. Na comparação com os restantes scores, o AIMS65 teve a maior acuidade para a MIH (AUC 0,94), o Sengupta para a mortalidade aos 90 dias (AUC 0,88) e o GBS para a necessidade de terapêutica endoscópica, embora com acuidade apenas razoável (AUC 0,60). Da análise univariável, apenas a existência de patologia valvular cardíaca (OR 3,73, 95% CI 1,15 - 12,03) e os antagonistas da vitamina K (AVK) (OR 9,38, 95% CI 2,04-43,16) se associaram a maior probabilidade de terapêutica endoscópica, não existindo nenhuma associação com os anticoagulantes orais diretos (DOAC) (OR 0,54, 95% CI 0,14-2,00).

Conclusão: O score ABC é útil na predição de mortalidade por HDB, mas à semelhança dos restantes índices tem baixa acuidade na predição de necessidade de terapêutica endoscópica. Os AVK, mas não os DOAC parecem estar associados a necessidade de terapêutica endoscópica.

P 60

HISTÓRIA NATURAL DA PANCREATITE AGUDA EM IDOSOS: O QUE AINDA PRECISAMOS DE SABER?

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

Introdução: A pancreatite aguda na população geriátrica representa um desafio clínico crescente. O critério idade integra diversos scores preditores de gravidade, no entanto, os estudos que avaliam o impacto da idade avançada nos outcomes clínicos da pancreatite aguda são ainda escassos e controversos.

Objetivo: Comparar os outcomes clínicos na pancreatite aguda em doentes idosos (≥ 65 anos) vs. não idosos (< 65 anos).

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes hospitalizados por pancreatite aguda de Janeiro de 2017 a Dezembro de 2019. Os doentes foram distribuídos por 2 grupos: idosos (≥ 65 anos) e não idosos (< 65 anos). Foram registados dados referentes a aspetos sociodemográficos, analíticos, clínicos, duração da hospitalização, complicações locais e/ou sistémicas e mortalidade.

Resultados: Incluídos 301 doentes (idade média: $65,18 \pm 16,85$ anos; 54,5% sexo feminino) dos quais 167 (55,4%) apresentavam 65 ou mais anos. Na globalidade, a litíase biliar foi a etiologia mais frequente de pancreatite aguda (68%) seguindo-se o álcool (17%). Embora não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito às complicações locais (necrose pancreática e/ou extrapancreática, pseudoquisto, coleções e ascite), as complicações sistémicas (insuficiência renal, falência multiorgânica, derrame pleural) foram mais frequentes no grupo dos doentes idosos (26 vs. 7 %, $p=0,001$). A duração do internamento, a utilização de antibioterapia e a gravidade da pancreatite aguda de acordo com

os critérios de Ranson, Atlanta, Glasgow e BISAP foram estatisticamente superiores na população com idade mais avançada ($p = 0,01$). A taxa de mortalidade hospitalar foi também superior nesse grupo (6,6 vs. 1,5%, $p = 0,03$).

Conclusão: A pancreatite aguda na população geriátrica mostrou ser mais grave e acarretar maior mortalidade e mais complicações sistémicas, quando comparada com indivíduos mais jovens. Assim, o reconhecimento desta entidade torna-se especialmente importante nos doentes idosos, nos quais a apresentação clínica nem sempre é típica, para que se possa oferecer, a este grupo de doentes, uma terapêutica adequada e precoce.

P 61

SIGNIFICADO PROGNÓSTICO DA AVALIAÇÃO GANGLIONAR NO CANCRO RETAL APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Pedro Campelo; Paulo Caldeira; Joana Roseira; Ana Catarina Cunha; Sónia Barros; Marta Eusébio; Horácio Guerreiro
Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: No tratamento do cancro de reto, a quimioradioterapia neoadjuvante (QRTn) diminui o número de gânglios linfáticos identificados na peça cirúrgica. Alguns estudos recentes sugerem que, nestes doentes, o rácio entre o número de gânglios positivos e número total de gânglios identificados (RGL) é um melhor preditor do prognóstico, no entanto, esta associação ainda não está bem estabelecida.

Objetivos: Avaliar o papel do RGL como fator preditivo sobrevida de doentes com cancro do reto submetidos a QRTn e cirurgia curativa.

Material e métodos: Foram incluídos doentes diagnosticados com cancro do reto entre março/2012 e agosto/2019, submetidos a QRTn e resseção cirúrgica curativa. Foi avaliado o papel do RGL como preditor de sobrevida nestes doentes.

Resultados: Foram incluídos 117 doentes,

54,7% do sexo masculino, com uma idade média de 64,4 (\pm 10,3) anos. Vinte e nove (24,8%) doentes apresentaram uma resposta patológica completa após QRTn e em 94 (80,3%) doentes verificou-se downstaging no estadiamento local. O tempo médio de seguimento após a ressecção cirúrgica foi de 36,0 (\pm 20,5) meses. Vinte e nove (24,8%) doentes apresentaram recidiva neoplásica e a mortalidade global foi de 18,8%. O número médio de gânglios isolados na peça cirúrgica foi 21,6 (\pm 10,1). Isolaram-se menos de 12 gânglios linfáticos em 17 (14,5%) doentes e foram identificados gânglios positivos em 34 (29,1%) doentes. A sobrevida livre de doença e a sobrevida global foi inferior nos doentes com gânglios positivos (13,2% vs 52,9%; $P < 0,001$) e (10,8% vs 29,4%; $P = 0,013$), respectivamente. No entanto, no grupo de doentes com gânglios positivos, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre sobrevida livre de doença ou a sobrevida geral e o RGL ou o número absoluto de gânglios positivos identificados.

Conclusão: A presença de metastização ganglionar após QRTn associou-se a uma menor sobrevida livre de doença e sobrevida global. No entanto, não se verificou uma associação entre o rácio de gânglios linfáticos e a sobrevida, contrariamente ao descrito em alguns estudos recentes.

P 62

RCCR NA PANDEMIA COVID19 – O QUE ANDAMOS NÓS A FAZER?

Liliana Vaz Mendes; Sara Marques
USF Tondela

Introdução: A Pandemia COVID19, decretada em Portugal a 2/3/2020, obrigou à reorganização do SNS. Os cuidados de saúde primários (CSP) e os cuidados de saúde secundários (CSS) reestruturaram o seu funcionamento, foram adiados consultas e exames complementares de diagnósticos (ECD). Volvido o período crítico, no retorno da atividade assistencial, as agen-

das ultrapassam diariamente o limite; a maioria das consultas presenciais foi substituída por consultas não presenciais. O acesso aos CSP encontra-se ainda limitado, por condicionantes de segurança que a pandemia obriga. O importantíssimo papel dos CSP na prevenção primordial e primária vê-se agora gorado. O cancro colo-retal é a 3ª causa de morte por cancro em todo o mundo. Os rastreios foram suspensos, por um tempo variável consoante a região, e o seu impacto ainda não é possível apurar.

Objetivos: O objetivo do trabalho é caracterizar o RCCR desde o início da pandemia, em comparação com igual período homólogo em 2019.

Materiais e métodos: Desenvolveu-se estudo retrospectivo observacional descritivo. Retirou-se do MIM@UF a listagem dos pedidos de colonoscopia e de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) e o número de utentes em idade de rastreio. Amostra colhida de 1/3/2019 a 30/9/2019, e em igual período de 2020. Calculou-se a taxa de redução do pedido de exames. Análise estatística realizada em SPSS23.

Resultados e conclusão: A proporção de utentes elegíveis para rastreio nos períodos em análise não variou significativamente: 3968 e 4001 utentes, em 2019 e 2020, respetivamente. No período de 2020 verifica-se uma redução de 32% (125) no pedido de colonoscopias e uma redução de 24,68% (135) no pedido de PSOF, comparativamente ao período de 2019. Em análise conjunta dos pedidos de colonoscopia e PSOF, a taxa de redução é 27,75%. De ressaltar que o número de ECD de 2020 não reflete o verdadeiro número de novos pedidos de ECD no âmbito do RCCR, pois muitos correspondem a reemissão de pedidos prévios, devido ao cancelamento dos ECD e/ou término da validade da prescrição. Além disso, numa fase inicial da pandemia, viveu-se entre os utentes um clima de medo em realizar exames de rastreio, estando assintomáticos. Este trabalho, apesar da amostra reduzida, reflete a importância dos CSP

no RCCR. Na atual situação que vivemos, CSP e CSS deveriam juntos procurar uma melhor articulação e definir estratégias para minimizar estas perdas no diagnóstico precoce e acompanhamento dos utentes com doenças oncológicas.

P 63

QUALIDADE DE VIDA E RESULTADOS A LONGO PRAZO EM DOENTES COM ACALASIA APÓS DILATAÇÃO PNEUMÁTICA

Marta Moreira¹; Tarcísio Araújo¹; José Ramada¹; Jorge Canena^{2,3}; Luís Lopes^{1,5,6}

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

Introdução: A acalásia é uma doença neurodegenerativa para a qual ainda não existem tratamentos curativos. A dilatação pneumática com balão (dpB) é um dos tratamentos mais utilizados para acalásia. Em Portugal não existem trabalhos que avaliem o impacto deste tratamento na qualidade de vida a longo prazo dos doentes.

Objetivos: Os objetivos do estudo foram avaliar a eficácia a longo prazo e a qualidade de vida dos doentes com acalásia após dilatação pneumática com balão.

Métodos: Estudo cohort prospectivo, incluindo todos os doentes consecutivos com acalasia referenciados para um hospital entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2019. O score Eckardt foi determinado antes do procedimento e em Setembro de 2020. O score de qualidade vida (EQ-5D) foi obtido em Setembro de 2020.

Resultados: Dilatação pneumática foi realizada em 44 doentes consecutivos (45.4% homens, idade média 58 anos \pm 18). 75% dos doentes apenas realizaram 1 tratamento, 12 doentes fo-

ram submetidos a um segundo e um doente ao terceiro. Nenhum doente foi operado. 64% dos doentes apresentam score Eckardt \leq 3 na consulta de follow-up após dpB. O EQ-5D foi, em média 0.64 e EQ-VAS antes e após dpB variou de, em média, 20,54 para 72,54 após ($p < 0.001$).

Conclusões: A dilatação pneumática com balão é uma técnica endoscópica eficaz, com poucas complicações. Uma elevada percentagem de doentes com uma única sessão de dilatação tem um intervalo longo sem disfagia e com recuperação da qualidade de vida e estado global de saúde.

P 64

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE COLO, RETO E ÂNUS ENTRE NO BRASIL

Talita Costa Barbosa¹; Lindemberg Barbosa Júnior²; Larissa Toloy Bigaran¹, Letícia Marin Mendes¹; Luís Felipe Toloy Bigaran¹; Luciano Siqueira Bracci Júnior³

¹Discente do Curso de Medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, SP, Brasil; ²Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Três Lagoas, MS, Brasil; ³Médico pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS; Médico pela Estratégia Saúde da Família, Planalto, SP, Brasil

Introdução: O câncer de colo, reto e ânus tem uma alta incidência populacional e alto índice de mortalidade. Tal fato, pode ser percebido com diferenças pouco relevantes entre os povos de diversas nações. A abordagem médico-cirúrgica do câncer tem sido favorecida pelos atuais conhecimentos, visto que o prognóstico da doença é sombrio. Decorrente de uma expectativa de vida maior, e o envelhecimento populacional, as neoplasias malignas assumem o perfil de morbimortalidade, tornando-se um problema de saúde pública. O câncer colorretal é uma das neoplasias mais frequentes na população adulta mundial, apresentando crescentes taxas de incidências e mortalidade.

Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico de

mortalidade por neoplasia maligna de colo, reto e ânus nas diversas regiões do Brasil, de acordo com o sexo, entre o período de 2014 a 2018, conforme dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Material e método: O estudo realizado foi uma pesquisa documental. Utilizou-se os dados estatísticos, do banco de dados do DATASUS, do período de 2014 a 2018, utilizando os filtros neoplasia maligna de colo, reto e ânus, sexo masculino e feminino, região Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Além disso, utilizou-se de uma revisão bibliográfica utilizando-se das bases de dados Pubmed, BVSalud, Scielo a partir dos descritores: neoplasias colorretais, epidemiologia, mortalidade. Foram incluídos trabalhos de relato de caso, revisão de literatura, artigos na íntegra, na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Resultado: De acordo com os dados analisados, no período entre 2014 a 2018, em relação ao sexo masculino, tiveram 43671 óbitos totais durante o período, e em relação ao sexo feminino tiveram 45514 casos de óbitos. As maiores prevalências de casos foram na região Sudeste, seguida da região Sul, nos anos de 2014 a 2018, em relação ao sexo feminino, quanto masculino.

Conclusão: Dessa maneira, percebe-se que a maior prevalência de casos é em relação ao sexo feminino, com presença maior nos estados Sudeste e Sul. O câncer colorretal é passível de curam podendo inclusive dispensar tratamento adjuvante ou aliviar a abordagem cirúrgica mutilante. Logo, diante do estudo exposto, cabe uma ação que seja representada pela ação de movimentos de educação em saúde popular em massa para a prevenção de câncer de reto e dos cólons com incentivo para o teste de sangue oculto nas fezes.

P 65

UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE GASTROENTERITE EOSINOFÍLICA NUM JOVEM ADULTO

Gonçalo Alexandrino; Luísa Figueiredo; Ana Oliveira; Liliana Santos; Rita Carvalho; Alexandra Martins
Serviço de Gastrenterologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Resumo: Doente do sexo masculino, com 39 anos e diagnóstico prévio de vitiligo, recorre ao serviço de urgência por distensão abdominal com 3 semanas de evolução. Negava outros sintomas, nomeadamente vômitos, diarreia, dor abdominal ou perda ponderal.

Ao exame objetivo apresentava ascite moderada. Analiticamente destacava-se leucocitose (22.900/ μ L) com eosinofilia periférica (12.000/ μ L) e elevação sérica da IgE (506 IU/mL). A ecografia abdominal confirmou ascite moderada e a enterografia por TC revelou espessamento difuso da parede do intestino delgado distal. A análise do líquido ascítico revelou um gradiente sero-ascítico de albumina de 0,5 e eosinofilia significativa. A endoscopia digestiva alta e colonoscopia total com ileoscopia terminal e múltiplas biópsias não revelaram alterações.

Os achados clínicos, analíticos e imagiológicos eram consistentes com o diagnóstico de gastroenterite eosinofílica (GEE). Outras causas de ascite foram devidamente excluídas. Foi iniciado tratamento com um ciclo de prednisolona oral, que resultou em normalização da contagem de eosinófilos no sangue periférico em 48 h e resolução dos sintomas após 5 dias. O doente permanece assintomático após 3 anos de acompanhamento.

A GEE é uma doença inflamatória rara caracterizada por infiltração eosinofílica do trato digestivo. A ascite eosinofílica é uma forma rara de apresentação da GEE, sendo mais característica do padrão predominantemente subseroso da doença (a menos comum) e é rara em jovens do sexo masculino. No entanto, mesmo

na GEE predominantemente tipo subseroso, há frequentemente infiltração eosinofílica significativa da mucosa e da submucosa, o que, ao contrário do que aconteceu com este doente, permite que o diagnóstico seja obtido através de biópsias endoscópicas na maioria dos casos. O aspecto radiológico, o infiltrado eosinofílico e a franca após terapêutica com corticóides permitiram confirmar o diagnóstico.

O padrão predominantemente seroso da GEE associa-se a bom prognóstico, com excelente resposta aos corticóides, apresentando-se tipicamente com um único “flare”, sem evolução para cronicidade, como verificado neste caso.

XXXV Reunião Anual



NGHD

Núcleo de Gastroenterologia
dos Hospitais Distritais

Conselho Científico do NGHD

Presidente: Jorge Fonseca

Lurdes Gonçalves

Isabel Cotrim

António Banhudo

Carolina Palmela

José Ramada

Henrique Morna

Nuno Nunes

António Castanheira

Ricardo Lopes

Comissão Organizadora e Científica

Carolina Palmela

Eugénia Cancela

Fernanda Maçoas

Irina Mocanu

Isabel Medeiros

Joana Magalhães

João Baranda

Jorge Fonseca

José Estevens

Luís Lopes

Luísa Barros

Luísa Glória

Paulo Caldeira

Paulo Ribeiro

Rita Carvalho

Rui Silva

Sandra Barbeiro

Tiago Leal

Júris

CASO CLÍNICOS

Presidente: José Pedrosa

Ana Maria Oliveira

Ana Vieira

António Castanheira

Isabel Bastos

Patrícia Queirós

Tiago Leal

COMUNICAÇÕES ORAIS

Presidente: Isabelle Cremers

Ana Lucia Sousa

Artur Antunes

Gonçalo Alexandrino

Manuela Canhoto

Maria Pia Santos

Sara Alberto

INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS

Presidente: Carlos Casteleiro

Ana Laranjo

Bernardino Ribeiro

Catarina Lima Vieira

João Pinto

Nuno Veloso

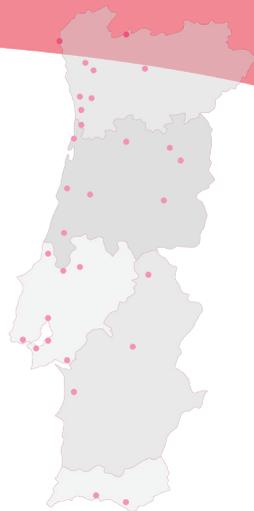
Vitor Magno

Organização



NGHD

Núcleo de Gastrenterologia
dos Hospitais Distritais



Patrocínios

Major Sponsors

abbvie

BIOCODEX

GILEAD

Takeda

Sponsors

ALFASIGMA

Biogen

Dr Falk
DR. FALK PHARMA

FERRING
PRODUTOS FARMACÉUTICOS

NORGINE

OLYMPUS

Pfizer

PHARMA KERN
Biologics

RECORDATI

Apoios

janssen Immunology
FARMACÉUTICA DIVISÃO DE JanssenPharma

Intercept

VITÓRIA
VITÓRIA PHARMACEUTICALS

MSD
INVENTING FOR LIFE

Secretariado

admedic+

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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

