XXXVI

Reunião Anual **NGHD**

NÚCLEO DE GASTRENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

12-13 NOVEMBRO 2021

HOTEL MH ATLÂNTICO, PENICHE



PROGRAMA CIENTÍFICO

XXXVI Reunião Anual **NGHD**NÚCLEO DE GASTRENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Programa Científico

Sexta-feira | 12 de novembro

07:30h Abertura do Secretariado

08:30-10:00h SESSÃO | CASOS CLÍNICOS

Presidente: Laura Carvalho

Moderadoras: Gabriela Duque e Patrícia Queirós

10:00-10:30h Sessão Abertura

10:30-10:50h Coffee break e visita aos Posters

10:50-11:30h SIMPÓSIO | B,C,D DAS HEPATITES VÍRICAS

GILEAD

Moderador: Filipe Calinas

Hepatite B – há que pensar na D?

Mariana Costa

Hepatite C - Simples (micro)eliminar?

Vitor Magno

I Comentários

Filipe Calinas

11:30-13:00h MESA-REDONDA | ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE LESÕES SUPERFICIAIS
DO TUBO DIGESTIVO

Presidente: Carla Rolanda

Moderadores: Pedro Barreiro e Francisco Baldague Silva

Esófago

Susana Mão de Ferro

Estômago

Aníbal Ferreira

Intestino delgado

Luís Lopes 🕮

Cólon e reto Mariana Cardoso

13:00-14:00h Almoço

14:00-15:30h MESA-REDONDA | DILEMAS E CONTROVÉRSIAS EM GASTRENTEROLOGIA

Presidente: Ana Paula Oliveira

Moderadoras: Julieta Felix e Liliana Eliseu

| Trombose da veia porta na cirrose hepática

Catarina Vieira

Doença de Crohn penetrante

Catarina Rego

Coleções peripancreáticas na pancreatite aguda

Bruno Peixe

Hemorragia digestiva média aguda

Bruno Rosa

15:30-16:10h SIMPÓSIO | QUANTO TEMPO FALTA PARA ELIMINAR A HEPATITE C

abbvie

EM PORTUGAL?

Moderadora: Alexandra Martins

Palestrantes: Cristina Fonseca e José Presa Ramos

16:10-16:30h Coffee break e visita aos Posters

16:30-17:00h CONFERÊNCIA | TERAPÊUTICA PERSONALIZADA

NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Presidente: Ana Vieira

Palestrante: Carolina Palmela

17:00-18:30h SESSÃO | COMUNICAÇÕES ORAIS

Presidente: João Ramos de Deus

Moderadores: Artur Antunes e Jorge Lage

18:30-20:00h Assembleia Geral NGHD

20:00h Jantar oficial da Reunião

XXXVI Reunião Anual **NGHD**NÚCLEO DE GASTRENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Sábado | 13 novembro

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h SESSÃO | INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS

Presidente: José Ramada

Moderadores: João Dinis Silva e Ricardo Cardoso

09:00-10:30h MESA-REDONDA | AUTOIMUNIDADE, GENÉTICA E AMBIENTE

Presidente: António Banhudo

Moderadores: Mariana Verdelho Machado e Iolanda Ribeiro

Pancreatite e colangite autoimunes

Alexandra Fernandes

Hiperferritinémia na doença hepática

Patrícia Sousa

Colestase genética no adulto

Catarina Gouveia

Esofagite e gastroenterite eosinofílicas

Rita Vale Rodrigues

10:30-10:50h Coffee break e visita aos Posters

10:50-11:30h SIMPÓSIO | INFLIXIMAB SUBCUTÂNEO: DA INOVAÇÃO À PRÁTICA CLÍNICA

KERN

Chair: Ana Vieira

Recent progress in anti-TNF therapies for inflammatory bowel disease Fernando Magro

Real world setting evidence

Francisco Portela

Discussion (AII)

Ana Vieira

Conclusões

Ana Vieira

11:30-11:50h CONFERÊNCIA | MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS E HEPÁTICAS DA INFEÇÃO POR SARS-COV2

Presidente: Jorge Silva Palestrante: Cláudio Martins

11:50-12:10h CONFERÊNCIA | IMPACTO DA PANDEMIA POR INFEÇÃO SARS-COV2 NA FORMAÇÃO DOS INTERNOS DE GASTRENTEROLOGIA

Presidente: Irina Mocanu

Palestrante: Filipa Bordalo Ferreira

12:10-12:30h COMUNICAÇÃO | ASSOCIATION NATIONALE DES HÉPATO--GASTROENTÉROLOGUES DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX DE FRANCE (ANGH)

Presidente: Isabelle Cremers

L'étude de l'impact de la pandémie COVID-19 sur le diagnostic et la prise

en charge du cancer colorectal

Marine Besnard

12:30-14:00h Almoço

14:00-15:30h SESSÃO | CASOS CLÍNICOS INTERATIVOS

Presidente: Maria Antónia Duarte

Moderadores: Vitor Magno e João Bruno Soares

15:30-16:00h Sessão de Encerramento e entrega de prémios

Melhor Caso Clínico

Melhor Comunicação Oral

Melhor Instantâneo Endoscópico OLYMPUS

Prémio Melhor Caso Clínico Interativo

XXXVI Reunião Anual **NGHD**NÚCLEO DE GASTRENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Resumos das Comunicações Livres

Casos Clínicos

CC 01

COLESTASE EM ADULTO JOVEM

Carina Leal; Maria Silva; André Ruge; Catarina Atalaia-Martins; Pedro Russo; Helena Vasconcelos Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A sarcoidose é uma doença sistémica cujo envolvimento hepático, embora habitualmente assintomático, ocorre em até 70% dos casos, sendo uma causa rara de colestase intrahepática.

Caso clínico: Homem, 22 anos, sem antecedentes patológicos ou hábitos tóxicos, recorre ao serviço de Urgência (SU) por quadro com 2 meses de evolução de anorexia e perda ponderal, agravado nas 2 semanas prévias com dor abdominal no hipocôndrio direito e colúria. Referia toma recente de omeprazol e Griponal[®]. À admissão, a destacar: escleras ictéricas; análises com hiperbilirrubinémia conjugada (Bilirrubina total 2.34 mg/dl), citocolestase (alanina e aspartato aminotransferases 198/137 U/L, fosfatase alcalina [FA] 1148 U/L); e ecografia abdominal com fígado hiperrefletivo e ectasia da via biliar principal. Apresentou melhoria clínico-analítica durante a hospitalização, tendo alta para consulta de Gastrenterologia, com pedido de colangiorresonância, admitindo-se provável coledocolitíase. A colangiorresonância foi normal e o estudo extenso de hepatopatias em curso foi negativo. Porém, verificou-se reagravamento analítico, pelo que iniciou ácido ursodesoxicólico (AUDC) e se propôs biópsia hepática (BH): houve resposta analítica favorável. O doente regressa ao SU com febre vespertina e tosse produtiva. À admissão, destacavam-se adenopatia dolorosa jugular e diminuição unilateral do murmúrio vesicular. Analiticamente. a referir elevação de FA (172 u/L), ausência de citólise e elevação de proteína C reativa. A tomografia computorizada torácica revelou padrão micronodular miliar bilateral e múltiplas adenopatias mediastínicas. Prosseguiu-se a investigação com broncofibroscopia, que mostrou mucosa brônquica hipervascularizada. A análise microbiológica exaustiva do lavado broncoalveolar (LBA) permitiu excluir infecão e o estudo fenotípico revelou aumento de linfócitos T com razão CD4/CD8 > 3.5. As biópsias brônquicas revelaram granulomas epitelioides não necróticos. Foi realizada BH que mostrou aspetos tradutores de hepatite granulomatosa. Estabeleceu-se o diagnóstico de sarcoidose com envolvimento pulmonar e hepático, tendo iniciado corticoterapia com boa resposta clínica e analítica.

Conclusão: A sarcoidose deve ser considerada no diagnóstico diferencial de alterações colestásticas. Apesar da ausência de recomendações, a afeção hepática é tipicamente manejada com AUDC ou corticoterapia. Reporta-se o caso pela apresentação atípica, diagnóstico diferencial e abordagem terapêutica.

CC₂

PAS, DNA, PCR – QUANDO OS ACRÓNIMOS FAZEM A DIFERENÇA

Luísa Martins Figueiredo¹; Catarina Graça Rodrigues¹; Maria Jesús Murillo²; David Horta¹; Alexandra Martins¹ ¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; ²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital da Luz de Lisboa

Descreve-se o caso de um homem de 55 anos. leucodérmico, com antecedentes de dislipidémia, hiperuricemia, síndrome depressivo e obesidade, medicado em conformidade. Recorreu a consulta de Gastrenterologia por quadro de diarreia crónica com vários anos de evolução, de 3 dejeções diárias, com agravamento nas últimas semanas para 10-12 dejecões diárias, de fezes líquidas, sem sangue, muco ou pus, acompanhada por urgência defecatória e por vezes incontinência. Negava outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo: doente obeso, pele e mucosa coradas e hidratadas, sem adenomegálias palpáveis, abdómen sem alterações. Analiticamente, a destacar ferropénia sem anemia; VS 9; PCR 0.02 mg/dL; albumina 4.1 g/dL; glicose 127 mg/dL; electroforese das proteínas sem alterações; função tiroideia normal; Ac anti-transglutaminase, HIV, coproculturas e exame parasitológico das fezes negativos. Realizou colonoscopia total com ileoscopia terminal e ecografia abdominal que não revelaram alterações relevantes, e endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou gastropatia erosiva e foram realizadas biopsias gástricas e duodenais. As biopsias gástricas foram compatíveis com gastrite crónica atrófica, Helicobacter pylori positivo (que erradicou). As biopsias duodenais revelaram distorção de vilosidades e presença de macrófagos na lâmina própria com espaços dilatados compatíveis com lipomatose, documentaram-se grânulos PAS+ no citoplasma dos macrófagos. Estes aspetos foram enquadráveis em doença de Whipple. A pesquisa do DNA do Tropheryma Whipple por PCR nas biopsias duodenais foi positiva.

Cumpriu 14 dias de antibioterapia com ceftriaxone 2g/d, seguido de sulfametoxazol+trimetoprim 800 + 160 mg bid. Teve boa resposta clínica, com resolução do quadro de diarreia e correção da ferropénia. Cumpriu recentemente 1 ano de antibioterapia, tendo repetido EDA com biopsias duodenais sem alterações e sem identificação de microorganismos.

A doença de Whipple é uma doença inflamatória sistémica rara causada pela bactéria *Tropheryma Whippleique* infiltra os órgãos e provoca uma ativação dos macrófagos. Caracteriza-se por uma síndrome de má absorção por envolvimento do intestino delgado, mas também pode afetar o sistema articular, nervoso central e cardiovascular. A pesquisa de PCR do *Tropheryma Whipple* nos tecidos positiva é patognomónica da doença. Se não tratada apresenta mortalidade de até 100% em 1 ano, se tratada apresenta remissão clínica em 70% dos doentes.

CC₃

NEOPLASIA GÁSTRICA E OCULAR EM MULHER JOVEM: DUAS ENTIDADES RARAS

Cristiana Sequeira¹; Inês Costa Santos¹; Mariana Coelho¹; Ana Carvalho²; Cláudio Martins¹; João Mangualde¹; Ana Luísa Alves¹; Ana Paula Oliveira¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal; ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: O leiomiossarcoma gástrico é um tumor muito raro e agressivo, que representa 0,1-3% das neoplasias gástricas. A caraterização imunohistoquímica é essencial para diferenciar o leiomiossarcoma e os tumores do estroma gastrointestinal (GIST), visto serem tumores com prognóstico diferente. O espectro sintomático é variado e inclui vómitos, anorexia, astenia, perda de peso, dor e hemorragia digestiva. A abordagem terapêutica contempla a ressecção cirúrgica.

Caso clínico: Os autores relatam o caso de uma mulher de 35 anos com antecedentes de

retinoblastoma hereditário (portadora da mutação do gene RB1) que recorreu ao serviço de urgência por quadro progressivo com 3 meses de evolução, caraterizado por astenia, anorexia e perda ponderal. Realizou avaliação analítica da qual se destacava anemia ferropénica grave (Hb 4,3g/dL; ferritina < 1ng/mL). Foi submetida a endoscopia digestiva alta identificando-se na face posterior do corpo alto, uma lesão polipoide com 55x45 mm, superficialmente ulcerada. Para caraterização realizou ecoendoscopia que mostrou uma formação nodular hipoecogénica com aparente origem na submucosa, sem adenopatias. Foram efetuadas biopsias bite--on-bite que mostraram células fusiformes e epitelioides; o estudo imunohistoquímico revelou positividade para actina e desmina e negatividade para miogenina, S100, CD34, CD99 e CD117, favorecendo o diagnóstico de sarcoma com diferenciação muscular. Esta avaliação foi confirmada por dois patologistas de instituições distintas. A TAC de estadiamento exclui envolvimento da serosa, presença de adenomegalias ou de lesões hepáticas/pulmonares. Após discussão multidisciplinar a doente foi submetida a cirurgia e a avaliação anatomopatológica confirmou tratar-se de um leiomiossarcoma gástrico, moderadamente diferenciado, contido na camada muscular própria, sem invasões veno-linfáticas, ausência neoplasia nos gânglios e margens livres. A doente mantém vigilância. sem evidência de recidiva.

Conclusão: Os autores destacam o caso pela sua raridade e pelo desafio diagnóstico que as lesões subepiteliais gástricas constituem. O retinoblastoma hereditário aumenta o risco de neoplasias metacronas, tais como os sarcomas com origem nos tecidos moles. Este é o segundo caso descrito na literatura de leiomiossarcoma gástrico. Apesar de não ser conhecida a etiologia dos leiomiossarcomas gástricos primários, neste caso, as alterações estruturais do gene RB1 podem ter contribuído para a sua patogénese.

CC 4

NÓDULO HEPÁTICO: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Inês Costa Santos¹; Cristiana Sequeira¹; Mariana Coelho¹; Cláudio Martins¹; Ana Carvalho²; Matilde Gonçalves²; Ana Paula Oliveira¹ ¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal; ²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

Os autores relatam o caso de um homem de 74 anos, com história conhecida de Mielofibrose primária, sob última linha terapêutica com ruxolitinib, admitido por dor abdominal, icterícia e colúria. À admissão apresentava-se ictérico, com dor intensa à palpação da região epigástrica e hepatoesplenomegália. Analiticamente com Hb 9g/dL (microcítica/ hipocrómica), trombocitopénia e citocolestase hepática de novo, com hiperbilirrubinémia direta (BilT 8.15mg/ dL). A ecografia abdominal revelou nódulo heterogéneo, majoritariamente hipoecogénico, com 9,7 x 7,5cm no lobo hepático esquerdo. Em RM abdominal realizada no ano anterior, documentava-se nódulo de 3 cm na mesma topografia hepática, com características de hemangioma. No internamento, verificou-se aumento marcado da citocolestase e hiperbilirrubinémia (BilT máxima 30mg/dL), acompanhado de agravamento da anemia e trombocitopénia, prolongamento do INR e aumento da LDH, tendo sido colocada a hipótese de síndrome de Kasabach-Merritt em contexto de hemangioma gigante, não confirmada posteriormente dada a ausência de outros achados de coagulopatia de consumo. A TC abdomino-pélvica documentou captação irregular do contraste endovenoso na periferia e centro da lesão hepática, idêntica nas fases arterial e portal, e dilatação das VBIH e VBP hilar, sem aparente componente obstrutivo. Os marcadores tumorais eram negativos, à exceção de um aumento discreto do CA 19-9. Foi então solicitada CPRM, que revelou infiltração hilar com extensão às VBIH e lesão nodular hepática com

captação heterogénea de contraste e restrição à difusão, sugerindo eventual colangiocarcinoma intra-hepático com extensão hilar. Perante o estudo inconclusivo, foi realizada biopsia ecoguiada da lesão hepática, com a histologia surpreendente de hematopoiese extramedular (HEM).

O diagnóstico diferencial de tumores hepáticos pode revelar-se complexo. Para além do vasto leque de potenciais etiologias, benignas ou malignas, nem todos os tumores apresentam características imagiológicas distintivas. Apresenta-se um caso raro de HEM focal hepática exuberante em contexto de Mielofibrose primária, doença mieloproliferativa que habitualmente cursa com hepatoesplenomegália difusa. A variabilidade de características imagiológicas que estas lesões focais podem assumir, particularmente quando se apresentam como formações nodulares, torna-as num verdadeiro desafio diagnóstico, no qual a biopsia hepática assume um papel chave.

CC 5

EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL – UMA NOVA TÉNICA PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA

Ana C. Carvalho¹; Pedro Lopes²; Filipa Sousa²; Inês Mónica³; Pedro Sousa²

¹Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ²Serviço de Radiologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; ³Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Distrital da Figueira da Foz

Homem, 47 anos, com antecedentes de cirrose hepática de etiologia alcoólica Child Pugh classe B, com hipertensão portal documentada, varizes retais e doença hemorroidária.

Em maio de 2020 iniciou quadro de retorragias com repercussão analítica e necessidade transfusional e marcial parentérica. Realizou estudo endoscópico alto – sem evidência de varizes esofágicas ou gástricas – e baixo, com varizes retais grandes (> 20 mm) e hemorróidas internas congestivas, sem ponto hemorrágico iden-

tificado. Foi orientado para consulta de Cirurgia Geral, tendo a avaliação proctológica revelado hemorróidas grau III com hemorragia ativa de baixo débito — foi submetido a duas sessões de esclerose com polidocanol espumoso a 2% (outubro de 2020 e fevereiro de 2021), bem como laqueação elástica em novembro de 2020.

Apesar da terapêutica efetuada, manteve queixas de retorragias associadas a agravamento de anemia com necessidade transfusional. Neste sentido, foi submetido à colocação de shunt porto-sistémico intrahepático transjugular (TIPS) em abril de 2021 no IPO Porto, tendo realizado de forma concomitante embolização das varizes retais.

Manteve-se assintomático até julho de 2021, momento em que apresentou recidiva de retorragias com agravamento de anemia. Pelo elevado risco cirúrgico associado e escassa probabilidade de resolução clínica, não foi considerado como candidato a abordagem cirúrgica.

Pela refratoriedade, foi solicitada colaboração do CHVNG e submetido a embolização superseletiva dos ramos terminais direito e esquerdo da artéria retal superior, com micro-coils metálicos, sob acesso femoral direito. O procedimento decorreu sem complicações imediatas. Até à data, o doente não apresentou novos episódios de hemorragia digestiva.

Conclusão: As varizes retais são colaterais portossistémicos que se formam como consequência da hipertensão portal. Não devem ser confundidas com hemorróidas, que representam ectasias venosas prolapsadas no canal anal. No entanto, estas entidades podem coexistir, principalmente em doentes com doença hepática crónica. Apresenta-se o caso pelo interesse da discussão de uma técnica alternativa e promissora no tratamento da doença hemorroidária, principalmente em doentes refratários ou com comorbilidades que limitem as opções terapêuticas.

CC₆

PROCTITE INFECIOSA: DUAS APRESENTAÇÕES ATÍPICAS, O MESMO AGENTE

Inês Costa Santos¹; Cristiana Sequeira¹; Mariana Coelho¹; Cristina Teixeira¹; Cláudio Martins¹; Élia Gamito¹; Ana Carvalho²; Matilde Gonçalves²; Ana Paula Oliveira¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal; ²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

A infeção por *Chlamydia trachomatis*, transmitida por via sexual, manifesta-se habitualmente como tracoma ou linfogranuloma venéreo (LGV), este último tipicamente caraterizado por adenopatia dolorosa inguinal unilateral. Esta infeção pode também atingir a mucosa retal, como ilustram os dois casos seguintes.

Homem de 29 anos, com história conhecida de infeção por VIH-1, com cumprimento irregular da terapêutica antirretroviral, recorreu ao Servico de Urgência por hematoguézias de sangue vivo e tenesmo com 6 dias de evolução. Ao exame proctológico observavam-se coágulos e sangue vivo na região perianal, identificando-se, ao toque retal, depressão posterior, indolor. A retossigmoidoscopia (RSC) revelou extensa lesão ulcerada de bordos irregulares e elevados. friável e de centro escavado, envolvendo o andar superior do canal anal e reto baixo, que se biopsou. Analiticamente sem anemia ou leucocitose, PCR de 3 mg/dL, carga viral VIH-1 elevada e 2% de células T CD4+. Dada a suspeição clínica, foi realizada pesquisa de C. trachomatis no exsudado anorretal, que se revelou positiva. As biopsias revelaram mucosa com intenso infiltrado inflamatório misto da lâmina própria, áreas de criptite e extensa ulceração, sem atipia, favorecendo o diagnóstico de LGV retal. Homem de 32 anos, referenciado à Consulta por obstipação desde há 1 ano, acompanhada

por hematoquézias de sangue vivo, dejeções

com muco e tenesmo nos últimos 5 meses.

Analiticamente sem alterações. A RSC identificou, entre a transição anorretal e os 8cm da margem anal, mucosa congestionada, com ulcerações longitudinais e abundante exsudado, condicionando estenose aos 8 cm, franqueável, tendo sido realizadas biopsias, que revelaram mucosa com infiltrado inflamatório misto, sem atipia. A pesquisa de *C. trachomatis* no exsudado anorretal foi positiva.

Ambos foram medicados com doxiciclina, com melhoria significativa da sintomatologia, encontrando-se a aguardar reavaliação endoscópica. Apresentam-se dois casos de infeção da mucosa retal por *C. trachomatis*, o primeiro apresentando-se como LGV atípico, o segundo já complicado de estenose, impondo diagnóstico diferencial com neoplasia maligna e doença inflamatória intestinal, respetivamente. Pretende-se alertar para a importância de considerar esta etiologia no diagnóstico destas lesões, para que esta infeção seja atempadamente diagnosticada e tratada, evitando o desenvolvimento de complicações locais, como fístula colorretal ou estenose, e sistémicas.

CC 7

HIPERTENSÃO PORTAL EM IDADE JOVEM: DUAS ETIOLOGIAS RARAS

Cristiana Sequeira; Inês Costa Santos; Mariana Coelho; Cláudio Martins; João Mangualde; Élia Gamito; Ana Paula Oliveira Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Setúhal

Caso clínico: Os autores relatam o caso de um homem de 49 anos, sem antecedentes relevantes, referenciado a consulta de Gastrenterologia por deteção de varizes esofágicas grandes em endoscopia digestiva alta efetuada no contexto de dispepsia. Clinicamente não apresentava encefalopatia, ascite, sinais de doença hepática crónica ou hepatoesplenomegalia. Negava consumo de álcool ou história familiar de doença hepática.

Foi iniciada marcha para esclarecimento etio-

lógico da hipertensão portal. Analiticamente destacava-se trombocitopénia, ausência de disfunção hepática (INR 1,3; albumina 4,2 g/dL, bilirrubina total 1,27 mg/dL) e electroforese de proteínas com hipergamaglobulinémia policional ligeira. As serologias para vírus hepatotrópicos, o estudo autoimune e metabólico mostrou-se negativo com excepção para o doseamento sérico baixo da alfa-1-antitripsina. A ressonância magnética abdominal revelou um parênquima hepático heterogéneo, esplenomegália moderada e trombose da porta com transformação cavernomatosa.

A hipótese de doença hepática associada a alfa-1-antitripsina foi corroborada pelo estudo genético que identificou a mutação do gene de SERPINA1 (fenótipo PI*SZ). Adicionalmente, na investigação etiológica da trombose portal, excluiu-se história de infeção ou de traumatismo abdominal, bem como de doença mieloproliferativa (estudo JAK2 negativo) ou neoplasia hepatobiliar. O estudo das trombofilias hereditárias revelou mutação do gene da protrombina (PT20210G > A) e do inibidor do ativador do plasminogénio (PAI-15G/4G), ambos fatores de risco major para trombose venosa.

Após erradicação endoscópica das varizes esofágicas foi iniciada terapêutica anticoagulante, mantendo-se atualmente em *follow-up* e sem evidência de descompensação da doença hepática.

Conclusão: A deficiência da alfa-1-antitripsina é uma proteinopatia que constitui a segunda causa metabólica mais frequente de doença hepática. A sua incidência encontra-se provavelmente subestimada dada a sua apresentação inespecífica, pelo que deve ser considerado o seu despiste em indivíduos com doença hepática de etiologia não esclarecida. Destaca-se o caso pela singularidade da conjugação de duas etiologias raras de hipertensão portal em indivíduo jovem.

CC 8

MEGACÓLON TÓXICO: TRÊS EM UM?

Catarina Nascimento; Joana Revés; Bárbara Morão; Carolina Palmela; Luís Mascarenhas; Mónica Oliveira; Luísa Glória; Lídia Roque Ramos Hospital Beatriz Ângelo Hospital da Luz

Homem de 60 anos, com história de sífilis (VDRL negativo; TPHA 1:80) com lesão peniana, tratada com penicilina e infecão por *Chlamydia* trachomatis. Internado por diarreia (10 dejeções sanguinolentas/dia) com 1 semana de evolução. febre e PCR 23 mg/dl. A rectosigmoidoscopia mostrou apagamento do padrão vascular, edema, friabilidade e úlceras serpinginosas superficiais.Iniciou ciprofloxacina e metronidazol com melhoria analítica, mantendo franca dilatação cólica. As coproculturas e pesquisa da toxina do Clostridium foram negativas, excluída infeção por bactérias enteroinvasivas, TPHA positivo (título 1:640). VDRL negativo. As biópsias cólicas mostraram intensa inflamação crónica de predomínio plasmocitário, com imunohistoquímica dirigida a CMV negativa e a Treponema pallidum positiva. Dada a gravidade do quadro, iniciou penicilina em dose meníngea. Repetiu rectosigmoidoscopia com áreas de mucosa poupada, contudo com úlceras mais extensas e profundas cobertas com inducto mucoso/purulento. A histologia favorecia etiologia infeciosa, não se excluindo doença inflamatória intestinal (DII) pelos aspetos focais de cronicidade. Por persistência do quadro, apesar da penicilina, proposto valganciclovir empírico, que não se chegou a iniciar por evolução para megacólon tóxico com colectomia total e ileostomia. A peca operatória mostrou pancolite aguda de padrão ulcerativo a CMV. À posteriori, foi realizada pesquisa de DNA de Treponema pallidum e CMV nas amostras das retosigmoidoscopias anteriores, ambas negativas para os 2 agentes. Após a alta, o doente referia emissão de muco pelo ânus sem sangue. Repetiu retoscopia que revelou mucosa congestiva com apagamento do padrão vascular e friabilidade, achados sugestivos de colite de derivação. As biópsias, todavia, apresentavam proctite crónica em fase ativa com achados morfológicos consistentes com colite de derivação e DII. O doente foi medicado com mesalazina tópica.

O megacólon tóxico é uma condição potencialmente fatal caracterizada por dilatação cólica e toxicidade sistémica. A DII é uma causa bem estabelecida, mas impõe-se o diagnóstico diferencial com colite infeciosa. A sífilis manifesta-se tipicamente sobre a forma de proctite, sendo raro o envolvimento cólico, e a infeção por CMV pode ser a causa primária ou resultar de sobreinfeção na DII. Este caso ilustra o desafio diagnóstico da etiologia do megacólon, da sua terapêutica empírica até um diagnóstico definitivo e do timing cirúrgico quando a terapêutica médica falha.

CC 9

ETIOLOGIA INESPERADA DE ABCESSOS HEPÁTICOS

Nélia Abreu; Joana Réves; Catarina Neto; Barbara Morão; Lídia Roque Ramos; Catarina Gouveia; Alexandre Ferreira; Luísa Glória Serviço de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo

Apresentamos o caso clínico de um homem de 53 anos, ex-fumador, com antecedentes pessoais de pancreatite crónica calcificante com estenose da via biliar principal, diabetes mellitus tipo 3, litíase vesicular, hipertensão arterial e cardiopatia isquémica. A destacar internamento prolongado em 2012 por bacteriémia a *Klebsiella pneumoniae* complicada de abcessos pulmonares, hepáticos e subdurais e espondilodiscite. Seguimento em consulta de pneumologia por alterações estruturais do parênquima pulmonar de etiologia a esclarecer.

O doente foi internado em abril de 2021 por icterícia obstrutiva complicada de colangite aguda e nódulos hepáticos sugestivos de abcessos. Durante o internamento realizou CPRE com drenagem da via biliar e antibioterapia de largo espectro durante 4 semanas, com melhoria clínica e analítica. Re-internamento dois meses depois por quadro de febre e dor abdominal, acompanhado de elevação dos parâmetros inflamatórios e agravamento da citocolestaste. A tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica (TC TAP) demonstrava persistência de nódulos hepáticos e alterações do parênquima pulmonar previamente conhecidas. Admitido processo infecioso com ponto de partida biliar, tendo iniciado antibioterapia com piperacilina/tazobactam e realizada CPRE com drenagem da via biliar e colocação de prótese biliar metálica totalmente coberta. Citologia de estenose da via biliar principal negativa para células neoplásicas.

Por febre mantida, escalada antibioterapia para meropenem e vancomicina que cumpriu durante 28 e 21 dias, respetivamente. Excluídos outros focos de infeção com repetição seriada de culturas, ecocardiograma, TC da coluna cervico-dorso-lombar e broncofibroscopia (BFO) com culturas do lavado broncoalveolar (LBA) e secreções brônquicas negativas.

Face a ausência de resposta dos nódulos hepáticos à antibioterapia, foi submetido a biópsia de um dos nódulos, que revelou extenso processo inflamatório crónico granulomatoso necrotizante, com células gigantes multinucleadas e pesquisa de micobactérias álcool ácido resistentes negativa por imunohistoquímica.

Após discussão multidisciplinar, optou-se pela repetição da TC TAP, destacando-se a presença de disseminação miliar pulmonar de novo. Realizou nova BFO com pesquisa de DNA de Micobacterium tuberculosis positiva e biópsias pulmonares transbrônquicas com a presença de granuloma necrotizante.

Considerou-se como diagnóstico final o de tuberculose miliar, com início da terapêutica anti-bacilar. O envolvimento hepático pela tuberculose está descrito em 25% dos doentes com tuberculose pulmonar, e em 80% dos casos de tuberculose extrapulmonar, sendo um importante e raro diagnóstico diferencial do abcesso hepático.

CC 10

ICTERÍCIA E HIPERCOLESTEROLEMIA GRAVE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Cristiana Sequeira¹; Inês Costa Santos¹; Mariana Coelho¹; Ana Natário²; Matilde Gonçalves³; Maria Elisa Micaelo⁴; João Mangulde¹; Ana Luísa Alves¹; Ana Paula Oliveira¹ ¹Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal; ²Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar de Setúbal; ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Setúbal; ⁴Laboratório de Análises Clínicas, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Introdução: A hepatite E é uma causa de hepatite aguda frequentemente ignorada na ausência de contexto epidemiológico. Pode manifestar-se como hepatite colestática, em particular em doentes imunossuprimidos, à semelhança do descrito para outros vírus hepatotrópicos. O fígado tem um papel central no metabolismo lipídico e das lipoproteínas, assim, nas doenças colestáticas é frequente encontrar um aumento significativo do colesterol total à custa da lipoproteína X, uma fração lipoproteica anómala.

Caso clínico: Os autores relatam o caso de um homem de 44 anos, com antecedentes de pseudotumor inflamatório da órbita sob prednisolona (1 mg/kg), internado por icterícia indolor com uma semana de evolução. Negava tóxicos ou álcool. Na avaliação analítica inicial destacava-se citocolestase hepática (ALT 2021U/L, AST 619UI/, BiIT 18,33 mg/dL, GGT 929 U/L FA 480 U/L) e hipercolesterolemia (colesterol total 1159 mg/dL). A TAC abdominal exclusiu lesões focais hepáticas e obstrução biliar. Salienta-se da investigação etiológica serologias virais (VHA. VHB, VHC, EBV, CMV, HSV e HIV), autoimunidade e estudo metabólico negativos. A biópsia hepática revelou necrose hepatocelular e colestase. A hipótese de hipercolesterolemia secundária a lipoproteína X foi colocada atendendo à colestase e ausência de história pessoal de hipercolesterolemia. O rácio Colesterol total: apoliproteína B elevado e os achados do lipidograma favoreciam o diagnóstico. Pelos riscos inerentes à hipercolesterolemia grave persistente sem identificação/resolução da causa da colestase, o doente foi submetido a plasmaferese com reposição de albumina, com normalização mantida do perfil lipídico e melhoria da enzimologia hepática. O diagnóstico de hepatite E aguda (IgM positivo, IgG positivo, carga viral 320U/L) foi confirmado posteriormente. Dada a melhoria clinico-laboratorial optou-se por reduzir a carga imunossupressora, manter vigilância e protelar a terapêutica antiviral. Foi excluída progressão de infeção para cronicidade por manter imunossuprimido aos 6 meses.

Conclusão: O manejo terapêutico desta entidade é desafiante pela ausência de resposta a agentes hipolipemiantes e necessidade de identificar e tratar a causa da colestase, reservando-se a plasmaferese para os casos graves. Descrevemos assim o primeiro caso reportado na literatura de hipercolesterolemia associada a lipoproteína X decorrente de causa colestática viral, com resposta a plasmaferese e à eliminacão espontânea do vírus de hepatite E.

CC 11

PANCREATITE AIGUE ET PARALYSIE FACIAL

Appoline Leproux *CH Delafontaine Saint Denis*

A 41 year old male patient with a past medical history of aortic valve replacement by biological prosthesis linked with a severe aortic insufficiency and a MODY 2 diabetes type, non treated, presented in the Delafontaine hospital emergency department for epigastric pain associated with face assymetria.

On physical examination, he was afebrile, there was no abdominal tenderness elicited on palpation, and a peripheral facial paralysis was diagnosed.

The laboratory tests revealed a serum lipase at 284UI/I (more than 3 times upper limit of

normal), a moderated transaminase elevation (AST 1.5N, ALT 1.5N), an anicteric cholestasis (GGT 8N, PAL 4N) and an uncontrolled diabetes (HbA1C=15%). Triglycerides and calcemia serum levels were normal.

There was no gallbladder lithiasis described on the abdominal ultrasonography, and the computed tomographic scan of the abdomen, performed at day 3, showed diffuse pancreas inflammation without necrosis (CTSI 2).

A thoracic CT revealed bilateral mediastinal lymphadenopathies.

Furthermore, a granulomatous bilateral uveitis was fortuitously found on the ophthalmological examination.

Which system disease do you suspect? How would you easily confirm the diagnosis?



Resumos das Comunicações Livres

Comunicações Orais

CO 1

DIARREIA CRÓNICA: IMPACTO DA AUDITORIA INTERNA NA QUALIDADE EM COLONOSCOPIA

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

Introdução: Atualmente, no estudo de diarreia crónica está recomendada a realização de ileoscopia e de biópsias aleatórias do cólon direito e esquerdo na ausência de alterações macroscópicas. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade em colonoscopia na investigação diagnóstica de diarreia crónica e, seguidamente, o impacto desta auditoria na performance endoscópica.

Métodos: Estudo de intervenção que englobou três momentos: auditoria interna, exposição de resultados e feedback. A auditoria incluiu todas as colonoscopias totais realizadas entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019 no seguimento do estudo de diarreia crónica e sem alterações na mucosa cólica. A exposição de resultados decorreu em fevereiro de 2020 durante uma reunião de serviço. O feedback da auditoria foi avaliado numa amostra que incluiu todas as colonoscopias realizadas entre abril de 2020 e junho de 2021 (após exposição), aplicando os mesmos critérios de inclusão, e um número equiparável de colonoscopias consecutiva, extraídas da auditoria e realizadas imediatamente antes da exposição.

Resultados: A auditoria interna incluiu 137 colonoscopias totais (62,8% mulheres, idade média 60,7 ± 17 anos) com a realização de biópsias aleatórias em 58.4% (n = 80) e ileoscopia em 31,4% (n = 43) dos doentes. A amostra feedback incluiu 85 colonoscopias (42 pré e 43 pós exposição, respetivamente) e a maioria era do género feminino (61,2%) com uma idade média de 62.58 anos. Globalmente. foram realizadas biópsias aleatórias e ileoscopia em 58,8% e 31,8%, respetivamente. A exposição de resultados permitiu aumentar significativamente a realização de biópsias aleatórias (26,2% vs 37,2%, p = 0,275), apesar da última não ser significativa.

Conclusão: A realização de auditoria interna e a exposição dos seus resultados permitiu melhorar a qualidade na colonoscopia no estudo de diarreia crónica através do aumento da realização de biópsias aleatórias e ileoscopia.

CO 2

CONHECIMENTO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: O QUE SABEM OS DOENTES?

Cristiana Sequeira; Inês Costa Santos; Mariana Coelho; Cristina Teixeira; João Mangualde; Isabelle Cremers; Ana Paula Oliveira Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: Cada vez existe mais informação disponível sobre a doença inflamatória intestinal (DII). Contudo, permanece por esclarecer se a disponibilidade de conhecimento se traduz numa maior compreensão desta entidade pelos doentes.

Objetivos: Averiguar se fatores individuais influenciam o grau de conhecimento de cada doente e se este tem impacto ao nível da adesão à terapêutica e qualidade de vida.

Métodos: Foram aplicados os questionários IBD-KNOW, *Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (SIBDQ-PT) e *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8-PT) a doentes com DII que foram avaliados consecutivamente em consulta externa ou hospital de dia. Foram analisados os fatores associados a níveis mais elevados de conhecimento sobre DII.

Resultados: Foram incluídos 74 doentes (sexo masculino: 51%; idade mediana: 46 anos [amplitude interquartil (AIQ): 25-67]), dos quais 54% (n = 40) apresentavam Doença de Crohn. A duração mediana da DII era de 5 anos (AIQ: 1-16 anos). Os médicos/enfermeiros (n = 67) e a internet (n = 26) foram considerados as principais fontes de conhecimento. A mediana do score IBD-KNOW foi 13 (AIQ: 7-19), sendo que a percentagem de respostas corretas foi maior nas áreas da vacinação (78%), epidemiologia (43%) e anatomia (27%) e menor no conhecimento referente à reprodução (21%), estilo de vida (21%), fisiologia (14%) e cirurgia (14%). A maioria dos doentes (68%, n = 53) sabe que a DII com vários anos de evolução é um fator de risco para cancro colorretal e reconhece a

importância do rastreio. O *score* mediano IBD-KNOW foi estatisticamente superior em doentes com internamento prévio por agudização (p = 0,01), submetidos a cirurgia intestinal (p = 0,04) e com doença com mais de 5 anos de evolução (p = 0,04). Não se identificaram diferenças de acordo com o nível educacional. Os doentes aderentes à terapêutica (MMAS-8-PT=8) não apresentaram *scores* mais elevados (p = 0,09) e não se verificou uma correlação positiva entre *score* IBD-KNOW e o SIBDQ (p = 0,415).

Conclusão: A doença mais prolongada e a existência de internamento/cirurgia prévia relacionada com a doença associaram-se a um nível de conhecimento mais elevado. Não existe associação entre a qualidade de vida e adesão à terapêutica e o nível de conhecimento. Os autores pretendem utilizar esta análise para no futuro direcionar a promoção de programas de educação para a saúde, de modo a colmatar as áreas com maiores défices de conhecimento.

CO 3

PERCEPÇÃO DOS DOENTES PORTUGUESES ACERCA DA QUALIDADE DE TRATAMENTO NOS ENSAIOS CLÍNICOS DE DII – ESTUDO TRANSVERSAL MULTICÊNTRICO

João A. Cunha Neves^{1,2}; Joana Roseira^{1,2}; Juliana Serrazina³; Samuel Fernandes³; Mariana Brito⁴; Cristiana Sequeira⁵; Tânia Gago^{1,2}; Helena Tavares De Sousa^{1,2} ¹Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ²ABC — Algarve Biomedical

Centre, University of Algarve, Faro, Portugal;

³Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia - Centro
Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; ⁴Serviço de
Gastrenterologia - Hospital Garcia da Orta; ⁵Serviço de
Gastrenterologia - Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: Os doentes incluídos em ensaios clínicos são únicos. Para além da exposição a intervenções experimentais, são sujeitos a enorme burocracia, análises, procedimentos e visitas hospitalares. A percepção da qualidade

de tratamento dos doentes portugueses com Doença Inflamatória Intestinal (DII) integrados em ensaios clínicos nunca foi estudada.

Objetivos: Avaliar a percepção da qualidade de tratamento dos doentes portugueses com DII integrados em ensaios clínicos.

Material e métodos: Estudo transversal multicêntrico, que incluiu doentes com DII que integraram ensaios clínicos de 2017 a 2021. Foi elaborado um questionário piloto, composto por 20 perguntas de questionários validados (Quote IBD; CACHE), dividido em 3 categorias (informação, comunicação e equipa assistencial), após discussão entre especialistas em DII e uma amostra de conveniência de 3 doentes. Estatística: Mann--Whitney U, qui-quadrado, teste exacto de Fisher e coeficiente de correlação de Spearman.

Resultados e conclusões: Incluídos 41 doentes de 4 centros hospitalares (mediana de idades 39 [AIQ 31.5-51] anos; 46.3% sexo masculino; 53.7% Doença de Crohn; 46.3% Colite Ulcerosa; média de duração de doença: 11.1 ± 6.5 anos). A satisfação global foi excelente (score mediano: 9/10). As características sociodemográficas dos doentes não influenciaram a satisfação global. Contudo, 16 das questões colocadas apresentavam uma correlação significativa com a satisfação global dos doentes, com as correlações mais fortes a verificarem-se com temas como: "satisfação com o tratamento" (r = 0.62), "compreensão dos problemas por parte dos médicos" (r = 0.51), "situação familiar/laboral" (r = 0.51), "conselhos nutricionais/ de exercício" (r = 0.54) e "encorajamento para participar em programas da comunidade" (r = 0.52) (p < 0.001 para todos). Todavia, estas duas últimas temáticas influenciaram, de forma negativa a satisfação global (Likert *score* < 3 *vs.* > 3: 14.7 vs. 23, p = 0.04; 16.68 vs. 24.06, p = 0.04, respectivamente).

Os doentes com DII avaliados classificaram a qualidade de tratamento como excelente e influenciada por diferentes determinantes.

Este trabalho sublinha que domínios como "encorajamento para participar em programas da comunidade" e "conselhos nutricionais/de exercício" são relevantes para os doentes e necessitam de um maior enfoque por parte dos médicos envolvidos nos ensaios clínicos de DII.

CO 4

AVALIAÇÃO DA PROTEÇÃO INDIVIDUAL DE PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM UNIDADES DE ENDOSCOPIA, ANTES DA PANDEMIA COVID-19

Diana Ramos; Marisa Linhares; Inês Pestana; Marco Raposo; Ana Caldeira; António Banhudo III.S Castelo Branco

Introdução: Com a pandemia COVID 19, as medidas de proteção individual durante procedimentos endoscópicos foram reforçadas. No entanto, antes de tudo isto, profissionais que trabalhavam em unidades de endoscopia já estavam expostos a fluídos corporais, enfrentando um risco acrescido de infeção por outros microrganismos. Portanto, mesmo antes da pandemia, precauções universais de proteção pessoal deveriam ser aplicadas durante endoscopias.

Objetivo: Avaliar o nível de proteção individual de gastroenterologistas e enfermeiros que trabalhavam em unidades de endoscopia, antes da pandemia de COVID-19.

Material and métodos: Um questionário online com 20 perguntas foi distribuído pelo CE-REGA, a gastrenterologistas e enfermeiros. 104 profissionais, de unidades de endoscopia de diferentes hospitais do país, responderam ao questionário.

Resultados: Participaram 76 gastroenterologistas, 15 internos e 13 enfermeiros. 83% dos inquiridos trabalha num hospital público. Todos os profissionais usam luvas durante os procedimentos endoscópicos e 63% usam aventais/batas impermeáveis. No entanto, 59% nunca/raramente usam máscara e 86% não usam proteção facial/ocular.

85% dos profissionais lava as mãos, na maioria das vezes, antes e depois das endoscopias. No entanto, apenas 36% admite cumprir em grande parte das vezes as regras corretas de lavagem. Os principais motivos para justificar a má adesão a estas medidas foram: descuido dos profissionais, custo alto/falta de acessibilidade aos equipamentos e a sua interferência na performance pessoal.

96% dos inquiridos admitem que a adesão às medidas de proteção individual irá melhorar após a pandemia.

Conclusão: Antes da pandemia, os profissionais que trabalhavam em unidades de endoscopia não aplicavam efetivamente as precauções recomendadas para se protegerem contra os riscos infeciosos enfrentados durante endoscopias. A pandemia COVID -19 parece ter aumentado o nível de consciência dos profissionais. Embora existam alguns obstáculos, eles parecem motivados para mudar de atitude no futuro. Uma futura re-avaliação será útil para descobrir se houve uma mudança significativa e permanente dos hábitos.

CO 5

INSTRUMENTO OBJECTIVO ADICIONAL PARA UMA ABORDAGEM TOP-DOWN NA DII – O NOVO CICA INDEX E CALPROTECTINA FECAL

João A. Cunha Neves^{1,2}; Joana Roseira^{1,2}; Pedro Campelo^{1,2}; Helena Tavares De Sousa^{1,2} ¹Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ²ABC — Algarve Biomedical Centre, University of Algarve, Faro, Portugal

Introdução: Os factores de mau prognóstico para a doença de Crohn (DC) grave encontram-se bem definidos. Adicionalmente, foi recentemente desenvolvido um instrumento baseado em valores séricos (CICA index) para predizer falência terapêutica aos imunomoduladores e necessidade de escalar tratamento na DC. Por outro lado, o curso da colite ulcerosa (CU) continua a ser de difícil predição numa fase inicial.

Objetivos: Investigar a acuidade do CICA para a CU e para uma coorte (DC + CU) de Doença Inflamatória Intestinal (DII). Realizar uma avaliação pioneira da performance da calprotectina fecal (CF) como preditor de falência terapêutica com imunomoduladores — análise não realizada pelos autores originais durante o desenvolvimento do CICA.

Material e métodos: Estudo retrospectivo observacional (2014-2020) incluindo todos os doentes bio-naïve com DII, que iniciaram terapêutica com imunomoduladores. O cálculo do CICA inclui os valores máximo e mínimo de proteína C-reactiva e albumina, respectivamente, nos 3 meses que antecederam o início da terapêutica com imunomoduladores. A acuidade do CICA e a performance da CF foram avaliadas para as coortes de CU e DII. Estatística: teste T-student, qui-quadrado e análise de curva ROC.

Resultados e conclusões: Incluídos 121 doentes (mediana de idades 38 [AIQ 25-52] anos; 48.8% sexo masculino; 44.6% CU). Verificou-se falência terapêutica com imunomoduladores em 82 doentes (44 DC; 38 CU). O CICA foi um preditor adequado de falência terapêutica para ambas as coortes de CU e DII (falência *vs.* não falência: -0.18 *vs.* -0.67, p = 0.04; -0.12 *vs.* -0.52, p = 0.01; respectivamente), com boa acuidade (AUC 0.69, p = 0.03; AUC 0.65, p = 0.006; respectivamente). No entanto, a CF demonstrou a melhor acuidade para predizer o *outcome* (AUC 0.92, p = 0.001, para CU; AUC 0.92, p < 0.001 para DII).

O CICA index foi fácil de aplicar e demonstrou acuidade adequada para predizer falência terapêutica com imunomoduladores na CU e DII. Assim, esta ferramenta poderá ser útil como instrumento objectivo a aliar aos já conhecidos factores clínicos de mau prognóstico. De salientar que a CF superou o CICA para predizer falência terapêutica aos imunomoduladores em ambas as coortes, requerendo validação adicio-

nal como biomarcador e eventualmente como parte integrante de um CICA index optimizado, quando uma estratégia terapêutica *top-down* é equacionada.

CO 6

A SEGURANÇA NAS UNIDADES DE ENDOSCOPIA DURANTE A PANDEMIA POR SARS-COV2

Margarida Gomes Gonçalves; Andreia Guimarães; Tânia Carvalho; Pedro Antunes; Sofia Mendes; Bruno Arroja; Ana Rebelo; Raquel Gonçalves Hospital de Braga

Indrodução: A pandemia COVID 19 mudou drasticamente o dia-a-dia de todos os sistemas de saúde a nível mundial e as unidades de endoscopia não foram exceção. Os exames endoscópicos foram considerados exames com alto risco de transmissão pelo que desde cedo se questionou a segurança das unidades de endoscopia e a consequente necessidade de rastreio SARS-COV2 pré endoscopia.

Objetivo: Avaliar a segurança das unidades de endoscopia durante a pandemia por COVID 19 bem como avaliar a eficácia/necessidade de rastreio SARS-COV2 prévio aos exames endoscópicos.

Material e métodos: Estudo unicêntrico e prospetivo realizado entre setembro de 2020 e fevereiro de 2021. Foram incluídos todos os exames endoscópicos de ambulatório realizados neste período de tempo, sendo o rastreio pré endoscopia realizado por questionário ou teste PCR de SARS COV 2. Os dados foram obtidos através do processo clínico e da plataforma Trace COVID.

Resultados: Durante o periodo do estudo foram realizados um total de 2166 exames endoscópicos, sendo o exame mais frequentemente realizado a endoscopia digestiva alta (43,4%, n = 940) Os doentes incluídos apresentaram uma média de idades de 61,8 anos e eram maioritariamente do sexo masculino (56,2%, n = 1218). 3,7% (n = 81) dos doentes já tinha tido infeção

por COVID 19 no passado, sendo a mediana da diferenca de dias entre a infecão e a data do exame de 74 dias. A maioria dos doentes (70,2%, n = 1521) foi submetida a rastreio por PCR de SARS COV 2 até 3 dias antes do procedimento, tendo os restantes doentes (29.8%. n = 645) sido submetidos a um questionário de sintomas e contactos de risco no dia anterior ao procedimento. Dos doentes que realizaram rastreio por PCR de SARS-COV2, 21 (1%) apresentaram teste positivo, estando todos assintomáticos à data do teste. Aquando da verificação de infeção por SARS-COV2 até 14 dias após a realização dos exames endoscópicos apurou-se que apenas 9 doentes (0,42%) foram positivos para SARS COV2, sendo a mediana da diferenca de dias entre a data do exame e o diagnóstico de infeção de 10 dias.

Com este estudo, os autores procuram reforçar a confiança nas unidades de endoscopia durante a pandemia por SARS-COV2 e abrir a discussão quanto à atual necessidade de realização de rastreio prévio aos exames endoscópicos. Trata-se de um estudo pioneiro relativo à segurança das unidades de endoscopia em Portugal, bem como o primeiro estudo português a avaliar a incidência de infeção por SARS-COV2 após a realização de exames endoscópicos.

CO 7

APLICAÇÃO DOS NOVOS CRITÉRIOS DE MAFLD EM DOENTES COM CIRROSE HEPÁTICA – ANÁLISE DO PROGNÓSTICO

Viviana Martins; João A. Cunha Neves; Joana Roseira; Ana Margarida Vieira Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão

Introdução: A doença hepática não alcoólica é considerada a principal causa de doença hepática crónica (DHC) na Europa, acarretando um elevado risco de morbimortalidade. Recentemente foi proposta a mudança de nomenclatura para *Metabolic (dysfunction) associated fatty liver disease* (MAFLD), tendo por base o

diagnóstico por critérios positivos. Ao permitir o diagnóstico sem a exclusão de outras causas de DHC, permite a realização de futuros estudos da interação entre as diferentes causas e a inclusão da maioria dos doentes, até então, com diagnóstico de cirrose criptogénica.

Objetivos: Estudo com objetivo principal de avaliar se os doentes com diagnóstico de novo de MAFLD apresentam piores *scores* prognósticos (Child-Pugh e MELD).

Secundariamente procurou-se avaliar a morbimortalidade e a performance do *Fatty liver index* (FLI) como potencial indicador de esteatose hepática na cirrose.

Materiais e métodos: Análise retrospetiva de doentes seguidos na consulta de Hepatologia, no ano de 2019.

Incluídos doentes adultos com diagnóstico clínico e/ou histológico de cirrose hepática e avaliação laboratorial. Excluídos doentes com diagnóstico prévio de carcinoma hepatocelular, outra patologia oncológica e morte por causa não hepática.

Estatística: Testes Mann Whitney, qui-quadrado e análise de curvas ROC.

Resultados e conclusões: Incluídos 181 doentes (71.3% homens). A maioria apresentava cirrose alcoólica (43.6%), doença compensada (84.5%), ausência de internamentos (82.3%) e de carcinoma hepatocelular (96.1%) ou mortalidade (96.7%). Com os novos critérios identificaram-se 62 doentes (34.3%) com um diagnóstico de novo de MAFLD. Recorrendo ao FLI como indicador de esteatose hepática foi possível diagnosticar mais 7 doentes não identificados por imagiologia/histologia. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no *outcome* dos doentes.

Na subanálise dos doentes com dados antropométricos, é possível verificar um *score* de MELD superior em doentes com diagnóstico de novo de MAFLD (66,29 vs 51,45, p = 0.017).

O FLI apresentou uma boa acuidade para o

diagnóstico de esteatose hepática em doentes com cirrose (AUC: 0.893; p=0.046), com um ponto de *cut-off* ótimo de 92 (S 85.7%, E 84.5%).

O diagnóstico de novo de MAFLD em 1/3 dos doentes estudados retrata a prevalência desta patologia, podendo ter impacto no seu prognóstico

O FLI torna-se, pela sua acuidade e disponibilidade, um promissor marcador de esteatose hepática para o diagnóstico de cirrose associada a MAFLD.

CO 8

EFICÁCIA E SEGURANÇA DO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE COLEÇÕES PERIPANCREÁTICAS

Luísa Martins Figueiredo; Gonçalo Alexandrino; Joana Carvalho e Branco; Luís Lourenço; David Horta; Alexandra Martins Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: As coleções peripancreáticas (CPP) são complicações da pancreatite aguda e crónica (pseudoquistos — PQ, *walled-off necrosis* — WON), para as quais está preconizada uma abordagem multimodal, que inclui a terapêutica endoscópica.

Objetivo: Pretende-se apresentar dados de vida real sobre o tratamento endoscópico de CPP num centro português.

Material: Estudo retrospetivo de doentes submetidos a terapêutica endoscópica de CPP num serviço de Gastrenterologia desde janeiro/2012 a dezembro/2019. Avaliaram-se as características demográficas, as técnicas utilizadas, os resultados e complicações das mesmas.

Resultados e conclusões: Incluíram-se 24 doentes (PQ: n = 12; WON: n = 12).

PQ: A indicação mais comum para drenagem foi a sépsis (n = 5). O tamanho inicial médio do PQ foi de 13,9cm (7-30). A técnica mais utilizada foi a cistotomia transgástrica com colocação de próteses de plástico pig-tail (n = 9) ou prótese HotAXIOSTM (n = 1), drenagem transpapilar por

CPRE (n = 1) e drenagem transgástrica guiada por ecoendoscopia sem colocação de prótese (n = 1). 1 doente perdeu seguimento. *Follow-up* médio de 21,9 meses (2-60). Sucesso técnico de 100% e clínico de 72,7% (8/11; 3/11 doentes necessitaram de abordagem cirúrgica por falência da terapêutica endoscópica). Taxa de mortalidade peri-procedimento de 0% e pós-procedimento de 18,2% (n = 2), não relacionada com a técnica.

WON: A indicação mais comum para drenagem foi a sépsis (n = 8). O tamanho inicial médio da WON foi de 11,2 cm (5-21). Realizou-se necrosectomia em 11 doentes. Em 11 doentes a prótese utilizada foi a HotAXIOS™ e num doente a NAGI™stent. *Follow-up* médio de 15,7 meses (0-36). Sucesso técnico de 100% e clínico de 91,7% (11/12). 5 doentes evoluíram com Disconnected Duct Syndrome e foram abordados endoscopicamente, com sucesso técnico e clínico de 100%. Taxa de mortalidade peri-procedimento de 8,3% (em contexto de choque séptico) e pós-procedimento de 0%.

A abordagem das CPP deve privilegiar uma intervenção minimamente invasiva. Nesta coorte, a intervenção endoscópica foi segura e eficaz a curto e longo prazos.

XXXVI Reunião Anual **NGHD**Núcleo de gastrenterologia dos hospitais distritais

Resumos das Comunicações Livres

Instantâneos Endoscópicos

IE 1

DRENAGEM ECOENDOSCÓPICA DE ABCESSO PROSTÁTICO COM PRÓTESE METÁLICA DE APOSIÇÃO DE LÚMEN

Marco Raposo Pereira; Marisa Linhares; Diana Ramos; Inês Pestana; Ana Caldeira; Eduardo Pereira; António Banhudo *ULS Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano*

A biópsia prostática ecoguiada via transrectal é o método preferencial para colheita de material histológico da próstata, sendo frequentemente utilizado na prática clínica. Na grande maioria dos casos, é um procedimento relativamente seguro e bem tolerado, ainda que complicações minor possam ocorrer. Complicações major ocorrem apenas muito raramente.

Apresentamos um doente de 74 anos, sexo masculino, com antecedentes de diabetes Mellitus tipo II, que recorreu ao SU por queixas de astenia e febre com 5 dias de evolução. Previamente seguido na consulta de Urologia por queixas de prostatismo, esteve internado um mês antes por febre e dor lombar após realizacão de biópsia prostática.

Ao exame objectivo, apresentava-se com febre, taquicardia sinusal e uma ferida na região perineal, compatível com gangrena de Fournier. Analiticamente, com elevação da PCR e leucocitose. Na TC-AP, observou-se abcesso pélvico em proximidade com a próstata, tendo sido instituída terapêutica antibiótica com meropenem. Poste-

riormente submetido a ecoendoscopia linear por via anal, foi identificada, na vertente esquerda da próstata, colecção abcedada de conteúdo heterogéneo, limites bem definidos e ovalada. em localização adjacente à parede do recto, medindo 8 x 4 cm. Por visão ultrassonográfica, procedeu-se à punção da colecção e colocação de prótese HotAxios (Boston Scientific) 15 x 10 mm. confirmando-se endoscopicamente a drenagem de conteúdo purulento. Foi submetido a colostomia e, ao 9º dia após colocação da prótese, foi feita reavaliação endoscópica, com lavagem da cavidade e remoção de material fibroso com auxílio de ansa e pinça e, no final, removeu-se a prótese. A TC pélvica realizada após 2 semanas confirmou resolução completa de abcesso prostático, sem complicações do procedimento.

O abcesso prostático é uma complicação extremamente rara da biópsia prostática, sendo a DM II e as imunodeficiências factores de risco reconhecidos para o seu desenvolvimento. Os seus sinais e sintomas são semelhantes aos da prostatite aguda bacteriana, pelo que o diagnóstico clínico é difícil e dependente da imagiologia. A aspiração ecoguiada por via transrectal é o método preferencial de tratamento. Outras alternativas incluem a colocação ecoguiada de um dreno transrectal ou transperineal ou a intervenção cirúrgica. Mais recentemente, a colocação de prótese metálica com aposição de lúmen tem-se revelado segura e eficaz na abordagem de abcessos pélvicos.

IE 2

SLIPPING CLIP: RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE UMA COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA

Cristiana Sequeira¹; João Mangualde¹.²; Fátima Augusto² ¹Centro Hospitalar de Setúbal, Serviço de Gastrenterologia; ²Hospitalar da Luz de Setúbal, Serviço de Gastrenterologia

Introdução: Os clipes de laqueação (ex.: Hem--o-lok®) são amplamente utilizados na cirurgia colorretal, quer na obtenção de controlo hemostático, quer na laqueação de estruturas anatómicas, como o coto apendicular em apendicectomias por via laparoscópica. Quando corretamente aplicados são seguros, sendo que a sua migração para a parede do cólon é uma complicação muito rara, mas grave, exigindo frequentemente abordagem cirúrgica urgente. Apresenta-se o caso caso de uma mulher de 61 anos, sem antecedentes relevantes, à exceção de apendicectomia via laparoscópica 4 anos antes, referenciada a consulta de Gastrenterologia por quadro de dor persistente na fossa ilíaca direita. Era portadora de TAC e RM abdomino-pélvica, que mostravam uma coleção líquida (26 x 20 m) justa-cecal, sem espessamentos parietais intestinais patológicos, e colonoscopia, que revelou, no ascendente proximal, uma úlcera diminuta, com tecido de granulação e hemorragia em toalha, cuja histologia evidenciou apenas alteracões inflamatórias inespecíficas. Face à persistência das queixas e para reavaliação da úlcera cólica, repetiu-se colonoscopia, que identificou, no ascendente proximal, um orifício através do qual fazia protusão um corpo estranho, verificando-se corresponder a um clip Hem-o-lok®. Foi feita extração do mesmo para o lúmen do cólon, com recurso a pinça de corpos estranhos. Não foram registadas complicações imediatas e ocorreu total resolução do quadro clínico.

Conclusão: Os clipes são estruturas não absorvíveis, que podem originar reações de corpo estranho e consequentemente levar à formação

de granulomas e/ou abcessos, podendo raramente ocorrer a sua migração para estruturas adjacentes. Os autores destacam o caso pela sua raridade, existindo apenas 2 casos descritos na literatura de migração de clipes para o cólon. Realça-se ainda o caso por ter sido possível a sua remoção endoscópica de forma segura, pouco invasiva e eficaz. Apresenta-se iconografia ilustrativa.

IE3

TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA POR VÁCUO COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA EM DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTRO-JEJUNAI

Marta Moreira¹; Isabel Tarrio¹; Rui Castro¹; Luis Lopes^{1,2,3}

¹Serviço de Gastrenterologia Hospital de Santa Luzia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo; ²Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga; ³ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga

Introdução: As deiscências anastomóticas do trato gastrointestinal superior ocorrem em 5-30% dos casos e associam-se a elevada taxa de morbimortalidade. A terapêutica endoscopica é menos invasiva que a cirurgia, e as técnicas mais utilizadas são os endoclips metálicos, as próteses endoscópicas e, mais recentemente, a terapêutica endoscópica por vácuo (EVT), nomeadamente o sistema Eso-SPONGE®. Nos poucos estudos comparativos, a EVT temse mostrado superior às próteses metálicas, com taxas de encerramento mais elevadas.

Caso clínico: Homem, 48 anos, submetido a gastrectomia subtotal por adenocarcinoma do antro. Ao 7º dia de internamento desenvolveu febre, subida de parâmetros inflamatórios e tinha evidência imagiológica de deiscência de anastomose gastro-jejunal em TC. Foi submetido a cirurgia com confeção de nova anastomose e colocação de drenos intra-abdominais. Ao 33º dia mantinha extravasamento de con-

traste na anastomose gastrojejunal em TC. A Cirurgia Geral apresentou o caso em reunião e foi realizada endoscopia digestiva alta observando-se loca peri-anastomótica com 5cm. O doente foi considerado mau candidato cirúrgico, decidindo-se realizar EVT com o sistema Eso-S-PONGE adaptado a anastomose gastro-jejunal. Foram realizadas 7 trocas do sistema a cada 3 dias. Verificou-se uma evolução favorável com redução gradual da dimensão da loca. No final foi documentado o encerramento da deiscência por endoscopia com estudo contrastado.

O doente não apresentou complicações da utilização de EVT. Dada a localização mais distal da deiscência, os procedimentos foram complexos e morosos, sendo desafiante evitar que a esponja se deslocasse para a cavidade gástrica.

Conclusão: A EVT tem-se revelado uma alternativa promissora para encerramento de deiscências esófagojejunais. A sua utilização neste caso foi segura e eficaz e é, tanto quanto sabemos, o primeiro caso descrito em deiscência gastro-jejunal.

IE 4

SISTEMA OTSC NO TRATAMENTO DE FÍSTULA RETOVESICAL

Sofia Ventura; Ana Carvalho; Francisco Pires; Cláudio Rodrigues; Diana Martins; Eugénia Cancela; Américo Silva

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

As fístulas retovesicais são uma complicação rara da cirurgia de prostatectomia radical. O seu tratamento é desafiador, implicando classicamente uma abordagem cirúrgica. Recentemente, o sistema *over-the-scope-clip* (OTSC) tem vindo a mostrar resultados promissores no tratamento desta patologia.

Apresentamos o caso de um doente de 66 anos, submetido a prostatectomia radical em julho do presente ano. Após remoção de sonda de algália (15 dias após cirurgia) iniciou perda de urina pelo ânus; o estudo de imagem revelou a presença de fístula retovesical. Foi realizada

retoscopia, com aplicação de um OTSC sem intercorrências. No *follow up* o doente apresentou resolucão das queixas.

Atualmente, o sistema *over-the-scope-clip* tem-se mostrado promissor no tratamento eficaz de fístulas retovesicais, evitando procedimentos invasivos.

IE 5

LITOTRÍCIA GUIADA POR COLANGIOSCOPIA NO TRATAMENTO DE LITÍASE BILIAR COMPI EXA

Diana Ramos; Marisa Linhares; Inês Pestana; Marco Pereira; Rui Sousa; Ana Caldeira; António Banhudo *ULS Castelo Branco*

Introdução: A observação endoscópica direta das vias bilio-pancreáticas tem sido aprimorada durante décadas visando maior efetividade diagnóstica e terapêutica quer em pacientes com estenose da via biliar quer em doentes com coledocolitíase complexa. Cálculos da via biliar principal > 15 mm são difíceis de remover pelas técnicas convencionais e frequentemente requerem litotrícia ou cirurgia. A colangioscopia permite a litotrícia dos cálculos gigantes e resolução deste problema com altas taxas de sucesso.

Caso: Homem autónomo de 83 anos, colecistectomizado, foi internado por colangite por coledocolitíase. Realizou-se CPRE que revelou um cálculo volumoso (~20 mm) no terço médio do colédoco, com dilatação da VBP a montante. Dada a impossibilidade de o remover, optou-se por colocar uma prótese plástica duplo pigtail. Posteriormente, para remoção do cálculo de grandes dimensões, foi agendada uma colangioscopia (SPYGLASS®) com litotrícia com laser. Assim, com o SPYGLASS® através do canal de trabalho do duodenoscópio, foi realizada exploração da VBP que identificou o cálculo de grandes dimensões no seu terço médio, não se tendo observado outras alterações; foi realizada litotrícia com laser Holmium (Dornier medil-

las H20-11Hz, 1365.1 J, 1241 pulsos, 2 min) com sucesso na fragmentação do cálculo em múltiplos fragmentos mais pequenos: no final do procedimento realizada passagem do balão extrator com remoção dos vários fragmentos litiásicos. O procedimento decorreu sem complicações. O doente teve boa evolução no internamento e após a alta, foi re-avaliado em consulta e mantinha-se assintomático, com normalização praticamente de todas as provas hepáticas e com melhoria da dilatação da VBP. Conclusão: Este caso mostra a utilidade da colangioscopia terapêutica como uma boa opção minimamente invasiva para a abordagem de cálculos gigantes da via biliar principal. Pode-se concluir que, apesar do alto custo, a colangioscopia representa uma opcão endoscópica inovadora, eficaz e pouco invasiva, capaz de evitar uma cirurgia de grande porte ou procedimentos repetidos.

IE 6

HEPATODUODENOSTOMIA (VIA BILIAR INTRA-HEPÁTICA DIREITA) COM PRÓTESE LUMEN-APPOSING NA PALIAÇÃO DE ICTERÍCIA

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Doente do sexo feminino, 85 anos, admitida por quadro de dor abdominal, astenia e anorexia, associada a icterícia, colúria e prurido. A destacar antecedentes de GIST do septo reto-vaginal em 2002. A tomografia axial computorizada mostrou volumosa massa no lobo hepático esquerdo, com necrose central, condicionando compressão da via biliar ao nível da placa hilar com dilatação das vias biliares intra-hepáticas a montante, com invasão da veia porta e metastização pulmonar, peritoneal e pericárdica. Analiticamente a doente apresentava padrão de citocolestase com hiperbilirrubinemia de 26 mg/dL. A doente e família recusaram biópsia hepática

para caracterização histológica. Discutido em reunião de grupo multidisciplinar foi decidida a paliação endoscópica de icterícia e seguimento em consulta de Cuidados Paliativos.

O procedimento foi realizado com ecoendoscópio linear (Olympus®), em doente sob sedação profunda. Efetuada hepatoduodenostomia com prótese metálica lumen-apposing (HotAxiosTm, Boston Scientific®) de 15 x 10 mm: realizada punção da via biliar intra-hepática à direita através do bulbo duodenal, com abundante drenagem de bílis de estase. Não se registaram complicações imediatas.

A doente apresentou melhoria clínica e analítica progressiva (bilirrubina total às 72h de 7,37 mg/dL).

Descrevemos um caso de utilização de prótese lumen-apposing na drenagem endoscópica de obstrução hilar irressecável. As próteses lumen-apposing, pelo seu formato em halter e falanges metálicas em ambas as extremidades, associam-se a menor risco de obstrução e de migração. Além disso, a segurança e simplicidade de utilização possibilitam a sua aplicação num número crescente de situações clínicas.

IE 7

G-POEM COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA NA GASTROPATIA REFRATÁRIA – DEMONSTRAÇÃO DE UM CASO

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

Doente do sexo feminino, 68 anos, com seguimento em Consulta de Gastrenterologia por quadro com cerca de 6 meses de evolução de náuseas, vómitos pós-prandiais persistentes e emagrecimento involuntário. A endoscopia digestiva alta não revelava alterações. A cintigrafia de esvaziamento gástrico mostrou esvaziamento de 30% aos 156 minutos e de 46% aos 217 minutos, com significativa retenção do radiofármaco, traduzindo evidência cintigráfica

de atraso no esvaziamento gástrico. Foi feito o diagnóstico de gastroparesia e optimizada a terapêutica: domperidona 20 mg e ondasetron 4mg às refeições. Sem melhoria após três meses, totalizando um *score Gastroparesis Cardinal Symptom Index* (GCSI) de 3.33 pontos (0-5 pontos). Foi admitida gastropatia refratária e proposta miotomia gástrica endoscópica peroral (G-POEM).

O procedimento foi realizado com endoscópio Olympus®, insuflação com CO2, em doente sob sedação profunda e entubação orotraqueal. Efetuada antibioterapia. O procedimento iniciou-se com elevação da submucosa com índigo de carmin e adrenalina, seguindo-se incisão logitudinal da mucosa com Triangle Tip (TT) knife, corrente dry-cut efeito 2, na grande curvatura gástrica, a 5cm do piloro. Criado um túnel na submucosa utilizando corrente sprav-coagulation, desde a incisão da mucosa até ao piloro. Realizada miotomia do piloro, com facas TT e ITknife-nano com correntes spray-coagulation e endocut Q, numa extensão de 3cm de distal para proximal. Procedeu-se a encerramento da incisão da mucosa com aplicação de clips. O procedimento decorreu sem intercorrências. No primeiro dia pós-procedimento foi realizado trânsito gastro-duodenal, que excluiu leakeage. Iniciou dieta líquida, com boa tolerância e teve alta ao segundo dia, medicada com pantoprazol 40mg bid e ciprofloxacina. Na reavaliação aos três meses apresentava score GCSI de 2.11 pontos. A cintigrafia de reavaliação mostrava esvaziamento gástrico de 29% aos 50 minutos e 64% aos 113 minutos, sem evidência de atraso do esvaziamento gástrico em qualquer dos tempos.

O G-POEM apresenta uma taxa de sucesso clínico descrita em 76%, comparável à piloroplastia cirúrgica (77%, p = 0.81). Os efeitos adversos mais comuns são a ulceração antral/pilórica, com ou sem hemorragia. No entanto, também a taxa de efeitos adversos é compa-

rável à piloroplastia cirúrgica (11%). O G-POEM traduz um avanço na abordagem endoscópica da gastroparesia refratária, com a vantagem de se tratar de uma técnica minimamente invasiva.

IE 8 Trabalho retirado

IE 9

ANEL DE SCHATZKI REFRATÁRIO A DILATAÇÃO POR BALÃO – UMA SOLUÇÃO NA INCISÃO

Moura, D.B.; Nunes, N.; Chálim Rebelo, C.; Flor de Lima, M.; Costa Santos, M.P.;

Costa Santos, V.; Rego, A.C.; Pereira, J.R.; Paz, N.; Duarte, M.A.

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

Doente do sexo masculino, 66 anos, com quadro clínico de disfagia intermitente para sólidos. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou a presenca de um anel fibroso no terco inferior do esófago – anel de Schatzki. Foi submetido a duas sessões de dilatação por balão, ineficazes, com persistência dos sintomas. Trânsito esofágico e estudo por manometria sem outras alterações. Na reavaliação endoscópica continuou--se a observar estreitamento do lúmen pelo anel de Schatzki. Optou-se por incisão com faca IT2 - realizada incisão radial dos quatro quadrantes seguida de corte selectivo (RISC). Observou-se a resolução da disfagia desde o procedimento, mantendo-se o doente assintomático desde há cerca de três meses.

O anel de Schatzki é uma patologia benigna, de etiologia não totalmente esclarecida, apresentando uma possível relação com a presença de refluxo gastroesofágico. A dilatação por balão é a terapêutica mais frequentemente utilizada quando o anel condiciona estenose sintomática. Os autores apresentam um caso de disfagia por anel de Schatzki refratário a dilatação por balão, em que a realização de incisão constituiu uma solução eficaz.

IE 10

DISSEÇÃO DA SUBMUCOSA DE LESÃO SUBEPITELIAL DO CEGO – TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES

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

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

Doente do sexo feminino, 44 anos, realizou colonoscopia total que revelou, no cego, um abaulamento com cerca de 15 mm revestido por mucosa normal compatível com lesão subepitelial, de consistência dura, sem pillow sign. Procedeu-se a avaliação da lesão por ecoendoscopia com minissonda — confirmada a presença de lesão nodular subepitelial, não sendo possível distinguir com segurança a origem entre a segunda e a terceira camada ecogénica da parede.

Proposta disseção endoscópica da submucosa. Procedeu-se a injeção de solução de glicerol com índigo de carmim e adrenalina. Seguiu-se a incisão da mucosa com *dual-knife*, utilizando-se corrente *dry-cut* efeito 2.5. Foi efetuada dissecção da submucosa com *dual-knife* e IT nano, tendo sido utilizada corrente *swift* coagulation efeito 3, com excisão total do fragmento no final do procedimento. Efetuado encerramento completo da escara com clips ultra.

A avaliação histológica revelou tratar-se de neoplasia sólida da submucosa constituída por células epitelioides de citoplasma granuloso, positivas para S100 e Inibina – tumor de células granulares. O nódulo está revestido por mucosa do cólon normal e limita-se à submucosa. A camada muscular própria intercetada encontra-se livre. As margens de excisão estão livres.

Os autores apresentam um caso de uma lesão subepitelial do cólon avaliada por ecoendoscopia por minissonda e removida em bloco por disseção da submucosa. O tumor de células granulares é uma entidade rara, com significa-

do patológico ainda não totalmente esclarecido. As células granulares têm origem neuronal, sendo precursoras as células de Schwann, e os casos descritos na literatura apontam para um comportamento benigno.

IE 11

MELANOMA METASTÁTICO DO JEJUNO DIAGNOSTICADO POR VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA

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

Apresenta-se o caso de um homem de 72 anos, referenciado a consulta de Gastrenterologia por anemia ferropenica. Trata-se de um doente com história pessoal de hipertensão arterial sistémica, medicada e controlada, submetido a excisão completa de melanoma maligno da perna direita, em 2011.

Em avaliação analítica realizada em ambulatório, por rotina, apresentava anemia microcítica (Hb 11,2 g/dL, VGM 72 fL), de novo, com cinética do ferro a sugerir ferropenia, e pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva.

Quando questionado, referia obstipação de 2 dias, associada a desconforto abdominal ligeiro desde há um mês.

Realizou estudo endoscópico com colonoscopia total e endoscopia digestiva alta, que se mostraram sem alterações de relevo. Completou-se o estudo inicial com enteroscopia por cápsula, que mostrou lesão ulcerada e parcialmente estenosante a nível do jejuno distal, sugestiva de neoplasia.

Foi feito estadiamento por TC com contraste endovenoso e oral que mostrou a lesão na dependência do jejuno distal, com cerca de 13 x 8 x 9 cm, a contactar com o peritoneu anterior, sem evidência de doença à distância.

Procedeu-se a laparotomia exploratória e enterectomia segmentar de jejuno. A análise anatomo-patológica foi compatível com melanoma maligno metastático, com margens negativas. Fez-se estadiamento com PET, sem evidência metabólica de malignidade, tendo-se decidido iniciar terapêutica com Nivolumab, que mantém até à data.

O trato gastrointestinal é um local frequente de metastização de melanoma maligno. As metástases podem surgir até décadas após a excisão da lesão primária. O reconhecimento de metástases no intestino delgado mantém-se um desafio, muitas vezes sendo identificadas já em fase tardia, o que condiciona um mau prognóstico para o doente.

XXXVI Reunião Anual **NGHD**NÚCLEO DE GASTRENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Resumos das Comunicações Livres

Casos Clínicos Interativos

CC INTERATIVO 1

UM CASO DE GRANULOMATOSE GÁSTRICA NUM DOENTE IMUNOCOMPETENTE - A "GRANDE IMITADORA

Luísa Martins Figueiredo; Luís Lourenço; Alexandra Martins Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

A tuberculose gástrica é uma entidade rara, mesmo em locais com elevada prevalência de tuberculose, e representa 1-2% da tuberculose do trato gastrointestinal. A maioria dos casos ocorre em doentes imunossuprimidos ou é secundária a tuberculose pulmonar. Existem poucos casos descritos na literatura.

Descreve-se o caso de uma mulher com 46 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, com quadro com 6 meses de evolucão de perda ponderal (20 kg) e dor epigástrica. Sem outros sinais ou sintomas relevantes. Exame objetivo sem alterações. Avaliação analítica: hemograma e morfologia de sangue periférico sem alterações; VS 10; função renal e tiroideia e provas hepáticas bem: HIV. IGRA e VDRL negativos; AcHCV-; imunidade para hepatite B; EBV IgG+, IgM-; CMV IgG+, Igm-; Parvovírus IgG+, IgM-; electroforese, imunofixação das proteínas e imunoglobulinas normais: beta 2-microglobulina 2.10: ANA < 160: ECA 35. Exames culturais negativos. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou gastropatia não erosiva do antro e corpo, cujas biopsias foram compatíveis com gastrite crónica erosiva com a pre-

sença de granulomas epitelióides não necrotizantes sem células gigantes. Pesquisa de BAAR negativa (coloração de ZN). Realizou tomografia axial computorizada tóraco-abdomino-pélvica (TAC TAP) e colonoscopia com ileoscopia sem alterações. Por persistência da sintomatologia repetiu EDA 4 meses depois que revelou os mesmos achados endoscópicos e histológicos e a acrescentar *Helicobacter pylori* positivo, pelo que iniciou terapêutica de erradicação. Por vómitos e dor abdominal ficou internada no servico de Gastrenterologia, tendo repetido TAC TAP com ligeiro espessamento parietal concêntrico do antro. Repetiu EDA que revelou gastropatia erosiva do antro, cujas biopsias em túnel revelaram granulomas epitelióides com necrose central na lâmina própria e intenso infiltrado inflamatório de predomínio linfoplasmocitário com células gigantes multinucleadas. A pesquisa histoquímica de bacilos álcool-ácido resistentes no lavado broncoalveolar e a PCR mycobacteria foram negativas. A pesquisa de PCR de Mycobacterium tuberculosis nas biopsias gástricas foi positiva e a doente iniciou tratamento com antibacilares. Em 3 meses de follow-up encontra-se assintomática e com aumento ponderal. Apresenta-se este caso pela sua raridade dado tratar-se de uma doente imunocompetente sem contexto epidemiológico para tuberculose e a ausência desta infeção noutros órgãos.

CC INTERATIVO 2

TEMPESTADE DE CITOCINAS: QUANDO A HEPATITE É A PONTA DO ICEBERGUE

Cristiana Sequeira¹; Sara Lopes¹; Anabela Neves²; Inês Costa Santos¹; Mariana Coelho¹; Cláudio Martins¹; Cláudia Cardoso¹; João Mangualde¹; Élia Gamito¹; Ana Luísa Alves¹; Ana Paula Oliveira¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal; ²Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: A linfohistiocitose hemofagocítica (LHH) é uma síndrome hiperinflamatória rara, potencialmente fatal, que se associa a sinais e sintomas que são consequência da ativação imune extrema e ineficaz, podendo conduzir a falência multiorgânica na ausência de tratamento.

Caso clínico: Os autores relatam o caso de um homem de 65 anos com antecedentes de leucemia linfocítica crónica em remissão, artrite reumatoide sob prednisolona e status pós-esplenectomia, que iniciou um quadro de febre elevada e mialgias após tomar a primeira dose da vacina SARS-CoV-2. Recorreu ao servico de urgência, uma semana depois, por manter febre e apresentar icterícia de novo. À admissão apresentava-se febril (40° C) e ictérico. Negava consumo de álcool ou de tóxicos. A avaliação analítica inicial mostrava bicitopenia e disfuncão hepática de predomínio hepatocelular (AST 2066 U/L; ALT 2627 U/L; GGT 765 U/L; FA 453 U/L; bilirrubina total/direta: 11,58/7.58 mg/dL). O doente foi transferido para o serviço de Gastrenterologia para esclarecimento etiológico, que excluiu agentes hepatotrópicos (HAV, HBV, HCV. HEV. EBV. CMV. HSV e Coronavirus-19). causas autoimunes e metabólicas. A TAC toraco-abominopélvica revelou hepatomegália e excluiu lesões neoproliferativas; o rastreio sético foi negativo. O doente manteve-se febril e apresentou instabilidade hemodinâmica. A investigação adicional mostrou hiperferritninémia (> 40000ng/mL), LDH e triglicéridos elevados e fibrinogénio baixo. Foi colocada a hipótese de LHH secundária e a biopsia óssea e aspirado medular confirmaram hemafagocitose e excluíram neoplasia hematológica ativa. Foram ainda excluídos outros agentes virais (HIV, coxsackievirus, parvovirus e enterovirus). Perante um H*Score* elevado e a presença de 5 dos 8 critérios LHH-2004, foi assumida LHH secundária e iniciada terapêutica de acordo com protocolo LHH-94 (corticoides e etoposido), com melhoria clínica e bioquímica.

Conclusão: Relatamos este caso pela singularidade do desafio diagnóstico após exclusão das outras causas de LHH (infeção, neoplasia, autoimune ou tóxica). A vacina SARS-CoV-2 terá despoletado imunoestimulação aguda em doente imunossuprimido, como foi descrito para outras vacinas. Importa salientar que este evento raro não deve ser encarado como um desincentivo à vacinação, cuja eficácia e perfil de segurança já se encontram amplamente provadas, mas deve alertar para a importância de monitorizar sintomas suspeitos em doentes com patologia subjacente após vacinação.

CC INTERATIVO 3

COLITE ULCEROSA E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA – O QUE SUSPEITAR?

Catarina Nascimento; Francisco Neri; Raquel Tavares; Susana Clemente; Luísa Glória; Joana Torres *Hospital Beatriz Ângelo*

Homem de 56 anos, ex-fumador, diagnosticado com colite ulcerosa em fevereiro de 2020 e medicado 5-ASA com boa reposta inicial. A reavaliação endoscópica em outubro 2020 mostrou extensão proximal da doença e atividade Mayo 3. Por agravamento clínico com mais de 6 dejeções diárias com sangue, iniciou corticoterapia oral sem reposta. Internamento em novembro 2020 por colite ulcerosa grave com resposta parcial à corticoterapia endovenosa. Por diagnóstico de tuberculose latente (IGRA positivo) iniciou isoniazida e infliximab (IFX) posteriormente. Completou indução de IFX com excelen-

te resposta, atingindo a remissão clínica. Em janeiro de 2021, internamento por febre, dispneia e insuficiência respiratória grave. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. PCR SARS-CoV-2 negativa. A Angio-TC Tórax mostrou tromboembolismo pulmonar bilateral e padrão de densificação difuso em vidro despolido. Admitindo-se pneumonia da comunidade, iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina--ácido clavulânico e azitromicina, enoxaparina e oxigenoterapia. Por suspeita de pneumocistose fez cotrimoxazol e corticoterapia. Pela elevada probabilidade de infeção oportunista em doente imunossuprimido realizou-se broncofibroscopia cujas pesquisas microbiológicas no lavado broncoalveolar foram negativas. Sem eosinofilia periférica e estudo de auto-imunidade negativo. Repetiu TC tórax que revelou densificações bilaterais num padrão de atingimento intersticial- pneumonia organizativa/pneumonia intersticial não específica (OP/NSIP). O caso foi discutido multidisciplinarmente, admitindo-se como hipótese diagnóstica toxicidade pulmonar a fármacos, sendo o IFX o mais provável. Suspendeu IFX e isoniazida e iniciou corticoterapia sistémica com necessidade de pulsos de 1g de metilprednisolona. Associou-se a azatioprina com resposta favorável. O doente teve alta sob oxigenoterapia que atualmente já não necessita. Do ponto de vista da colite ulcerosa, encontra-se em remissão clínica e endoscópica sob azatioprina.

O envolvimento pulmonar, como manifestação extra-intestinal (MEI) da doença inflamatória intestinal (DII) é incomum. O diagnóstico diferencial entre MEI, toxicidade pulmonar associada a fármacos e infeções oportunistas é fundamental. Os efeitos pulmonares dos 5-ASA, metotrexato e azatioprina são bem reconhecidos, mas a utilização crescente de fármacos anti-TNF, têm-se associado a casos de doença pulmonar intersticial, para os quais deve existir elevada suspeição clínica.

CC INTERATIVO 4

COLESTASE DE NOVO NO DOENTE CRÍTICO COM SARS-COV-2: UMA ENTIDADE RARA E SUBDIAGNOSTICADA

Bárbara Morão; Joana Revés; Catarina Nascimento; Rui Loureiro; Carolina Palmela *Hospital Beatriz Ângelo*

Uma mulher de 46 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e obesidade grau 3, foi admitida na unidade de cuidados intensivos (UCI) por infecão grave por SARS-CoV-2. Na admissão apresentava alterações analíticas sugestivas de síndrome de resposta inflamatória sistémica como linfopenia (920/L) e elevação de D-dímeros (> 32.50 mg/L), ferritina (2371 μg/L), proteína C reativa (15.72 mg/dL), procalcitonina (0.87 ng/mL) e lactato desidrogenase (797 UI/L); as provas hepáticas eram normais. Por hipoxemia grave refratária, foi entubada no dia da admissão e colocada sob ventilação mecânica invasiva durante 12 dias. O modo de ventilação incluiu baixos volumes, com pressão expiratória final positiva elevada e 4 períodos de decúbito ventral. Houve ainda necessidade de suporte vasopressor com noradrenalina por um período inferior a 24 horas. Durante a permanência na UCI, verificou-se uma alteração das provas hepáticas de novo com padrão predominantemente colestático e de agravamento contínuo apesar da melhoria do quadro infecioso: bilirrubina 4 mg/dL, AST 394 UI/L, ALT 458 UI/L, FA 1710 UI/L, GGT1654 UI/L; o INR permaneceu dentro da normalidade. A colangiografia por ressonância magnética (CPRM) revelou abcessos hepáticos, dilatação das vias biliares intrahepáticas com várias estenoses e com defeitos de repleção lineares na bifurcação do ducto hepático comum. Na colangiopancreatografia endoscópica retrógrada foram removidos cilindros biliares da via biliar, confirmando o diagnóstico de colangite esclerosante secundária associada aos cuidados intensivos (CES-CI). Foram excluídas outras causas de colestase e colangite esclerosante secundária de forma exaustiva. Seis meses após a alta, assiste-se a uma descida da citocolestase e agravamento contínuo da bilirrubina (30 mg/dL) sob ácido ursodesoxicólico, sem episódios recorrentes de colangite. A reavaliação por CPRM revelou resolução dos abcessos hepáticos e irregularidade das vias biliares intrahepáticas, sem sinais de cirrose hepática. A CES-CI é uma entidade rara freguentemente subdiagnosticada, caracterizada pelo aparecimento de colestase num doente crítico sem patologia hepatobiliar prévia. O prognóstico da CES-CI é reservado, com uma taxa de progressão para cirrose de cerca de 38% em 18 meses, sendo o transplante hepático o único tratamento curativo nessa fase.

Apresentamos um caso clínico ilustrativo de CES-CI e respetiva iconografia, com especial enfoque na contribuição da infeção por SAR-S-CoV-2 no desenvolvimento desta entidade clínica.



Resumos das Comunicações Livres

Posters digitais

P0 1

VARIZES DOWNHILL: QUANDO A HEMORRAGIA DIGESTIVA VAI ALÉM DA GASTRENTEROLOGIA

Inês Pestana; Marisa Linhares; Diana Ramos; Marco Pereira; João Pinto; Rui Sousa; Eduardo Pereira; António Banhudo Hospital Amato Lusitano ULSCB

Varizes Downhill são uma causa rara de hemorragia digestiva alta (HDA) e localizam-se no esófago proximal. Ao contrário das distais (hipertensão portal), resultam do aumento de pressão/obstrução da veia cava superior (VCS). Causas mais comuns incluem tumores do mediastino, mas causas benignas são responsáveis por mais casos de HDA. Relatamos caso de mulher, 53 anos, com história de doença venosa periférica, com quadro com 3 dias de evolução de melenas, epigastralgia e vómitos (1 hemático), associado a tonturas e hipotensão. À observação, edema Godet++ bilateral até à raiz da coxa. Analiticamente, anemia ferropénica, NT-proBNP 1748 pg/mL, sem alteração da enzimologia hepática. EDA revelou varizes esofágicas proximais grandes. Na ecografia abdominal fígado ligeiramente aumentado; marcada ecogenicidade dos eixos fibrovasculares e do hilo e marcada ectasia das veias cava e hepáticas. Iniciou IECA, com melhoria clínica, e B-bloqueante, posteriormente suspenso por intolerância. Realizou estudo completo para doença hepática crónica (DHC), que não revelou alterações. Realizou ecocardiograma: Cavidades direitas dilatadas; regurgitação tricúspide moderada: regurgitação pulmonar moderada. No seguimento deste, realizou cateterismo direito: Sem doença coronária; Hipertensão pulmonar (HTp) pré-capilar ligeira. Posteriormente, realizou AngioTC: Ligeira cardiomegália com procidência do calibre da artéria pulmonar e das suas principais divisões; Sem imagens inequivocamente atribuíveis a colateralização porto-sistémica. Ecocardiograma posterior revelou: Alargamento ligeiro da aurícula esquerda e grave da aurícula direita; Boa função sistólica biventricular: Cavidades cardíacas direitas dilatadas: Insuficiências mitral e aórtica ligeiras e tricúspide e pulmonar moderadas: HTp grave. Iniciou terapêutica com espironolactona e furosemida. EDA posterior: Varizes esofágicas médias, menos volumosas, sem redspots. O caso descrito relata uma apresentação incomum desta entidade e uma causa rara, pouco descrita, para a mesma (HTp). Perante um quadro de hematemeses/melenas e na ausência de estigmas de DHC, as varizes Downhill deverão ser um entidade a considerar e deverá ser realizada avaliação para exclusão de causas de síndrome da VCS. Tal como neste caso, o tratamento deve ser dirigido à causa subjacente de obstrução vascular e o tratamento endoscópico deve ser restrito a situações de hemorragia grave, como medida temporária.

P0 2

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

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 vómitos, diarreia, dor abdominal ou perda ponderal.

Ao exame objetivo apresentava ascite moderada. Analiticamente destacava-se leucocitose (22.900/µL) com eosinofilia periférica (12.000/µL) 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 excluidas. 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.

PO 3

HEPATITE AGUDA NA GRÁVIDA – DESAFIOS DIAGNÓSTICOS

Luísa Martins Figueiredo; Gonçalo Alexandrino; Maria Ana Rafael; Joana Carvalho e Branco; Alexandra Martins Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Descreve-se o caso de uma mulher de 35 anos. natural do Brasil, grávida de 22 semanas, nulípara, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, medicada com Succinato de doxilamina + Cloridrato de diciclomina + Cloridrato de piridoxina e cloropromazina. Internada no serviço de Obstetrícia por hiperemese gravídica e alteração das provas hepáticas. Exame objetivo sem alterações. Por manter hiperemese iniciou ondansetron após suspender terapêutica de ambulatório. Analiticamente com hemoglobina 13,6 g/dL, plaguetas 312000/uL, INR 1.0, AST 525 U/L, ALT 952 U/L, GGT 55 U/L, FA 72 U/L, bilirrubina total (BT) 2.05 mg/dL, com direta 1.37 mg/dL. O ecodoppler abdominal revelou apenas microlitíase vesicular. Foram colocadas como hipóteses diagnósticas a de migração de cálculo ou hiperemese gravídica. Negava hábitos etanólicos ou toxicofílicos, consumo de produtos de ervanária ou viagens recentes. O estudo etiológico inicial revelou: antiHCV-, AgHBs-, AcHBc-, AcHBs-, antiHAV IgM-, antiEBV IgM, antiCMV IgM, AntiHEV-, antiHSV I/II IgG- e IgM+, ANA-, IgG, A1AT, ceruloplasmina, ferritina, função tiroideia e perfil lipídico normais. Foi observada por Oftalmologia que excluiu anéis de Kayser-Fleischer.

Verificou-se descida da BT e manutenção dos restantes valores das provas hepáticas e INR. bem como da hiperemese. Assim, a hipótese de migração de cálculo foi excluída. Perante hipóteses mais prováveis de hepatite autoimune ou tóxica (a cloropromazina), não se conseguindo excluir hepatite herpética, realizou biopsia hepática percutânea ecoquiada que revelou hepatite ativa subaguda, infiltrado de predomínio linfocitário ligeiro, multifocal, intralobular e hepatócitos pontualmente degenerativos; sem hepatite de interface, emperipolesis, efeito citopático viral, pigmento de hemossiderina ou fibrose. Do restante estudo em curso entretanto disponibilizado, a destacar: autoimunidade hepática e PCR do HSV I/II negativos; ácidos biliares e cobre urinário normais.

Colocou-se como hipótese mais provável uma hepatite tóxica à cloropromazina.

Verificou-se evolução clínica e analítica favoráveis, com normalização das provas hepáticas em 2 meses.

Pretende-se exemplificar o diagnóstico diferencial de hepatite aguda na grávida, com um caso raro e desafiante.

P₀ 4

INTESTINAL BEHÇET – THE GREAT CROHN'S DISEASE PRETENDER

Inês Pestana; Marisa Linhares; Diana Ramos; Marco Pereira; João Pinto; Rui Sousa; António Banhudo *Hospital Amato Lusitano ULSCB*

A doença de Behçet (DB) é uma vasculite caracterizada por aftose oral recorrente e outras manifestações sistémicas, incluindo aftose genital e envolvimento gastrointestinal (GI). No que respeita à parte GI, os sintomas incluem dor abdominal, diarreia, náuseas, perda de peso e

hemorragia. Ulcerações discretas podem ser encontradas em todo o tracto GI (TGI), mas mais frequentemente no íleon terminal, cego e cólon ascendente. Úlceras podem ser superficiais, mas estendem-se frequentemente para a serosa. Histologia das úlceras profundas mostra inflamação inespecífica cronicamente activa. Complicações como fistulização, hemorragia ou perfuração ocorrem em até 50% dos casos. O envolvimento GI pode ser difícil de diferenciar da doença inflamatória intestinal (DII), particularmente Doença de Crohn (DC), podendo existir sobreposições significativas, levando a desafios clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Relatamos caso de mulher, 22 anos, com história de DB. manifestada por aftose oral e genital recorrente, medicada com corticoide em SOS, com suspensão recente de colchicina. Em 03/21 inicia episódios recorrentes, auto-limitados de hematemeses e hematoguézias, com estabilidade hemodinâmica mantida e sem necessidade de suporte transfusional. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou gastro-duodenite aguda (sem erosões) e colonoscopia, sem alterações. Por manter hemorragia digestiva baixa, realizou videocápsula, que demonstrou úlceras aparentemente no cego/cólon ascendente e que motivou nova ileocolonoscopia posterior, com observação, no íleon terminal, de erosões e ulcerações superficiais de base nacarada. Histologia revelou ileíte ulcerada, sem características de especificidade. Sem relato de novos episódios de perdas hemáticas, mantendo diarreia 2-3 vezes por dia. Aguarda EnteroTC e doseamento de calprotectina. DII e DB intestinal apresentam uma sobreposição clínica e endoscópica muito relevante. Ambas ocorrem em doentes mais jovens, podem ter sintomas Gl inespecíficos, manifestações e complicações extra-intestinais e achados patológicos semelhantes e cursos de doença que flutuam ao longo do tempo. Assim, nos doentes com DB previamente diagnosticada, a presença de alterações do TGI, nomeadamente úlceras, deverá motivar um estudo aprofundado do mesmo, de modo a excluir possíveis diagnósticos diferenciais concomitantes, como DC.

P0 5 Trabalho retirado

P0 6

LESÃO SUBEPITELIAL GÁSTRICA: OUTSIDE OF THE BOX

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

Serviço de Gastroenterologia, ULS Castelo Branco

Introdução: A incidência de lesões subepiteliais gástricas tem vindo a crescer pelo aumento de exames complementares de diagnóstico. A ecoendoscopia digestiva é importante na abordagem diagnóstica, mas, e apesar de existir uma diversidade de diagnósticos, nem sempre o resultado é o esperado.

Caso clínico: Mulher, 44 anos com história de esplenectomia após acidente de viação. Em 2019 foi referenciada à consulta externa por ter sido identificada uma lesão subepitelial localizada no antro numa FDA realizada no exterior. Na ecoendoscopia a lesão correspondia a uma formação hipoecogénica discretamente heterogénea, de limites bem definidos medindo 20 mm de major eixo, na dependência da muscular própria compatível com GIST; sem adenopatias perilesionais. Seis meses depois a lesão mantinha as características ultrassonográficas, no entanto foi identificada uma adenopatia perilesional. O resultado anatomopatológico da lesão foi inconclusivo ao identificar apenas células de natureza muscular.

A lesão foi novamente biopsada, sendo de referir, agora, a existência de alguns gânglios na pequena curvatura gástrica. O material obtido tinha características mucóides e o resultado anatomopatológico manteve-se duvidoso ao apresentar células estromais do tipo fusiformes

levantando a possibilidade de se tratar de um GIST. Foi assumido o diagnóstico de GIST, mas pela existência de adenopatias locorregionais foi pedida uma TC, onde se destaca "espessamento ligeiro da parede do antro gástrico associado a duas adenopatias, a maior com 16*8 mm; junto ao contorno inferior do lobo direito do fígado várias imagens nodulares confluentes, de aspeto sólido, com realce após contraste (a maior com 16*12 mm), traduzindo prováveis adenopatias/implantes peritoneais; na região fúndica da vesícula mais duas pequenas áreas de espessamento nodular, contíguas medindo cerca de 15 mm (lesão expansiva?)". Pela dúvida diagnóstica foi discutida situação com colegas da cirurgia geral e foi decidida a realização de PET-FDG 18-FDG, que não identificou nenhuma das lesões.

Foi então necessário fazer um ponto da situação uma vez que a evolução clínica e os achados imagiológicos não eram compatíveis. Neste momento, o antecedente de esplenectomia foi enquadrado no estudo e levantou-se a suspeita de se tratarem de focos de esplenose. Na revisão das imagens o colega de imagiologia concordou e foi pedida uma cintigrafia hépato-esplénica de eritrócitos fragmentados para confirmação diagnóstica (que ainda se aguarda o resultado). Conclusão: Os autores pretendem demonstrar um diagnóstico diferencial de uma lesão subepitelial gástrica e a sua abordagem com recurso a iconografia. Existem relatos de esplenose a mimetizar diversas lesões intraabdominais. O seu diagnóstico deve-se em parte a uma alta suspeita clínica podendo ser confirmado com recurso a imagiologia e sem necessidade de confirmação histológica.

PO 7 Trabalho retirado

UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA: LESÃO DE DIEULAFOY DO CÓLON

Diana Ramos; Marisa Linhares; Marco Pereira; Inês Pestana; Rui Sousa; Ana Caldeira; António Banhudo III.S Castelo Branco

Introdução: Lesões de Dieulafoy são uma causa incomum de hemorragia gastrointestinal (< 2% das hemorragias gastrointestinais agudas). As lesões gástricas de Dieulafoy são as mais comuns, representando mais de 70% dos casos. Em contraste, as lesões de Dieulafoy do cólon são extremamente raras.

Caso clínico: Homem de 63 anos, com múltiplas co-morbilidades (HTA, diabetes, DRC IV, obesidade, FA, doença arterial aterosclerótica difusa, ex-fumador) estava internado no serviço de cirurgia geral por pé diabético complicado com úlcera no calcâneo infetada.

Ao 5º dia de internamento iniciou quadro de hematoquézias abundantes, sem instabilidade hemodinâmica. Por este motivo, realizou-se retossigmoidoscopia, após enema prévio, que foi inconclusiva por presença de sangue e fezes moldadas. O doente iniciou preparação intestinal para colonoscopia total que foi realizada no dia seguinte. Este exame revelou, no cólon sigmóide, um coágulo bem aderente à mucosa que se destacou parcialmente com bomba de água com consequente pequena hemorragia em babamento. Foi efetuada terapêutica endoscópica: injeção de adrenalina e colocação de clip hemostático.

O doente manteve-se clinicamente estável e sem perdas hemáticas nos dias subsequentes. Uma retossigmoidoscopia realizada 1 semana após a terapêutica endoscópica revelou clip in situ sem evidência de hemorragia.

Conclusão: As lesões de Dieulafoy do cólon são uma causa incomum de hemorragia digestiva baixa (HDB), sendo um desafio diagnóstico e terapêutico únicos. As lesões de Dieulafoy normalmente apresentam-se com hemorragia de grande volume indolor, tornando-as clinicamente difíceis de distinguir de outras causas de hemorragia gastrointestinal inferior (como malformações arteriovenosas ou hemorragia diverticular). Uma boa preparação intestinal é importante para a adequada avaliação da mucosa e correto diagnóstico.

Como no nosso caso, o risco de hemorragia é maior em pacientes com comorbilidades médicas, (como hipertensão ou doença cardiovascular) e em doentes hipocoagulados.

Embora raras, as lesões de Dieulafoy do cólon devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de HDB e é importante reconhece-las, pois podem ser controladas com eficácia por técnicas endoscópicas.

PO 9 Trabalho retirado

PO 10 Trabalho retirado

P0 11 Trabalho retirado

P0 12

HEPATITE AGUDA DE CAUSA RARA: A IMPORTÂNCIA DA EPIDEMIOLOGIA

Joana Revés; Bárbara Abreu; Catarina Nascimento; Bárbara Morão; Carolina Palmela; Lídia Roque Ramos; Joana Nunes; Manuela Canhoto; Luísa Glória; Catarina Gouveia

Serviço Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo

Mulher, 56 anos, cantoneira de profissão. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com um mês de evolução de icterícia, astenia, anorexia e lombalgia. Negava febre, dor abdominal, náuseas, vómitos ou perda ponderal. Sem história de consumo de drogas endovenosas, álcool ou introdução de novos fármacos ou tóxicos. Consumo esporádico de AINEs desde há vários anos. Negava viagens recentes, comportamentos sexuais de risco ou antecedentes pessoais de doença hepática. Contacto frequente com ambientes rurais.

À admissão encontrava-se ictérica, sem alterações à palpação abdominal ou lesões cutâneas. Analiticamente apresentava elevação significativa das transaminases (AST 1480UI/L, ALT 1724UI/L), elevação dos parâmetros de colestase (FA 300UI/L, GGT 332UI/L), hiperbilirrubinémia de 15.22mg/dL (à custa da conjugada), INR 1.3 e PCR 0.89mg/dL. Realizou ecografia abdominal sem alterações e TC abdominal que excluiu patologia vascular hepática.

Assumido diagnóstico de hepatite aguda, ficando internada para esclarecimento. Do estudo realizado de realçar IgG do vírus da hepatite E positiva, com IgM negativa, pelo que ficou a aguardar pesquisa de RNA fecal; anticorpo anti-nuclear positivo (1:640) e descrição pela oftalmologia de anéis de Kayser-Fleicher, mas com cobre sérico e urinário das 24h e ceruloplasmina normais. Dado o contexto epidemiológico foi alargado o estudo infecioso, que ficou a decorrer.

Tendo em conta a evolução arrastada da doença e a dúvida diagnóstica entre hepatite auto-imune, infeciosa ou tóxica, decidido realizar biópsia hepática, seguida da introdução de corticoterapia, com descida acelerada da bilirrubina. A biópsia revelou a presença de hepatite aguda de provável etiologia infecciosa.

Posteriormente, confirmação de serologia IgG e IgM positiva para rickettsia conorii, permitindo o diagnóstico de hepatite aguda por febre escaro-nodular, tendo iniciado terapêutica empírica com doxiciclina. Atualmente encontra-se a terminar desmame da corticoterapia e apresenta normalização das transaminases e da bilirrubina. A apresentação clínica da febre escaro-nodular pode ser bastante variada, sendo o envolvimento hepático geralmente caracterizado por uma elevação ligeira das transaminases. A apresentação como hepatite aguda é rara, com poucos casos descritos na literatura.

O presente caso clínico pretende demonstrar a dificuldade no diagnóstico diferencial da hepatite aguda e a necessidade de considerar as rickettsioses, quando o contexto epidemiológico é sugestivo.

PO 13

UMA CAUSA INESPERADA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Fábio Pereira Correia; Filipa Bordalo Ferreira; Inês Nabais; Rita Carvalho; Liliana Santos; Alexandra Martins Serviço de Gastrenterologia, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Apresentamos o caso de uma mulher, 51 anos de idade, admitida no serviço de Urgência (SU) por síncope e história de melenas com uma semana de evolução. Na sua história pessoal, destacava-se apenas patologia osteoarticular cervical com necessidade de terapêutica ocasional com anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). À admissão no SU, apresentava-se hipotensa (90/57 mmHg), normocárdica (FC 83 bpm) e sem sangue na sonda nasogástrica. Analiticamente, apresentava anemia ferropénica com hemoglobina 4,0 g/dL (tinha avaliação analítica recente com Hb 12,8 g/dL), creatinina 0,65 mg/ dL e ureia 47,7 mg/dL. A endoscopia digestiva alta mostrava apenas discretas erosões ao nível do antro e a colonoscopia total não apresentava alterações. Por não estar esclarecida a causa da hemorragia digestiva, realizou enteroscopia por cápsula que evidenciava hiperémia e erosões no delgado proximal, sugerindo enteropatia por AINEs. Teve alta clinicamente estável com indicação para evicção destes fármacos. Dois meses depois, em consulta de reavaliação, apresentava uma normalização do valor da hemoglobina (12,6 g/dL). Passado um mês, foi admitida no SU por hematemeses e melenas com instabilidade hemodinâmica. Analiticamente, apresentava hemoglobina 6,8 g/dL e elevação da ureia. Realizou angiografia por tomografia computorizada abdominal, que revelou uma lesão nodular hipervascular com 25 mm no jejuno proximal, sugestiva de tumor do estroma gastrointestinal (GIST). Procedeu-se a laparoscopia de urgência, onde se identificou uma lesão com cerca de 2-3 cm, a 15 cm do ângulo de Treitz, pelo que foi realizada resseção segmentar do intestino delgado. A anatomia patológica confirmou o diagnóstico de GIST jejunal. A doente evolui favoravelmente após a intervenção cirúrgica, sem recidiva de perdas hemáticas.

Os GISTs constituem apenas 0,1-3% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal, a maioria localizada no estômago. Apesar de a hemorragia digestiva intermitente ser uma apresentação comum, raramente é potencialmente fatal. Apresentamos um caso raro de hemorragia digestiva massiva obscura por um GIST jejunal.

PO 14

HEPATITE AGUDA – UM CASO RARO DE HEPATOTOXICIDADE

Inês Costa Santos¹; Cristiana Sequeira¹; Mariana Coelho¹; Cláudio Martins¹; Ana Carvalho²; Matilde Gonçalves²; Ana Paula Oliveira¹ ¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal; ²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 45 anos, referenciada a consulta de Gastrenterologia por quadro de icterícia indolor, colúria e hipocolia com 3 semanas de evolução. Com história conhecida de hipertensão arterial, medicada com metildopa desde as 32 semanas da sua última gravidez, perfazendo atualmente 7 meses de terapêutica.

Da história clínica, destacava-se ausência de introdução de novos fármacos, consumo de álcool, chás ou outros produtos de ervanária, laticínios não pasteurizados, carne mal cozinhada ou cogumelos selvagens. Sem contexto epidemiológico para outras zoonoses.

Ao exame objetivo apresentava-se ictérica, sem sinais de encefalopatia portossistémica e com palpação abdominal inocente. Analiticamente com citólise hepática marcada (AST 3239U/L,

ALT3980U/L), colestase ligeira e hiperbilirrubinémia de 20,43 mg/dL, com fração direta de 12,5 mg/dL, embora com síntese hepática preservada. Do estudo etiológico de hepatite aguda, de referir estudo metabólico negativo e pesquisa de agentes hepatotrópicos (virais e bacterianos) também negativa. A autoimunidade foi positiva para anticorpos antinucleares (1:640) e antimitocondriais, com doseamento de IgG normal. Foram colocadas as hipóteses diagnósticas de hepatite aguda tóxica ou auto-imune. Dada a sua potencial hepatotoxicidade, apesar de rara, optou-se pela suspensão da metildopa, tendo--se verificado descida acentuada das transaminases e bilirrubina no espaço de uma semana. Para esclarecimento etiológico, foi realizada biopsia hepática, que revelou achados de lesão hepatocelular aguda, já com alguns sinais de regressão, provavelmente enquadráveis em lesão tóxica a metildopa.

Nas avaliações subsequentes, assistiu-se a uma rápida descida das transaminases e hiperbilirrubinémia, com quase normalização das mesmas um mês após a suspensão da metildopa. Na reavaliação aos 4 meses, bioquímica hepática sem alterações.

Apresenta-se um caso raro de hepatite aguda grave induzida por metildopa, existindo na literatura apenas outro caso reportado no período pós-parto. Dado o bom perfil de segurança, a metildopa é frequentemente usada como antihipertensor na gravidez e amamentação. Pretende-se alertar para a necessidade de manter um elevado índice de suspeição para esta etiologia tóxica, dado tratar-se de um evento adverso raro, que, quando grave, pode mimetizar outras etiologias, em particular hepatite auto-imune, ou culminar em falência hepática aguda, quando não diagnosticada atempadamente.

PO 15 Trabalho retirado

FÍSTULA ESÓFAGO-MEDIASTÍNICA, UM DIAGNÓSTICO RARO COM UMA EVOLUÇÃO FAVORÁVEL

João Pedro Pereira; Cátia Leitão; José Soares Serviço de Gastrenterologia - Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A tuberculose (TB) extrapulmonar é frequente nos doentes VIH, no entanto, a incidência do envolvimento esofágico é baixa e é necessária uma grande suspeita clínica para um diagnóstico adequado. A TB esofágica é uma entidade rara, representando 0.2-1% de todos os casos de TB gastrointestinal.

Método: apresentação de 1 caso clínico que decorreu de abril a agosto de 2021.

Caso clínico: Homem, 40 anos, história de infeção VIH-1. Recorreu ao SU por quadro de 1 mês de evolução de tosse produtiva, febre vespertina, hipersudorese, anorexia e perda ponderal. À observação: caquético, febril e sons pulmonares diminuídos na base direita. Estudo complementar: PCR 236.4 mg/L, PCT 0,9 ng/mL; 23 linfócitos CD4; carga viral 837,678 cópias/ml; baciloscopias positivas.

TC-tórax revelou múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares e fístula esófago-mediastínica (FEM), com presença de ar nas locas peritraqueais. A EDA revelou, aos 28 cm dos incisivos, uma úlcera de bordos irregulares, com ~10 mm de maior diâmetro, preenchida por material purulento esbranquiçado não borbulhante, confirmando a presenca de FEM.

Assim foi assumida infeção VIH-1 estadio C3 complicada com TB disseminada com atingimento pulmonar, ganglionar, pericárdico e presença de FEM, sem mediastinite. Durante o internamento esteve sob dieta entérica por sonda nasogástrica e cumpriu terapêutica anti-bacilar(AB) associado a corticoterapia, fluconazol e iniciou esquema TARV ao 14ºdia de AB.

Atendendo à evolução clínica e analítica favorável, e de forma a garantir o conforto do doente e

cumprimento do tratamento oral prolongado foi realizada gastrostomia endoscópica percutânea (16 dias pós EDA inicial) onde se verificou notável melhoria da FEM.

Aos 3 meses de *follow-up*, a destacar franca melhoria clínica global e evidência de encerramento de fístula na TC e EDA, permitindo assim retirar a PEG e iniciar alimentação por via oral.

Discussão: O envolvimento esofágico pela TB é extremamente raro, e as FEM são uma complicação rara da TB esofágica. A terapêutica médica com AB é eficaz na resolução das FEM, o que se verificou neste caso após apenas 3 meses de tratamento. Distintamente ao descrito na literatura, a remoção da PEG ocorreu ao fim de 3 meses (vs 6 meses).

Conclusão: Apresentamos um caso raro de TB esofágica, manifestando-se como FEM, onde o tratamento com AB foi curativo, permitindo assim uma evolução clínica favorável e demonstrar a possibilidade da remoção da PEG mais precoce ao até atualmente descrito.

P₀ 17

ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE UMA COMPLICAÇÃO RARA DE LITÍASE BILIAR

João Pedro Pereira; Cátia Leitão; Francisco Baldaque-Silva; José Soares Serviço de Gastrenterologia - Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: O ileus biliar é uma complicação rara de colelitíase, representando menos de 5% das causas de obstrução intestinal, mas podendo atingir os 25% das obstruções do intestino delgado não estrangulantes nos idosos.

Atendendo à prevalência crescente da litíase biliar, estes casos tenderão aparecer mais frequentemente e a seleção do tratamento mais adequado constitui um desafio.

Método: Apresentação de 1 caso clínico que decorreu de junho a agosto de 2021.

Caso clínico: Homem, 59 anos, saudável, recorre ao SU por quadro de 6 dias de evolução de dor abdominal hipogástrica e ausência de

trânsito intestinal para gases e fezes. À observação: abdómen doloroso à palpação do hipogastro e toque retal sem alterações. Analiticamente: leucocitose e PCR elevada.

TC-AP revelou: fístula direta entre a vesícula e o ângulo hepático do cólon; aerobilia intra e extra-hepática e, no cólon sigmóide, uma imagem ovóide com 3,5cm, parcialmente calcificada, com hipercaptação da parede cólica adjacente. Assumindo-se provável ileus biliar, foi realizada retossigmoidoscopia que revelou uma concrecão sólida e dura (sugestiva de cálculo biliar), ~4 cm, impactada no lúmen do cólon sigmóide, imóvel, obstruindo completamente o seu lúmen. Após discussão multidisciplinar e consentimento do doente, foi decidido abordagem conservadora com tratamento endoscópico. O procedimento consistiu na destruição e fragmentação do cálculo, em 3 sessões, com o auxílio de faca de disseção e ansa de polipectomia. Após mobilização e fragmentação da massa observou-se a mucosa do cólon sigmóide com extensa área de edema, congestão e numerosas úlceras na zona de impactação. Após a última sessão, o doente relata expulsão de corpo estranho de grandes dimensões nas fezes acompanhado de franca melhoria clínica.

Na colonoscopia de reavaliação, após 2 meses, observou-se extensas áreas de mucosa cicatricial ao nível do sigmóide. Não se observou orifício fistuloso a nível do ângulo hepático.

Discussão/Conclusão: O tratamento convencional do ileus biliar é por enterolitotomia cirúrgica. Contudo, dada a variabilidade de apresentações e a fragilidade dos doentes mais frequentemente envolvidos, outras opções deverão ser colocadas. Neste caso, demonstramos a endoscopia como uma abordagem não invasiva, que permitiu, simultaneamente, diagnosticar e tratar. Além disso, ilustra a ocorrência do encerramento espontâneo da fistula bilio-cólica que, segundo a literatura, poderá ocorrer logo nos primeiros meses pós desobstrução.

PO 18

MELANOMA ANORRETAL: ASPETO ENDOSCÓPICO E ULTRASSONOGRÁFICO

Carina Leal¹; Maria Silva¹; André Ruge¹; Antonieta Santos¹; Eduardo Pereira²; Helena Vasconcelos

¹Centro Hospitalar de Leiria; ²Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Mulher de 64 anos, autónoma, recorreu ao servico de urgência por retorragias, obstipação e sensação de evacuação incompleta com 6 meses de evolução. Negava outra sintomatologia acompanhante. De entre os antecedentes patológicos, destacavam-se neurofibromatose tipo 1, histerectomia e anexectomia bilateral em contexto de sarcoma endometrial de baixo grau e adrenalectomia esquerda por feocromocitoma. Ao toque retal, palpava-se lesão de consistência pétrea ao nível da transição anorretal, indolor. Foi realizada retossigmoidoscopia, que identificou lesão polipoide com 25 mm de maior eixo, ulcerada, friável e dura ao toque da pinça de biópsias, com aparente implantação no reto justa-anal. Foram realizadas múltiplas biópsias. Solicitada ecografia anorretal, na qual se identificou: ao nível da face anterior esquerda do canal anal superior e reto distal, com base de implantação de difícil identificação, uma lesão sólida hipoecogénica, de contorno irregular e configuração lobulada, com 27 mm de eixo transversal, com eixo vascular e vaso nutritivo de grande calibre, condicionando apagamento da camada muscular própria (correspondendo ao esfíncter anal interno); identificados dois gânglios no mesorreto, com 6.5 e 8 mm, arredondados e hipoecogénicos. Adicionalmente, realizou ressonância magnética pélvica, que confirmou os achados da ecografía anorretal e colocou a hipótese de implantação da lesão ao nível do reto distal com extensão até 3 cm da margem anal. As biópsias realizadas permitiram o diagnóstico de melanoma. A doente encontra--se a aguardar decisão terapêutica.

PERFURAÇÃO TRANSMURAL DO CÓLON POR OSSO, RESOLVIDA ENDOSCOPICAMENTE

João A. Cunha Neves¹; Joana Roseira¹; Patrícia Queirós¹; Miguel F. Cunha²; Edgar Amorim² ¹Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portimão; ²Grupo de Patologia Colorrectal - Serviço de Cirurgia II - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portimão

Doente do sexo feminino, de 62 anos, trazida ao Servico de Urgência por dor abdominal na fossa ilíaca esquerda, com agravamento progressivo. Ao exame físico, os ruídos hidroaéreos estavam normais e apresentava dor à palpação da fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. Não existia história conhecida de ingestão de corpos estranhos. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios (Leucócitos: 17 x 103/uL; Proteína C reactiva: 302 mg/L). A tomografia computorizada (TC) abdominal mostrava um corpo estranho de forma linear a condicionar uma perfuração transmural do segmento distal do cólon descendente, com coleções gasosas pericólicas. A doente iniciou antibioterapia empírica com Cefuroxima e Metronidazol. Foi realizada TC abdominal de controlo que revelou redução do conteúdo gasoso extraluminal. Após discussão com a equipa de Cirurgia, e na tentativa de uma abordagem conservadora, foi realizada uma colonoscopia esquerda. No exame endoscópico foi identificado um corpo estranho, compatível com um osso de galinha, com o topo proximal embutido na mucosa, a 65 cm da margem anal. O topo distal foi facilmente mobilizado e retirado com sucesso recorrendo a uma pinça "alligator". À reinspecção identificou-se um orifício residual de 2 mm no local da perfuração, sem drenagem hemática ou purulenta. Após a extração do osso de galinha de 4cm ocorreu resolução completa dos sintomas e redução dos parâmetros inflamatórios (Leucócitos: 9 x 103/uL; Proteína C reactiva: 43 mg/L). A doente teve alta, ainda sob antibioterapia. Foi reavaliada em consulta 2 meses após a alta, mantendo-se completamente assintomática. Apresenta-se a iconografia dos achados imagiológicos e endoscópicos.

PO 20

PRESO POR UM FIO

João A. Cunha Neves; Joana Roseira; Patrícia Queirós; Margarida Sampaio Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portimão

Doente do sexo feminino, de 36 anos, que iniciou acompanhamento na Consulta de Gastrenterologia por obstipação crónica. Referia que, sempre que evacuava, um fio com fezes ficava pendente, requerendo reintrodução manual no canal anal. A doente tinha antecedentes de endometriose submetida a laparoscopia exploradora com colectomia segmentar, 5 anos antes. Ao exame físico e toque rectal não apresentava alterações. Foi realizada colonoscopia total, que revelou um fecalito de 2 cm no cólon sigmóide suspenso por um fio de sutura não reabsorvível, que se encontrava parcialmente inserido na mucosa, a 22 cm da margem anal. O fecalito foi fragmentado recorrendo a uma ansa de polipectomia e retirado com uma ansa de rede. O fio de sutura foi cortado com uma tesoura endoscópica e a porção do fio inserida na mucosa foi removida com sucesso com uma pinça de dentes de rato. O procedimento decorreu sem quaisquer complicações. Após 1 mês da realização da colonoscopia, a doente encontrava-se totalmente assintomática. Apresenta-se o caso clínico pela raridade da situação e pela iconografia dos achados endoscópicos.

UMA CAUSA MUITO RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Domingues, Â.; Araujo, R.; Pires, F.; Carvalho, A.C.; Ventura, S.; Rodrigues, C.; Pinho, J.; Martins, D.; Sousa, P.; Cardoso, R.; Cancela, E.; Castanheira, A.; Ministro. P.: Silva. A.

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

Mulher, 82 anos, com antecedentes de fibrilhacão auricular hipocoagulada, anemia microcítica medicada com sulfato ferroso e lentigo maligno geniano esquerdo excisado em 2018. Admitida no servico de urgência por astenia e diminuição da força dos membros inferiores com dois dias de evolução. Sem perdas hemáticas visíveis. Apresentava fezes escurecidas, embora sob terapêutica com ferro oral. Ao exame objetivo sem alterações de relevo, com exceção de palidez de mucosas e sopro sistólico. Exame abdominal e neurológico normais. Analiticamente: hemoglobina 6.5 g/dL, INR 13.08 e ureia 132 mg/dL. Foi submetida a transfusão de concentrado eritrocitário e revertida a hipocoagulação iatrogénica. Realizou ecografia abdominal que demonstrou espessamento do antro gástrico e múltiplas adenopatias adjacentes à cabeça do pâncreas. Endoscopia digestiva alta revelou várias áreas circulares e papulares no corpo e fundo gástrico e bolbo duodenal, com centro deprimido, friáveis, de coloração negra e com estigmas de hemorragia recente. Efetuadas biópsias das lesões, cuja histologia se revelou tratarem de metástases de melanoma maligno. Do estudo complementar, destaca-se TCTAP com múltiplas formações nodulares pulmonares, mediastínicas e peritoneais, sugestivas de lesões secundárias. Após avaliação multidisciplinar, foi decidido internamento na unidade de Cuidados Paliativos.

Conclusão: O melanoma maligno tem predisposição de metastização para o trato Gl. O presente caso ilustra uma forma de manifestação incomum desta neoplasia, que foi identificada na se-

quência de alteração iatrogénica da coagulação. Salienta-se a raridade da iconografia recolhida.

PO 22

SÍNDROME DE BOUVERET: UMA ENTIDADE DE DIFÍCIL ABORDAGEM ENDOSCÓPICA

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

Serviço de Gastroenterologia, ULS Castelo Branco

Introdução: A síndrome de Bouveret é uma causa rara de obstrução gastroduodenal causada pela presença de cálculo biliar de grandes dimensões (> 25 mm) no duodeno. Isto deve-se à existência de fistula colecistoduodenal ou colecistogástrica e pode manifestar-se com dor abdominal, vómitos ou hemorragia digestiva alta. Caso clínico: Uma mulher de 80 anos foi observada no servico de urgência por traumatismo após queda secundária a lipotimia. Adicionalmente havia referência a fezes com sangue, o que foi confirmado pela evidência de melenas no toque retal. Analiticamente apresentava Hb 10,6 g/dL, creatinina 0,69 mg/dl e ureia 78,2 mg/dL. No seguimento do estudo para avaliação de causas de lipotimia fez angio-TC toraco-abdominal onde se salienta "vesícula biliar pouco distendida, com espessamento parietal difuso e conteúdo heterogéneo com volumoso cálculo (> 20 mm) com gás por colecistite enfisematosa e suspeita de fístula colecistoduodenal. Aerobilia." Pela suspeita de hemorragia digestiva alta e confirmação da litíase duodenal foi solicitada uma endoscopia digestiva alta.

Na EDA diagnóstica foi identificado um corpo estranho, compatível com material litiásico, que ocupava todo o lúmen bulbar impedindo progressão do gastroscópio e sem evidência de conteúdo hemático. Após discussão com a Cirurgia Geral foi decidida a tentativa de remoção do cálculo por via endoscópica.

Na EDA terapêutica foi identificado um cálculo de grandes dimensões com uma face lisa e outra fragmentada encravado no bulbo e não passível de mobilização. Após inspeção foi possível observar uma área ulcerada com um orifício fistuloso com conteúdo hemático, mas sem hemorragia ativa. Atendendo às dimensões do cálculo foi inicialmente realizada dilatação do piloro com balão TTS até 18 mm para facilitar a mobilização para a cavidade gástrica. Posteriormente, foram realizadas várias tentativas de extração com ansa, Roth-net, tripé e cesto. Apesar das inúmeras tentativas não foi possível a preensão do cálculo, não só pela sua localização como morfologia. A doente foi então foi submetida a gastrostomia para remoção do cálculo. O procedimento decorreu sem intercorrência e a doente apresentou boa evolução clínica e teve alta. Na reavaliação endoscópica aos 6 meses apresentava área cicatricial sem evidência de orifício fistuloso.

Conclusão: Os autores pretendem discutir a abordagem terapêutica desta situação clínica rara. Apesar de existirem casos descritos com resolução endoscópica, na maioria (> 90%) das situações é necessária uma intervenção cirúrgica para a extração do cálculo. Caso acompanhado de iconografia de TAC e endoscopia.

PO 23

ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO DE PERFURAÇÃO PERI-AMPULAR PÓS-AMPULECTOMIA

Marta Moreira¹; Isabel Tarrio¹; Tarcísio Araújo¹; Luis Lopes^{1,2,3}

¹Serviço de Gastrenterologia Hospital de Santa Luzia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo; ²Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga; ³ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga

Introdução: A perfuração é uma complicação rara da ampulectomia, estimando-se que ocorra em 1.9%-5.8% dos casos, mais frequentemente retroperitoneal e passível de gestão conservadora.

O objetivo é demonstrar, em vídeo, o processo de encerramento endoscópico de perfuração pós-ampulectomia.

Caso Clínico: Homem, 89 anos, submetido a ampulectomia de lesão polipóide com 30 mm. Foi detetada perfuração intraprocedimento encerrada com clip metálico TTS. Nas primeiras 24 h o doente desenvolveu melenas, hipotensão e taquicardia. Foi realizada endoscopia digestiva alta verificando-se escara de ampulectomia com volumoso coágulo fresco aderente. Após se destacar o coágulo observou-se perfuração com 10mm e hemorragia ativa em toalha, imediatamente proximal do colédoco. Após injeção de adrenalina foi colocada prótese biliar totalmente coberta 10 x 40 mm, para sinalizar via biliar e evitar o seu encerramento. Foi aplicado OTSC tal como demonstrado no vídeo.

Em TC documentou-se a presença de duas coleções com 6.7 cm e 4.6 cm de maiores diâmetros que foram drenadas percutaneamente. Por manutenção de febre e parâmetros inflamatórios elevados foi realizado TC com abcessograma que demonstrou a passagem de contraste para duodeno. Em reavaliação endoscópica, observado oríficio punctiforme pelo que foi colocada 2ª prótese metálica totalmente coberta 40 x 10 mm, com extremidade exteriorizada mais distalmente no duodeno e colocada prótese biliar duplo pigtail com 7Fr x 5 cm, para derivação da drenagem biliar para longe da escara.

O doente apresentou evolução clínica favorável, sob vancomicina e imipenem com resolução lenta, mas progressiva de coleções abdominais. O internamento foi prolongado por pneumonia nosocomial e colite por clostridium difficile. Teve alta clínica após 89 dias de internamento.

Conclusões: O tratamento conservador demonstrou-se eficaz no tratamento desta perfuração periampular, no entanto, face à idade e comorbilidades do doente o internamento foi mais prolongado e moroso dado o aparecimento de complicações.

PROCTITE INFECIOSA A C. TRACHOMATIS – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sofia Ventura; Ana Carvalho; Francisco Pires; Cláudio Rodrigues; Juliana Pinho; Eugénia Cancela; Américo Silva

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Proctite refere-se à inflamação da mucosa retal, sendo comummente associada a doença inflamatória intestinal. Contudo, a proctite pode ter etiologia infeciosa, por microorganismos sexualmente transmissíveis como a *Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum e virus herpes simplex*. A proctite provocada por *C. trachomatis* ocorre sobretudo em homens que têm sexo com homens.

Apresentamos o caso de um homem de 28 anos, sem antecedentes de relevo, que recorreu ao serviço de urgência com quadro de distensão abdominal, proctalgia e retorragias com 1 mês de evolução. Realizou retosigmoidoscopia que revelou mucosa até aos 8 cm da margem anal com ulceração extensa a envolver 2/3 da circunferência luminal, edema e erosões. Analiticamente apresentava-se com leucocitose (15 070 leucócitos/L) e proteína C reativa de 4,10 mg/dL, sem outras alterações. Foi medicado empiricamente com ciprofloxacina e metronidazol, tendo sido feito estudo serológico e biopsias retais para estudo de microorganismos sexualmente transmissíveis. A melhoria clínica e endoscópica foi parcial com a terapêutica instituída. Posteriormente o estudo pedido revelou serologia (IgM e IgG) e PCR nas amostras retais positivas para C. trachomatis, tendo sido medicado com doxiciclina. Quando informado destes resultados, o doente revelou ter tido relações sexuais anais desprotegidas.

A alta suspeição clinica foi a chave para o diagnóstico e tratamento neste doente. Este caso ressalva a importância de uma história clínica detalhada e alerta para o diagnóstico diferencial da proctite, dado a etiologia infeciosa ser por vezes subdiagnosticada.

PO 25

PRÉ-CORTE PRECOCE POR ESFINCTEROTOMIA TRANSPANCREÁTICA – ADAPTANDO O ALGORITMO DA CANULAÇÃO BILIAR

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

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

Doente do sexo feminino, 18 anos de idade, com antecedentes de colecistectomia, internada por pancreatite aguda ligeira por provável litíase residual com dor abdominal com duas semanas de evolução. Realizada ecoendoscopia com observação de microlitíase da via biliar extra-hepática. Procedeu-se a realização de CPRE. Efetuada canulação do ducto pancreático com acesso à via biliar principal por esfincterotomia transpancreática. Passagem de balão com remoção de microcálculos, tendo sido colocada prótese plástica profilática no Wirsung. Sem intercorrências associadas ao procedimento.

A técnica de pré-corte com esfincterotomia transpancreática é uma estratégia de canulacão avancada da via biliar. Permite a canulação da via biliar após canulação acidental ou intencional do canal pancreático, apresentando uma elevada taxa de eficácia. Constitui uma alternativa à técnica de canulação por duplo fio-quia, associada a menor taxa de eficácia e maior risco de complicações. Por outro lado, apesar de as estratégias de pré-corte classicamente serem consideradas técnicas com maior risco de complicações, a sua segurança tem sido demonstrada em estudos recentes e inclusivamente apresentam vantagem guando adotadas de forma precoce. Os autores apresentam o caso pela demonstração da técnica de esfincterotomia transpancreática, em que na antecipação de uma canulação difícil se optou por uma estratégia de pré-corte precoce – a canulação do canal pancreático determinou a abordagem por esta técnica.

PO 26

ESTARÁ A DOR SOBREVALORIZADA NA PANCREATITE CRÓNICA? DADOS DE UM CENTRO PORTUGUÊS DE REFERÊNCIA

Luísa Martins Figueiredo¹; Gonçalo Alexandrino¹; Maria Ana Rafael¹; Tiago D. Domingues²; Luís Lourenço¹; David Horta¹; Jorge Canena¹; Alexandra Martins¹

¹Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; ²CEAUL - Centro de Estatística e Aplicações, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: A dor tem sido referida como uma manifestação frequente e complicação importante da pancreatite crónica (PC) de difícil abordagem na prática clínica.

Objetivos: Pretende-se avaliar a casuística de doentes com PC e quais os fatores preditivos para dor crónica (DC) nesta entidade.

Materiais: Estudo retrospetivo de doentes com PC seguidos num centro hospitalar entre janei-ro/2010 e dezembro/2017. Avaliou-se quais os doentes com DC e os principais fatores de risco. Análise estatística através do software SPSS 26 (testes de Mann-Whitney e teste exato de Fisher). Todos os resultados com *p-value* < 0.05 foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados e conclusões: Incluídos 92 doentes com PC. 38% (n = 35) apresentaram agudizações, mas apenas 7 cursaram com DC. Para cada fator de risco será mencionada primeiro a % referente aos doentes com dor crónica. O sexo (masculino 71,4% *versus* 85,9%; feminino 28,6% *versus* 14,1%; *p-value* 0.288) e a idade (média de 53 anos *versus* 63 anos; *p-value* 0.089) não se revelaram fatores preditivos para a ocorrência de dor. A etiologia da PC também não foi um fator de risco (85.7% etiologia alcoólica *versus* 83.7%; 14.3% idiopática *versus* 11.8%; *p-value* 1.0). Não se verificou associa-

ção estatística com hábitos tabágicos (71.4% versus 58.8%; p-value 0.698) ou etanólicos (85.7% versus 88.2%; p-value 1.0); Diabetes Mellitus (28.6% versus 56.5%; p-value 0.24); achados estruturais, tais como, massas inflamatórias ou coleções líquidas (p-value 0.196 e 1.0, respetivamente), pancreatite da goteira (p-value 0.076), estenose biliar (p-value 0.361) ou pancreática (p-value 0.361), litíase biliar (p-value 1.0) ou pancreática (p-value 0.34). 28.6% dos doentes com dor foram submetidos a cirurgia versus 12.9%, sem significância estatística (p-value 0.26). Verificou-se uma taxa de mortalidade de 14.3% versus 25.9%, sem significância estatística (p-value 0.675).

No presente estudo apenas uma pequena percentagem de doentes apresenta DC como manifestação clínica de PC e não se encontraram fatores de risco para a sua ocorrência.

PO 27

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA DE UMA COORTE DE DOENTES COM PANCREATITE CRÓNICA

Luísa Martins Figueiredo; Maria Ana Rafael; Gonçalo Alexandrino; ; Luís Carvalho Lourenço; David Horta; Jorge Canena; Alexandra Martins Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Os dados epidemiológicos da pancreatite crónica (PC) em Portugal são escassos devido à dificuldade no seu diagnóstico precoce e à variável progressão clínica da PC.

Objetivos: Pretende-se apresentar dados de vida real dos doentes com PC de um centro de referência português.

Material e métodos: Estudo retrospetivo a partir de uma base de dados colhida prospetivamente de doentes com PC seguidos num centro hospitalar entre Janeiro/2010 e Dezembro/2017. Avaliaram-se as características demográficas, achados imagiológicos, tratamento e evolução clínica.

Resultados e conclusões: 92 doentes, 84,9% do sexo masculino, média de idades de 61,4

anos (38-87). 83,7% de etiologia alcoólica (n = 77), 11,9% em investigação/idiopática (n = 11), 2,2% autoimune (n = 2), 1,1% pancreatite aguda recorrente (n = 1) e 1,1% obstrutiva (n = 1). 59,8% (n = 55) dos doentes com hábitos tabágicos. 54,3% (n = 50) com Diabetes Mellitus. 7,6% (n = 7) apresentava dor abdominal crónica.

A complicação mais comum foi o desenvolvimento de pseudoquistos (n = 20). 65,2% (n =60) realizou ecografia abdominal e os achados mais comuns foram: dilatação do wirsung (n = 37), pâncreas heterogéneo (n = 33) e calcificações (n = 30). 92,4% (n = 85) realizou TAC abdominal, os achados mais comuns foram: calcificações (n = 58), dilatação do wirsung (n = 55) e pâncreas atrófico (n = 37). A RM/ ColangioRM foi realizada em 45.7% (n = 42) dos doentes e os achados mais comuns foram: dilatação do wirsung (n = 25), pâncreas atrófico (n = 20) e dilatação das vias biliares (n = 11). 50% (n = 46) realizou CPRE: estenose da VBP (n = 22) e do wirsung (n = 15) e dilatação da VBP (n = 12). Ecoendoscopia em 33,7% (n = 31), cuios achados mais frequentes foram dilatação do wirsung (n = 14), pâncreas heterogéneo (n = 14) e calcificações (n = 13), 3.3%(n = 3) evoluíram para neoplasia do pâncreas. 40,2% (n = 37) foram submetidos a terapêutica endoscópica e 14,1% (n = 13) a cirurgia. No follow-up registou-se uma taxa de mortalidade de 25% (n = 23).

Em conclusão, apresenta-se uma coorte com um número significativo de doentes que exemplifique os desafios diagnósticos e clínicos desta entidade. A dificuldade terapêutica e os riscos associados exigem um *follow-up* apertado.

P0 28 Trabalho retirado

PO 29

A RENTABILIDADE DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE URGÊNCIA NA SUSPEITA DE CORPOS ESTRANHOS OU IMPACTOS ALIMENTARES

Marta Moreira¹; Isabel Tarrio¹; Sílvia Giestas¹; Luis Lopes^{1,2,3}

¹Serviço de Gastrenterologia Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo; ²Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga; ³ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga

Introdução: A ingestão de corpos estranhos (CE) e impactos alimentares (IA) são indicações relativamente frequentes para Endoscopia Digestiva Alta (EDA) de urgência. 80-90% dos corpos estranhos passam espontaneamente pelo trato digestivo e 10-20% necessitam de remoção endoscópica. Cerca de 1% necessita de cirurgia para remoção do CE ou para tratar complicações associadas.

O objetivo deste estudo foi avaliar rentabilidade, a capacidade de remoção endoscópica e as complicações associadas à ingestão de corpos estranhos, num centro hospitalar, entre Janeiro de 2009 e Março 2021.

Métodos: Foram revistos os processos clínicos de todos os doentes que realizaram EDA de urgência por suspeita de CE ou IA. Foram avaliadas as complicações associadas, necessidade de cirurgia e mortalidade associada.

Resultados: Foram realizadas 281 EDA por suspeita de CE ou IA. 56,9% do sexo feminino (vs 43,1%). A média de idade foi de 57,8 anos e a mediana de 58,1 anos [6-99 anos].

Foram realizadas 210 EDA por suspeita de CE e 71 por suspeita de IA. Em 69,5% das EDA realizadas por suspeita de CE não foi detetada a sua presença, em 11,9% foi observada uma espinha e em 5,2% um osso. Em 78,9% das EDA realizadas por suspeita de IA foi detetada a sua presença. Foi passível de remoção endoscópica em 97,1% e em 100% das EDA realizadas por suspeita de IA, respetiva-

mente e houve laceração superficial da mucosa em 21,4% e em 26,7%.

5 dos doentes que ingeriram CE e 1 dos que teve IA tiveram perfuração com abcesso. Houve 3 mediastinites, 2 abcessos retrofaríngeos e uma peritonite, sendo que foi necessária cirurgia em todos eles. Faleceram 2 doentes após ingestão de CE e 1 doente por IA que continha ossos. **Conclusões:** A endoscopia foi eficaz na deteção e remoção de praticamente todos os CE e IA, Na maioria das situações o CE já não foi observado na EDA. As complicações associadas foram raras, mas potencialmente fatais, particularmente as que contêm objetos pontiagudos.

PO 30

IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS LESÕES HIPERVASCULARES DO PÂNCREAS

Nélia Abreu; Joana Carvão; Vítor Pereira; Luís Jasmins Serviço de Gastrenterologia, Hospital Central do Funchal

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 73 anos, com história prévia de carcinoma de células renais, submetida a nefrectomia radical esquerda (pT2N0M0) em 2016, sem evidência de recidiva imagiológica e/ou clínica até à data. Referenciada ao servico de Gastrenterologia para realização de ultrassonografia endoscópica (EUS) após identificação de múltiplos nódulos pancreáticos em tomografia computorizada (TC) abdominal de follow-up, o maior com 25 mm de diâmetro. A avaliação por EUS revelou a presença de múltiplas lesões hipoecogénicas, heterogéneas, de contornos irregulares, bordos bem definidos e halo hipoecogénico, localizadas na cabeca e istmo do pâncreas. De referir realce hipervascular das lesões após a injeção de contraste endovenoso (SonoVue®). À elastografia apresentavam-se com padrão verde-azul. Lesões adicionais de menor diâmetro, embora com características semelhantes, foram observadas no corpo e cauda do pâncreas. Sem outros achados patológicos.

Procedeu-se à biópsia da lesão de maior diâmetro (FNB, 22G, Boston Scientific – Acquire), cujo estudo histológico e imunohistoquímico demonstraram a presença de células epiteliais com volumoso citoplasma rodeadas por finos capilares, achados sugestivos de metástase de carcinoma de células renais. Face ao diagnóstico a doente iniciou imunoterapia com pazopanib. O pâncreas é uma localização rara de metástases do carcinoma de células renais, as quais surgem comumente por disseminação hematogénica e/ou linfática. O CCR possui um importante potencial de metastização à distância, mesmo após ressecção cirúrgica completa em estádio iniciais, com 50% dos casos a ocorrer nos primeiros 5 anos após a cirurgia.

A associação entre a CCR e o desenvolvimento de metástases pancreáticas deve aumentar o índice de suspeição aquando da abordagem endoscópica e anatomopatológica de lesões hipervasculares do pâncreas. Entre os diagnósticos diferenciais destacam-se os tumores neuroendócrinos, o linfoma primário do pâncreas e tuberculose pancreática.

PO 31

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA INFEÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B NA GRAVIDEZ

Nélia Abreu; Catarina Neto; Bárbara Morão; Joana Réves; Manuela Canhoto; Joana Nunes; Luísa Glória

Serviço de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O vírus da hepatite B (VHB) durante a gravidez possui frequentemente uma evolução benigna, com a descrição de complicações materno-fetais numa minoria dos casos. A transmissão vertical representa, contudo, uma importante via de transmissão, associada a elevado risco de cronicidade (90%) e complicações.

Objetivo: Caracterização epidemiológica do vírus da hepatite B na gravidez num hospital distrital.

Métodos: Estudo retrospetivo observacional incluindo todas as grávidas com seropositividade

para o AgHBs, admitidas em trabalho de parto, entre janeiro de 2018 e abril de 2021. Obtidos dados epidemiológicos, demográficos e clínicos. Resultados: Identificaram-se 101 grávidas com seropositividade para o AgHBs, com idade média de 31,4 \pm 5,1 anos, 67,3% multíparas. Apenas 18 mulheres apresentavam nacionalidade portuguesa, com um predomínio de nacionalidades de países africanos endémicos para a infeção do vírus da hepatite B (VHB). O diagnóstico da infecão pelo VHB durante a gravidez foi realizado em 27,7% (n = 28) dos casos. A carga viral foi determinada em 66.3% das mulheres. verificando-se dois casos com DNA do VHB > 200.000 Ul/mL, destes apenas um realizou tenofovir no 3ª trimestre. Como intercorrências durante a gravidez a destacar 13 casos de diabetes mellitus gestacional, 1 caso de colestase intra-hepática e 1 caso de hipertensão induzida pela gravidez. Relativamente ao seguimento no pós parto, apenas 55.5% das mulheres foram avaliadas em consulta de Hepatologia. No total nasceram 103 bebés durante este período (2 casos de gravidez gemelar, 61,2% do sexo masculino), prematuridade em 8,7% casos. Surgiram complicações no período neonatal em 21,4% dos recém-nascidos, destacando-se a icterícia neonatal (n = 9) e o síndrome de dificuldade respiratória precoce (n = 7). Nas primeiras 12 horas de vida, todos os recém-nascidos realizaram a imunoglobulina anti-VHB e a 1º dose da vacina contra o VHB. Apenas 1/3 das crianças foi referenciada à consulta de pediatria, com confirmação da imunidade ao VHB no primeiro ano de vida.

Conclusões: A prevalência da infeção do VHB foi superior em grávidas provenientes de países endémicos, em provável correlação com o efeito migratório das populações e vacinação da população portuguesa. Quase 50% das mulheres não teve qualquer seguimento no pós parto na nossa instituição. É emergente a criação em tempo útil de planos de vigilância da infeção do VHB, não só durante a gravidez e puerpério, bem como, no seguimento pediátrico.

XXXVI Reunião Anual NGHD NÚCLEO DE GASTRENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Comissão Organizadora e Científica

Presidente: Alexandra Martins

David Horta

Liliana Santos Rita Carvalho

Ana Maria Oliveira

Mariana Nuno Costa

Luís Carvalho Lourenço Joana Carvalho e Branco

Mariana Cardoso

Nuno Alves

Gonçalo Alexandrino

Luísa Martins Figueiredo

Maria Ana Rafael

Filipa Bordalo Ferreira

Fábio Correia Sofia Bragança

Júri dos Prémios

CASOS CLÍNICOS

Presidente: António Curado

Isabel Bastos Paula Neves Sara Alberto Ana Oliveira

COMUNICAÇÕES ORAIS

Presidente: Carlos Casteleiro

Cláudia Segueira Nuno Veloso Pedro Marcos

Mariana Costa

INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS

Presidente: Jorge Reis

Ricardo Lopes Cátia Leitão Ana Rita Alves

Gonçalo Alexandrino

CASOS CLÍNICOS INTERATIVOS

Presidente: Isabel Medeiros

Ana Margarida Vaz João Cortez-Pinto Nuno Ladeira Joana Branco

Tarcísio Araújo

Tiago Leal

Organização



Apoio Científico



Major Sponsors







Sponsors



Secretariado



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