

XXXVII

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

21 e 22 OUTUBRO 2022

CENTRO DE EVENTOS AQUALUZ TRÓIA



Imagem: Ad Médico

PROGRAMA CIENTÍFICO

Presidente de Honra

Jorge de Freitas

Comissão Organizadora

Presidente: Ana Paula Oliveira

Cristiana Sequeira

Cristina Teixeira

Inês Santos

João Mangualde

Madalena Teixeira

Mariana Coelho

Sara Lopes

Comissão Científica

Presidente: Isabelle Cremers

Ana Luísa Alves

Cláudia Cardoso

Cláudio Martins

Élia Gamito

Ricardo Freire

Júri dos Prémios

COMUNICAÇÕES LIVRES

Presidente: Américo Silva

João Baranda

Sara Alberto

Isabel Bastos

Ana Margarida Vieira

INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS

Presidente: Laura Carvalho

Irina Mocanu

Rui Sousa

Carla Marinho

Rita Carvalho

CASOS CLÍNICOS

Presidente: Rui Silva

Luísa Barros

Nuno Paz

Pedro Marcos

Vitor Fernandes

XXXVII

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Programa Científico

Sexta-feira | 21 de outubro

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-10:30h **SESSÃO | COMUNICAÇÕES LIVRES**
Presidente: Helena Vasconcelos
Moderadoras: Ana Maria Oliveira e Catarina Vieira

10:30-10:50h **SESSÃO ABERTURA**

10:50-11:10h Coffee-break e visita aos posters

11:10-12:40h **MESA-REDONDA | DECISÕES DIFÍCEIS EM GASTROENTEROLOGIA**
Presidente: Raquel Gonçalves
Moderadoras: Cristina Fonseca e Joana Magalhães

- | **A endoscopia digestiva no doente idoso**
Nuno Nunes
- | **Doença de Crohn fistulizante**
Joana Torres
- | **Transplante hepático – Quando referenciar**
Milena Mendes

12:40-13:20h **SIMPÓSIO | INFLIXIMAB SC – INOVAÇÃO EM BIOSSIMILARES**
Fernando Magro e João Gonçalves



13:20-14:30h Almoço

14:30-15:00h **CONFERÊNCIA | A GASTROENTEROLOGIA EM PORTUGAL E NA EUROPA – PRESENTE E FUTURO**
Presidente: Isabel Medeiros
Conferencista: Helena Cortez Pinto

15:00-15:40h **SIMPÓSIO | ELIMINAÇÃO DA HEPATITE C – ADAPTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA**



Alexandra Martins, Mariana Cardoso e Rita Carvalho

15:40-16:30h **ASSOCIATION NATIONALE DES HÉPATO-GASTROENTÉROLOGUES DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX DE FRANCE (ANGH)**

Presidente: Luísa Glória

| *Impact d'une activité physique sur la qualité de vie des patients suivi sur une MIC*

Weam El Hajj

| *Un passager clandestin*

Zlata Chkolnaia

| Estudo ETTIC

Maria Ana Rafael

16:30-17:00h Coffee-break e visita aos posters

17:00-18:00h **SESSÃO | INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS**

Presidente: António Banhudo

Moderadores: Eugénia Cancela e Jorge Silva

18:00-19:00h **ASSEMBLEIA GERAL NGHD**

19:00-20:00h Cocktail de boas-vindas

20:00h Jantar oficial da Reunião

XXXVII

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Sábado | 22 de outubro

08:00h Abertura do Secretariado

08:30-10:00h **SESSÃO | CASOS CLÍNICOS**
Presidente: Maria Antónia Duarte
Moderadores: Henrique Morna e João Dinis

10:00-11:00h **CONFERÊNCIA | ASPETOS JURÍDICOS DAS COMPLICAÇÕES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA**
Presidente: José Soares
Conferencista: Mónica Azevedo

11:00-11:20h Coffee-break e visita aos posters

11:20-13:20h **MESA-REDONDA | URGÊNCIAS EM GASTROENTEROLOGIA**
Presidente: António Curado
Moderadores: Tiago Leal e Artur Antunes
| A realidade portuguesa – Resultado do inquérito
Cristiana Sequeira
| A realidade na Europa
Francisco Baldaque
| Proposta de modelo organizacional
Paulo Caldeira

13:20-13:30h **Sessão de Encerramento e entrega de prémios**



| Prémio Melhor Comunicação Livre

| Prémio Melhor Caso Clínico

| Prémio Melhor Instantâneo Endoscópico

13:30h Almoço de encerramento da Reunião

Resumos

Comunicações Livres

CL 01

NUTRIÇÃO CLÍNICA E ARTIFICIAL NOS SERVIÇOS DE GASTROENTEROLOGIA EM PORTUGAL: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO

Francisco Vara Luiz¹; Luísa Glória²; Irina Mocanu¹; António Curado³; Isabel Medeiros⁴; Maria Antónia Duarte⁵; António Banhudo⁶; Susana Ferreira⁷; Ana Margarida Vaz⁸; Isabel Bastos⁹; Jorge Fonseca¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²Hospital Beatriz Ângelo; ³Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha; ⁴Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora; ⁵Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada; ⁶Hospital Amato Lusitano; ⁷Hospital do SAMS; ⁸Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ⁹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A desnutrição afeta cerca de 50% dos doentes hospitalizados, tendo consequências negativas na evolução clínica. O suporte nutricional adequado tem impacto na mortalidade e morbilidade, reduz o tempo de internamento, o número de readmissões e, consequentemente, os custos em saúde. Dada a importância do sistema digestivo na nutrição, os gastroenterologistas devem assumir um papel de destaque no que concerne à clínica, investigação, gestão e formação nesta área.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo avaliar o papel dos serviços de gastroenterologia portugueses nas várias vertentes da nutrição hospitalar, com particular enfoque na nutrição artificial.

Material e métodos: Estudo transversal baseado num inquérito, enviado para os diretores de serviço de gastroenterologia dos hospitais afiliados no Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais. As respostas foram obtidas durante o ano de 2019, relativamente a dados de 2018.

Resultados: Responderam 9 hospitais e todos estiveram envolvidos, de alguma forma, no suporte nutricional, contando com um nutricionista partilhado com outras especialidades. Relativamente a aspetos científicos, apenas dois serviços desenvolveram atividade nesta área. Três serviços de gastroenterologia realizaram consultoria na área da nutrição artificial, cinco integraram a comissão de nutrição hospitalar. Nos aspetos técnicos, o procedimento mais realizado em 2018 foi a Gastrostomia Endoscópica Percutânea. Contudo, nem todos tinham experiência necessária para realizar outras vias de acesso para suporte nutricional, entérico ou parentérico. Apenas dois serviços tinham consulta própria na área da nutrição, com doentes avaliados por uma equipa multidisciplinar, incluindo, pelo menos, gastroenterologista, nutricionista e enfermeiro. O aumento dos recursos humanos nos serviços de gastroenterologia e o seu investimento na formação em nutrição foram apontados como sugestões para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados em nutrição.

Conclusão: Este estudo mostra uma imagem

do estado da nutrição hospitalar nos serviços de gastroenterologia em Portugal. Apesar de todos os profissionais de saúde deverem ter competências nesta área, existe expectativa na expertise acrescida dos gastroenterologistas, tendo em conta a relação entre o sistema digestivo e a nutrição. Embora a maior parte dos serviços reporte experiência na maioria das técnicas em nutrição, outros constataram não ter todas as competências necessárias para realizar todos os procedimentos habitualmente necessários, reforçando a importância do treino nesta área. O estudo apresentado reforça a ideia de que os gastroenterologistas estão a assumir um papel de destaque na nutrição hospitalar, embora o caminho ainda seja longo. A importância da formação em nutrição é consensual, assim como a integração desta especialidade em equipas multidisciplinares.

CL 02

O PAPEL DO HLA NA RESISTÊNCIA À TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NA DII – RESULTADOS PRELIMINARES

Ana Catarina Carvalho¹; Francisco Pires¹; Sofia Ventura¹; Cláudio Rodrigues¹; Ângela Domingues¹; Ricardo Cardoso¹; António Martinho²; José Gomes²; Hugo Marcelo Vieira³; Américo Silva¹; Paula Ministro¹
¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE; ²Instituto Português do Sangue e Transplantação de Coimbra; ³ACES Maia/Valongo

Introdução: A terapêutica biológica com anticorpos monoclonais revolucionou a terapêutica da DII, embora alguns doentes não respondam ao tratamento ou percam progressivamente a resposta devido a anticorpos antifármaco. Esta predisposição para a imunogenicidade parece estar relacionada com haplótipos do HLA, nomeadamente o HLA-DQA1*05, associado a um risco acrescido de imunogenicidade a anti-TNF na doença de Crohn. Contudo, não existem dados relativos à colite ulcerosa ou outros biológicos.

Objetivos: Os principais objetivos são determinar a prevalência do HLA-DQA1*05 em doentes com DII, e avaliar a sua associação com a perda de resposta à terapêutica biológica com anti-TNF, anti-integrina $\alpha 4\beta 7$ ou anti-IL12-23, na doença de Crohn e colite ulcerosa.

Material e métodos: Estudo unicêntrico retrospectivo de coorte, que incluiu doentes adultos bio-naïve com DII, seguidos em consulta externa de DII, que iniciaram terapêutica com anti-TNF, Vedolizumab ou Ustekinumab durante o *follow-up*, selecionados aleatoriamente de acordo com a resposta ao tratamento. Foram recolhidos dados relativamente à atividade da doença aquando do início da terapêutica, assim como monitorização farmacológica durante o *follow-up*. Em todos os doentes, foi pesquisada a presença do alelo DQA1*05.

Resultados: Foram incluídos 51 doentes (14 não-respondedores primários, 20 não-respondedores secundários e 17 em remissão completa durante 54 semanas de tratamento). 35 doentes iniciaram anti-TNF (27 Infliximab, 8 Adalimumab), 12 Vedolizumab e 4 Ustekinumab. 45,1% dos doentes possuíam o alelo DQA1*05. O tempo médio para a suspensão do fármaco foi $29,8 \pm 16,4$ semanas. A análise de sobrevivência Kaplan-Meier não revelou diferença estatisticamente significativa entre a continuação da terapêutica e os doentes com/sem alelo HLA-DQA1*05. Contudo, uma maior percentagem de doentes com o alelo desenvolveu anticorpos anti-TNF (53,5% vs. 23,1%, $p = 0,049$).

Conclusões: As limitações inerentes ao tamanho da amostra podem ter contribuído para ausência de diferença no tempo até à suspensão do fármaco entre os doentes com/sem o alelo DQA1*05. Contudo, doentes sob anti-TNF com este alelo desenvolveram mais frequentemente anticorpos antifármaco. A caracterização pré-biológica do HLA poderá identificar doentes que mais provavelmente

te irão necessitar de terapêutica combinada para prevenir imunogenicidade. (Projeto de Investigação premiado com a Bolsa de Investigação NGHD 2020)

CL 03

SERÁ A CPRE PRECOCE UM ELEMENTO-CHAVE NO PROGNÓSTICO DOS DOENTES COM COLANGITE MODERADA?

André Gonçalves¹; Maria Azevedo Silva¹; Sandra Barbeiro¹; Alexandra Fernandes¹; Helena Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é um método terapêutico de 1ª linha no tratamento da colangite aguda (CA). De acordo com as recomendações de Tokyo 2018 (TG 18) e da ESGE 2019, deve ser realizada precocemente (até às 48-72h) na CA moderada (grau II), *timing* muitas vezes impraticável.

Objectivos: Comparar diferentes *outcomes* clínicos (mortalidade intra-hospitalar e aos 30 dias, persistência das alterações clínicas às 72 horas, necessidade de CPRE emergente, duração de internamento, limpeza completa da via biliar, complicações pós-CPRE e taxa de readmissão) em doentes com CA moderada, submetidos a CPRE ≤ 72 h (Grupo 1) e > 72 h (Grupo 2).

Material e métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico, com inclusão de todos os casos de CA moderada (TG 18), submetidos a CPRE, entre 01/2017 e 07/2022. Colheita de dados através da consulta do processo clínico informático. Análise estatística com recurso ao SPSS (v28.0)

Resultados e conclusões: Incluídos 141 doentes com gravidade moderada, dos quais 34.3 % (n = 50) foram submetidos a CPRE até às 72 h (Grupo 1), e 58.9 % (n = 65) após as 72 h (Grupo 2). Em 5 doentes não foi possível o acesso à via biliar, dos quais 2 faleceram ainda durante o internamento e 3 tiveram alta

melhorados após ciclo antibiótico. Os dois grupos (Grupo 1 vs Grupo 2) não apresentam diferenças significativas (p > 0,05) no que diz respeito à mediana etária (78.02 vs 78.00 anos), ao género (50 % vs 57.3 % mulheres), índice de Charlson (5.29 vs 5.42 pontos), realização prévia de CPRE (20 % vs 37.6 %) e diagnóstico (litíase da via biliar principal 85.4 % vs 80.20 %; neoplasia 11.63 % vs 17.07 %). Relativamente aos *outcomes* definidos neste trabalho, apenas a limpeza completa da via biliar foi ligeiramente mais frequente no Grupo 1 vs Grupo 2– 56 % vs 52 % (p = 0.011). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (p > 0,05) entre os dois grupos quando analisadas as restantes variáveis. A idade ≥ 75 anos foi responsável pela classificação de gravidade moderada em 45,8% dos casos de CA (66/144). No entanto, apenas o Índice de Charlson, e não a idade isoladamente, mostrou influenciar a mortalidade aos 30 dias (OR = 1.616 p = 0.036). No nosso estudo, a realização de CPRE após as primeiras 72 horas, na CA moderada, não se associou a aumento de mortalidade intra-hospitalar e aos 30 dias. Deste modo, a inclusão da idade ≥ 75 anos como critério de gravidade, e a realização de CPRE precoce neste subgrupo de doentes com CA moderada torna-se discutível.

CL 04

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – 2 ANOS DE PANDEMIA COVID19 –GRUPO DE RISCO FACE À POPULAÇÃO GERAL?

Sofia Bragança¹; Filipa Bordalo Ferreira¹; Maria Luísa Figueiredo¹; Joana Branco¹; Luís Lourenço¹; Ana Oliveira¹; Mariana Nuno Costa¹; Liliana Santos¹; David Horta¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A relação entre a doença inflamatória intestinal (DII) e a COVID19 tem sido alvo de preocupação ao longo dos últimos dois anos. A terapêutica imunossupressora

(TIS), nomeadamente os imunomoduladores (IM) e os biológicos (Bio), aparenta não estar associada a risco acrescido nem *outcomes* adversos na COVID19. Os estudos existentes a comparar a incidência e gravidade da COVID19 nos doentes com DII e a população geral são poucos.

Objetivos: Descrever a incidência e gravidade da COVID19 numa amostra de doentes com DII seguidos num hospital português e compará-las com a população geral dos concelhos de abrangência do mesmo. Adicionalmente, analisar a relação entre a terapêutica imunossupressora na DII e a COVID19.

Material e métodos: Coorte retrospectivo de doentes com DII seguidos em consulta no hospital em causa (n = 256), entre março de 2020 e março de 2022. Realizada caracterização demográfica, dos antecedentes pessoais e dos grupos terapêuticos (Bio, IM, combinação IM e Bio, salicilatos) da amostra. Procedeu-se à caracterização dos casos da COVID19 na amostra e na população em questão (n = 557 673), definindo-se como critérios de gravidade (CG) o internamento ou óbito relacionados com a COVID19. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS versão 22.

Resultados e conclusões: A prevalência aproximada da doença de crohn (DC) e colite ulcerosa (CU) foi 63 % e 36 %, respetivamente. Cerca de 72 % dos doentes com DII encontrava-se sob TIS (Bio [n = 103]; IM [n = 38]; combinação IM e Bio [n = 43]). No período analisado, verificaram-se 75 casos da COVID19 na amostra, dos quais apenas 1 com CG. Na população geral, documentaram-se 249 424 casos COVID19, com 4245 internamentos e 1594 óbitos associados. O diagnóstico de CU encontrou-se associado a maior probabilidade de infeção por SARS-COV-2 (OR 1.45, IC 95 % [0.836, 2.521]), porém sem relação estatisticamente significati-

va (X2 2.181; 2; *p-value* 0.336). O diagnóstico da COVID19 não apresentou relação com nenhum dos grupos terapêuticos (*p-value* 0.548), porém os doentes sob TIS apresentaram maior probabilidade de infeção por SARS-COV-2 (OR 1.346, IC 95 % [0.726, 2.499]). Comparando a incidência da COVID19 entre a amostra e a população geral, observa-se que os doentes com DII apresentam uma menor incidência da COVID19 (29 297 vs 44 726 por 100 000 indivíduos). No que diz respeito à incidência da COVID19 por grupo terapêutico, os doentes sob Bio apresentaram um valor superior (33 981 por 100 000 indivíduos) aos restantes, sem diferença entre os diferentes Bio (*p-value* 0.371).

Em suma, os doentes com DII evidenciaram menor incidência de COVID19 em relação à população geral, o que poderá estar relacionado com maior adesão às medidas de proteção da doença. A TIS não aparentou, igualmente, relacionar-se com um maior número de casos da COVID19, reforçando a segurança da sua continuidade.

CL 05

CÁPSULA ENDOSCÓPICA: PARA ALÉM DO DELGADO

Luís Miguel Relvas¹; Francisco Velasco¹; Pedro Campelo¹; Sónia Barros¹; Isabel Malta¹; Tânia Gago¹; Marta Eusébio¹; Paulo Caldeira¹
¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A cápsula endoscópica é considerada a primeira linha para a investigação da hemorragia digestiva obscura após realização de exames endoscópicos convencionais que não permitam o diagnóstico. Tem sido reportado uma taxa de deteção de lesões fora do segmento do intestino delgado entre 3.5 % a > 30 %.

Objetivo: O nosso estudo tem como objetivo avaliar o papel da cápsula endoscópica na identificação de lesões não pertencentes ao segmento do intestino delgado que não te-

nham sido detetadas em endoscopia convencional em doentes com suspeita de hemorragia digestiva obscura.

Métodos: Estudo retrospectivo, no qual foram incluídos todos os exames de cápsula endoscópica realizados entre os anos 2013 e 2017, em doentes com diagnóstico provável de hemorragia digestiva obscura e nos quais os exames endoscópicos convencionais foram negativos. Foram consideradas como lesões não pertencentes ao segmento do intestino delgado, todas aquelas que não foram identificadas entre a segunda porção do duodeno e a válvula ileocecal.

Resultados: Um total de 202 doentes com suspeita de hemorragia digestiva obscura realizaram cápsula endoscópica. 76.7% dos doentes apresentava hemorragia digestiva obscura oculta e 23.3 % apresentava hemorragia digestiva obscura manifesta. A cápsula endoscópica demonstrou uma causa diagnóstica provável em 77.2 % dos doentes. A cápsula endoscópica revelou lesões não identificadas em endoscopia convencional fora do segmento do intestino delgado em 46 % dos doentes, dos quais 7.5 % apresentava hemorragia ativa. As lesões mais comumente encontradas no trato gastrointestinal superior foram as erosões (14.4 %), pólipos (5 %) e angiodisplasias (4 %). No trato gastrointestinal inferior as lesões mais encontradas foram as angiodisplasias (7.4 %), pólipos (2 %) e as angiectasias (1.5 %). O cego foi atingindo em 93.6 % dos exames. A retenção da cápsula ocorreu em 3.4 % dos casos. A média do tempo de passagem no intestino delgado foi de 4 horas e 28 minutos.

Conclusões: A cápsula endoscópica revela-se eficaz e segura no diagnóstico da hemorragia digestiva obscura, mostrando-se também uma ferramenta na identificação de lesões fora do segmento do intestino delgado.

CL 06

OUTCOMES CLÍNICOS APÓS TRATAMENTO DA HEPATITE C EM DOENTES COM DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA AVANÇADA

Fábio Correia¹; Gonçalo Alexandrino¹; Mariana Cardoso¹; Joana Carvalho Branco¹; Mariana Nuno Costa¹; Rita Carvalho¹; Alexandra Martins¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O advento dos antiviricos de ação direta (AAD) foi disruptivo no tratamento da hepatite C crónica, pela alta eficácia e tolerabilidade. Em doentes com doença hepática crónica avançada (DHCA), só recentemente têm surgido dados sobre o impacto, da cura da hepatite C, na evolução clínica a médio prazo, no respeitante a complicações relacionadas com hipertensão portal (HTP) e carcinoma hepatocelular (CHC).

Objetivos: Avaliar os *outcomes* relativos à descompensação hepática, desenvolvimento de CHC e mortalidade numa coorte de doentes com DHCA e hepatite C crónica tratados com AAD com resposta virológica sustentada (RVS).

Métodos: Estudo prospetivo, unicêntrico, em doentes com DHCA e hepatite C crónica com RVS após tratamento, desde fevereiro 2015 e com *follow-up* (FU) mínimo de 2 anos. A definição de DHCA foi baseada em biópsia hepática ou, maioritariamente, nos conceitos de Baveno VII: elastografia hepática transitória (EHT) >10 KPa e/ou elementos de ordem clínica e/ou imagiológicos de HTP clinicamente significativa. No FU, foi avaliada a ocorrência de descompensação hepática (ascite, hemorragia varicosa e encefalopatia) não relacionada com CHC, CHC e mortalidade. Na DHCA descompensada foi também avaliada a taxa de recompensação.

Resultados: Incluíram-se 147 doentes (78,2 % do sexo masculino) com idade média de 59 anos: 123/147 (84 %) com DHCA compensada e 24/147 (16 %) com DHCA descompensada à data do tratamento. Na DHCA compensada,

97/123 doentes (79 %) tinham EHT *baseline*, em 35 % (34/97) dos casos < 15 KPa. O FU médio foi 52 meses, verificando-se 46 perdas de FU após os 2 anos. Em 12 % (15/123) dos doentes com DHCA compensada desenvolveram-se complicações: 6/123 (5 %) primeiras descompensações e 9/123 (7 %) CHC, todas em doentes com EHT *baseline* >15kpa ou elementos de ordem clínica e/ou imagiológicos de HTP clinicamente significativa. A taxa de mortalidade foi 3 % (4/123 mortes). Nos doentes com DHCA descompensada, verificou-se a seguinte evolução: recompensação clínica em 21 % (5/24), CHC em 17 % (4/24) e mortalidade global de 8 % (2/24). No global dos 13 casos de CHC, este foi diagnosticado, em média, 44 meses após o tratamento antivírico.

Conclusão: Nesta coorte de doentes com DHCA e hepatite C curada, a evolução clínica a médio prazo demonstrou-se, no global, favorável, salientando-se a recompensação clínica em cerca de ¼ dos doentes descompensados. Não obstante, o desenvolvimento de CHC continua a constituir uma preocupação, sobretudo na DHCA descompensada, mas também na compensada. O facto dos eventos adversos terem ocorrido, essencialmente, em doentes com ETH > 15 KPA, demonstra a importância da ETH na estratificação de DHCA e pode contribuir para uma eventual redefinição da vigilância subsequente. Torna-se importante avaliar a persistência de outros cofatores (como alcoolismo e obesidade) no desenvolvimento de complicações, o que nesta coorte não foi ainda sistematizado.

CL 07

RENTABILIDADE DIAGNÓSTICA DO ESTUDO ENDOSCÓPICO NA EXCLUSÃO DE TUMOR PRIMÁRIO EM DOENTES INTERNADOS

Tania Carvalho¹; Dália Fernandes¹;
Andreia Guimarães¹; Margarida Gonçalves¹;
João Pereira¹; Dalila Costa¹; Raquel Gonçalves¹
¹Hospital de Braga

Introdução: Os exames endoscópicos são essenciais para o diagnóstico de neoplasias gastrointestinais (GI), contudo associam-se a riscos e custos, pelo que é importante seleccionar corretamente os doentes que devem ser submetidos a estes.

Objetivos: Os autores pretendem determinar a rentabilidade diagnóstica dos exames endoscópicos em contexto de pesquisa de tumor primário no internamento.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e unicêntrico, que inclui doentes internados que realizaram estudo endoscópico (endoscopia digestiva alta (EDA) e/ou baixa (EDB)) com indicação de exclusão de tumor primário, entre Outubro de 2019 e Dezembro de 2020. Foi investigado o motivo do pedido e os achados endoscópicos. Definiu-se como *outcome* primário a presença de neoplasia GI.

Resultados: Foram incluídos 105 doentes, com idade média 64,9 (\pm 14,8) anos e predominio do sexo masculino (n = 58; 55,2 %). A maioria dos doentes (n = 94; 89,5 %) foram submetidos a EDA e EDB, sob sedação anestésica (n = 100; 95,2 %). Uma fração significativa dos doentes foram classificados como ASA 3 ou 4 (n = 45; 45 %). Os motivos para pesquisa de tumor primário foram a metastização sistémica documentada/suspeita (n = 33; 31,4 %), síndrome constitucional (n = 10; 9,5 %) e suspeita de síndrome paraneoplásico (n = 62; 59,1 %), sendo a maioria destes por trombose venosa (n = 37 59,7 %). Identificou-se neoplasia GI em 8 doentes (7,6 %), mais no sexo masculino (10,3 % vs 4,3 %) e em doentes com idade superior a 60 anos (9,5 % vs 3,2 %). A rentabilidade

diagnóstica do estudo endoscópico foi significativamente superior nos doentes com metastatização sistémica documentada/suspeita ($n = 6$; 18,2 %; $p = 0,021$), em comparação com a suspeita de síndrome paraneoplásica ($n = 2$; 3,2 %) e síndrome constitucional ($n = 0$).

Conclusões: Neste estudo verificou-se que a neoplasia GI foi diagnosticada, mais frequentemente, no sexo masculino e em doentes com idade superior a 60 anos. A rentabilidade diagnóstica foi superior em doentes com metastatização sistémica documentada/suspeita. Ainda assim, o motivo mais frequente para realização do exame foi a suspeita de síndrome paraneoplásica, que mostrou baixa rentabilidade diagnóstica. Principalmente, nos doentes com risco anestésico significativo, deve haver uma seleção adequada dos que necessitam de realizar exame e do momento mais apropriado, pois estando hospitalizados, há maior probabilidade de patologias descompensadas, assim como maior fragilidade física e emocional.

CL 08

HEPATITE E – UMA DOENÇA A EMERGIR EM PORTUGAL?

Ana Catarina Bravo¹; Catarina Frias-Gomes¹; Bárbara Abreu¹; Joana Revés¹; Catarina Nascimento¹; Bárbara Morão¹; Manuela Canhoto¹; Luísa Glória¹; Joana Nunes¹
¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A infeção pelo vírus da hepatite E (VHE) foi inicialmente descrita como uma causa frequente de hepatite aguda em países em desenvolvimento (genótipos 1 e 2). Contudo tem-se assistido a um aumento da incidência da doença nos países desenvolvidos (genótipos 3 e 4), incluindo Portugal, com um aumento considerável do número de casos desde 2017. **Objetivos:** Caracterizar a epidemiologia, apresentação clínica e analítica, e a evolução dos casos de hepatite E num hospital distrital, entre 2012 e 2021.

Material e métodos: Estudo coorte retrospe-

tivo incluindo todos os doentes com diagnóstico de hepatite E aguda entre 2012-2021, nomeadamente com alterações das provas hepáticas e serologias virais positivas (IgM e IgG) e/ou testes moleculares positivos.

Resultados e conclusões: Incluídos 44 doentes (50% do sexo masculino, com uma média de idade 64 ± 11 anos, 91 % das infeções diagnosticadas depois de 2017). A maioria (84,6 %) era natural de Portugal. Os principais fatores de risco identificados incluíram história de doença hepática crónica (DHC) (16 %), viagem nos últimos 2 meses (11 %), consumo de carne mal cozinhada (7 %), presença de animais de estimação (5 %), residência em áreas rurais (5 %), exposição a solo contaminado (2%) e imunossupressão (2 %). Os sintomas mais prevalentes foram o mal-estar generalizado (77 %), anorexia (55 %), dor abdominal (52 %), náuseas (48 %) e icterícia (43 %). Em 9 % dos casos verificou-se o desenvolvimento de manifestações extra-hepáticas, nomeadamente hematológicas (trombocitopenia e anemia hemolítica) e neurológicas (mononeuropatia axonal sensitivo-motora). Analiticamente, apresentaram uma mediana (mínimo-máximo) de AST 525 (19 - 7000), ALT 542 (10 - 7000), gGT 316 (15 - 2605), FA 250 (37 - 1009), bilirrubina total máxima 2,50 (0 - 55) e de INR 1,17 (0,89 - 3,52). Em termos de evolução, verificou-se falência hepática aguda em 9 % e ACLF em 2 %, com transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em 11% dos casos, e ocorreu 1 óbito.

Em conclusão, na nossa coorte, verificou-se um aumento do número de casos de hepatite E aguda desde 2017. A maioria apresentou evolução favorável, verificando-se evolução com falência hepática aguda em 9% e ACLF em 2 %. Por fim, a maioria dos doentes é natural de Portugal e não apresenta viagens recentes, apoiando o seu caráter endémico no nosso país. Deste modo, a infeção pelo VHE deve ser considerada no diagnóstico diferencial de hepatite aguda e causa de agudização de DHC.

Resumos

Instantâneos Endoscópicos

IE 01

UMA COMPLICAÇÃO INESPERADA DE WON

Inês Pestana¹; Ana Caldeira¹; Marisa Linhares¹;
Diana Ramos¹; Marco Pereira¹; João Pinto¹;
Eduardo Pereira¹; António Banhudo¹

¹Hospital Amato Lusitano

Walled-Off Necrosis (WON) é uma complicação associada à pancreatite aguda (PA) necrotizante, cursando com morbidade e mortalidade significativas. As terapêuticas minimamente invasivas, pela sua segurança e eficácia, têm vindo a assumir um papel de crescente relevância, destacando-se a drenagem guiada por ecoendoscopia, nomeadamente com recurso a *Lumen-apposing Metal Stents (LAMS)* e necrosectomia endoscópica. Apresentamos caso de homem, 76 anos, internado por PA necrotizante e disfunção multiorgânica, com favorável evolução clínica. Em ecografia de controlo, identificada colecção (120 mm), de limites mal definidos, anterior ao estômago, não condicionando compressão do lúmen. Não existindo indicação para drenagem, optou-se por vigilância, verificando-se redução das dimensões da colecção (~90 mm) e ausência de sintomas. Após 6 meses, recorreu ao SU por dor abdominal, vômitos e febre. Apresentava aumento de parâmetros inflamatórios e, em TC abdominal, colecção peripancreática, corpo-caudal (111 x 79 mm), parede bem definida e conteúdo heterogéneo. Iniciou antibioterapia e realizou drenagem

guiada por ecoendoscopia com colocação de LAMS, sem intercorrências imediatas. Na primeira necrosectomia observou-se conteúdo necrótico no interior da colecção. Após lavagem com água, desencadeou-se hemorragia em toalha das paredes da colecção e identificou-se pequeno orifício com trajeto desconhecido. Realizou TC urgente: Significativo pneumoperitoneu com lâmina líquida na goteira parieto-cólica esquerda; prótese transgástrica em relação com colecção (55 x 8 mm) junto ao corpo e cauda pancreáticos. Neste contexto, realizada laparotomia exploradora com remoção endoscópica intra-operatória da prótese e drenagem de WON, sem complicações. Boa evolução clínica durante o internamento. Este caso ilustra uma complicação rara da necrosectomia endoscópica de WON. Apesar de apresentar um bom perfil de segurança, a técnica pode ter complicações, algumas potencialmente fatais, tais como hemorragia ou perfuração. O seu conhecimento é essencial para, aliado a vigilância apertada pós-procedimento, assegurar um reconhecimento e abordagem terapêutica precoces. A selecção criteriosa de doentes e a caracterização adequada da colecção são fundamentais para a redução da taxa de complicações.

IE 02

THE CUTTING-EDGE – INTERVENÇÃO BILIAR EM ANATOMIA ALTERADA

Carolina Chálim Rebelo¹; Nuno Nunes¹;
Francisca Corte-Real¹; Diogo Bernardo Moura¹;
Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹;
Maria Pia Santos¹; Vera Santos¹; Ana Rego¹;
Nuno Paz¹; José Pereira¹; Maria Antónia Duarte¹
¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

O acesso endoscópico à papila major na abordagem de patologia pancreatobiliar é desafiante em doentes com *bypass* gástrico em *Y-de-Roux* (RYGB). A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) transgástrica guiada por ecoendoscopia (EDGE), consiste na criação de uma fistula temporária entre o remanescente gástrico e o estômago excluído, através da colocação de uma prótese de aposição luminal (LAMS). Doente do sexo feminino, 59 anos, com antecedente pessoal de RYGB por obesidade grau III. Submetida a colecistectomia laparoscópica por colecistite aguda litíase. Um mês após a cirurgia realizou colangiressonância magnética, com evidência de coledocolitíase residual. Após discussão multidisciplinar foi proposta a realização de EDGE. O procedimento decorreu em duas fases, ambas sob anestesia geral, entubação orotraqueal e controlo fluoroscópico. Na primeira fase, utilizando um ecoendoscópio linear, foi localizado o ponto de maior proximidade entre o remanescente gástrico e o estômago excluído. Foi realizada punção transmural com agulha de aspiração, com posterior remoção de estilete e injeção de 300mL de contraste hidrossolúvel no estômago excluído. Procedeu-se à criação de fístula utilizando LAMS de 10 x 15 mm (*HotAxiosTm, Boston Scientific*[®]): realizada libertação da falange distal no estômago excluído, sob controlo fluoroscópico e ecoendoscópico, seguindo-se a libertação da falange proximal no remanescente gástrico, sob visualização endoscópica. Três semanas depois, permitindo maturação da fístula gas-

tro-gástrica, realizada a segunda fase do procedimento: efetuada CPRE com duodenoscópio através da LAMS, com resolução de coledocolitíase. A doente não apresentou complicações imediatas ou tardias. Quatro semanas depois a LAMS foi removida e a fístula encerrada com *clip over-the-scope* (OTSC[®]). Descrevemos a técnica de EDGE, um procedimento com elevado sucesso técnico (95,5 - 100 %) e clínico (95,9 - 98 %) e com um perfil de segurança aceitável (efeitos adversos descritos em 15,7 % a 27,8 % dos casos), como uma opção para realização de CPRE, quando esta é obrigatória em doentes com RYGB.

IE 03

HEPATICOGASTROSTOMIA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA EM FÍGADO METASTÁTICO

Gonçalo Nunes¹; Pedro Pinto Marques¹;
Carla Oliveira¹; Mariana Brito¹; Francisco Vara Luiz¹;
Paulo Massinha¹; Júlio Veloso¹; Marta Patita¹;
Jorge Fonseca¹
¹Hospital Garcia de Orta, EPE

A colocação de próteses biliares por CPRE é tecnicamente eficiente em 80-85% dos casos, sendo a abordagem preferencial da icterícia obstrutiva. A drenagem biliar guiada por ecoendoscopia (EUS-BD) demonstrou eficácia e segurança na doença paliativa perante a falência da CPRE.

Os autores descrevem o caso de um homem de 36 anos com diagnóstico de adenocarcinoma do cólon com metastização hepática múltipla, condicionando icterícia obstrutiva (bilirrubina total 17.8 mg/dL). Foi proposta quimioterapia paliativa e solicitada drenagem biliar. A colangiografia por ressonância magnética confirmava a presença de múltiplos depósitos secundários no parênquima hepático com lesão dominante causando estenose hilar e dilatação a montante. O doente foi submetido a CPRE com canulação seletiva dos ductos biliares posterolateral e antero-medial do hepático direito e dilatação com

balão hidrostático (6 mm), no entanto devido à marcada dureza da estenose e ao seu comprimento, apenas foi possível a colocação de uma prótese biliar metálica autoexpansível (PMAE) não coberta no ramo posterolateral. A canulação seletiva do hepático esquerdo não foi conseguida. Apesar de se ter verificado melhoria substancial da colestase, os valores analíticos não permitiam a realização de quimioterapia. De forma a drenar o lobo hepático esquerdo foi tentado um *rendez-vous* por via percutânea, ineficaz por impossibilidade de passagem do fio guia pela estenose hilar. Neste contexto foi proposta a realização de hepaticogastrostomia guiada por EUS de forma a complementar a drenagem previamente conseguida por CPRE.

Com recurso a um ecoendoscópio linear, por via transgástrica, realizou-se punção ecoguiada do ducto biliar intra-hepático dilatado a nível do segmento III com agulha 19 G, permitindo a passagem de fio guia 0.035 até ao hilo sob controlo fluoroscópico. Foram utilizados um cystótomo 6Fr e dilatadores biliares (5Fr + 8.5 Fr) para dilatação do trajeto da agulha. Procedeu-se posteriormente a colocação de PMAE parcialmente coberta (GIOBOR™ 8 x 10 0mm), ficando a extremidade distal localizada 3 cm no interior do lúmen gástrico. Verificou-se drenagem imediata de biliar e contraste, confirmando-se a patência e o correto posicionamento da prótese. Não ocorreram complicações do procedimento e constatou-se melhoria da bioquímica hepática, contudo o doente faleceu após uma semana por progressão da doença oncológica. A hepaticogastrostomia guiada por EUS é altamente eficaz mas requer a presença de dilatação da via biliar intra-hepática e ausência de obstrução do trato de saída gástrico. As *guidelines* internacionais sugerem a EUS-BD como técnica complementar à CPRE para otimizar a drenagem biliar de estenoses hi-

lares malignas cirurgicamente irressecáveis. O presente caso exemplifica a exequibilidade desta técnica minimamente invasiva e a sua aplicação em doentes selecionados, com fígado metastático.

IE 04

COLECISTOGASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA: UMA ABORDAGEM PALIATIVA

Ana Catarina Carvalho¹; Marta Moreira²; Tarcísio Araújo²; Luís Lopes²

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE ²Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A neoplasia do pâncreas é uma das principais causas de obstrução biliar maligna. O diagnóstico é habitualmente tardio e a abordagem terapêutica em neoplasias irressecáveis limita-se à drenagem biliar, preferencialmente por técnicas endoscópicas, entre as quais se incluem a CPRE e ecoendoscopia.

Caso clínico: Homem de 44 anos, com antecedentes familiares de neoplasia do cólon, admitido por quadro de icterícia indolor, diarreia crónica e perda ponderal significativa. Durante o internamento, diagnosticado com neoplasia do cego com envolvimento do íleon terminal e metastização ganglionar difusa, associadamente a lesão cefalopancreática que condicionava estenose do terço distal da via biliar principal e dilatação significativa das vias biliares intra e extra-hepáticas. Para drenagem biliar, realizada CPRE e colocada prótese metálica não coberta, tendo iniciado quimioterapia paliativa posteriormente. Contudo, 2 meses depois, admitido por quadro de colangite aguda associada a obstrução da prótese por crescimento intratumoral. Optou-se por nova colocação de prótese metálica não coberta, embora tenha sido admitido novamente 6 meses depois com quadro de colangite secundária a crescimento intratumoral, com necessidade de colocação de uma terceira prótese biliar.

Seis meses depois, admitido novamente por quadro de obstrução à drenagem biliar por crescimento tumoral intra-prótese, embora sem possibilidade de realização de CPRE para drenagem biliar por estenose duodenal intransponível. Após colocação de prótese metálica duodenal, efetuada tentativa decoledocoduodenostomia, a qual não foi possível dada presença de 3 próteses biliares.

Em alternativa, para drenagem biliar, optou-se pela realização de colecistogastrostomia com intuito paliativo através de prótese *Lumen-Apposing Metal Stent* (AXIOS 15 mm X 10 mm – *Boston Scientific*[®]) (vídeo). Após o procedimento, confirmada drenagem abundante de conteúdo biliar e purulento, com melhoria clínica e analítica significativas.

Conclusão: Em quadros de colangite de repetição por crescimento tumoral intra-prótese, a colocação de uma nova prótese biliar é a abordagem preferível para garantir a drenagem biliar. Contudo, a drenagem biliar por ecoendoscopia é uma opção em doentes com infiltração tumoral periampular ou bulbar. Em doentes sem critérios para estas técnicas, embora pouco utilizada, a drenagem da vesícula guiada por ecoendoscopia é uma opção em doentes paliativos sem condições para drenagem cirúrgica ou percutânea.

IE 05

ENDOSCOPIC RECONSTRUCTION OF COMPLETE ESOPHAGEAL OBSTRUCTION – SEE YOU ON THE OTHER SIDE

Maria Ana Rafael¹; Filipa Bordalo Ferreira¹; Fábio Pereira Correia¹; Ana Maria Oliveira¹; Luís Carvalho Lourenço¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A obstrução esofágica completa (OEC) é uma complicação rara da quimio-radioterapia, caracterizada pela obliteração do lúmen endoscópico. A punção e dilatação anterógrada “às cegas” não é efetuada pelo risco de lesão de estruturas adjacentes. Dado

que a sua resolução cirúrgica está associada a elevada morbidade, têm sido descritos casos de resolução endoscópica. Com uma abordagem combinada anterógrada e retrógrada (pela gastrostomia), técnicas de *rendezvous* têm sido utilizadas em obstruções de até 3 cm de comprimento. Para estenoses maiores, poderá recorrer-se ao POETRE (*Per-Oral Endoscopic Tunneling for Restoration of the Esophagus*), seguido da colocação de uma prótese coberta.

Caso clínico: Doente de 59 anos com carcinoma pavimento-celular do esófago avançado, tratado com quimio-radioterapia após gastrostomia percutânea endoscópica. Desenvolveu uma estenose rádica refratária a múltiplas dilatações endoscópicas, pelo que tinha planeada uma colocação de prótese esofágica. No entanto, constatámos uma oclusão completa aos 27 cm da arcada dentária.

Após discussão multidisciplinar e com o doente, optou-se por uma recanalização endoscópica da OEC através de uma técnica de *rendezvous*. Sob anestesia geral e com apoio fluoroscópico, procedeu-se a endoscopia retrógrada com o endoscópio alto pediátrico, identificando-se um orifício punctiforme na extremidade distal da estenose. Simultaneamente, foi realizada uma endoscopia anterógrada com o endoscópio alto convencional, identificando-se uma obstrução completa do esófago com 20 a 25 mm de extensão. Através de cânula, foi inserido um fio-guia pelo orifício punctiforme da extremidade distal, tendo-se visualizado na vertente anterógrada o seu surgimento na submucosa da extremidade proximal da estenose. Após criação de um lúmen com a cânula, dilatou-se a estenose até 8 mm com um balão *through the scope*. Através de fluoroscopia e visão endoscópica retrógrada e anterógrada, colocou-se uma prótese autoexpansível totalmente coberta, sem posterior extravasamento na instilação de contraste.

O doente permaneceu com a prótese 5 semanas. Posteriormente à sua remoção foi submetido a duas novas dilatações por re-estenose, sem sucesso, pelo que se optou pela colocação de uma prótese metálica parcialmente coberta definitiva. Dois meses depois o doente mantém-se a tolerar dieta oral.

Conclusão: A abordagem endoscópica da OEC tem sido cada vez mais utilizada com sucesso, evitando cirurgias *major* e permitindo aos doentes restabelecerem a via oral. A escolha da opção endoscópica deverá ser individualizada tendo em conta o comprimento e aparência da estenose.

IE 06

FÍSTULA RETO-VAGINAL: ABORDAGEM ENDOSCÓPICA MINIMAMENTE INVASIVA

Ângela Domingues¹; Ricardo Araújo¹;
António Castanheira¹; Ana Carvalho¹; Sofia Ventura¹;
Cláudio Rodrigues¹; Américo Silva¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: As fistulas reto-vaginais são trajetos epitelizados entre o reto e vagina. As causas mais comuns são a doença inflamatória intestinal, o trauma ou lesão iatrogénica. A maioria dos doentes com esta entidade clínica encontram-se sintomáticos, sendo os sintomas frequentemente incapacitantes, comprometendo significativamente a qualidade de vida. Apresentamos o caso de uma mulher com esta patologia, cujo tratamento endoscópico se demonstrou eficaz.

Caso clínico: Mulher, 89 anos, com internamento prévio por diverticulite aguda e antecedentes de obstipação crónica, necessitando de tratamento frequente com enemas. Foi enviada da consulta de Ginecologia para a consulta de Cirurgia Geral por apresentar corrimento vaginal diário de natureza entérica/fecalóide com cerca de 1 ano de evolução. Foi encaminhada para o serviço de Gastroenterologia para realização de retoscopia de avaliação,

que demonstrou a presença de um aparente orifício na parede anterior do reto alto, concluindo poder-se tratar de um orifício fistuloso. Para melhor caracterização, efetuou RMN pélvica, que identificou, aos cerca de 7cm da margem anal, um trajeto a partir da parede anterior do reto em direção à parede posterior da cúpula da vagina, com hiperrealce após injeção de produto contrastado. Após discussão multidisciplinar, optou-se por tentativa de encerramento do trajeto fistuloso por via endoscópica. Efetuada nova retossigmoidoscopia no serviço que, para além de observar diverticulose sigmoideia, identificou o orifício previamente descrito aos cerca de 6cm da margem anal, com cerca de 4mm de diâmetro luminal. Procedeu-se ao seu encerramento com OTSC de 11 mm, sem complicações e com aparente encerramento eficaz do trajeto. No *follow-up* ao mês após o procedimento, a doente mantinha-se assintomática e com melhoria substancial da qualidade de vida.

Conclusão: O presente caso clínico demonstra a existência de uma fistula entre o reto e a vagina, podendo a sua formação estar relacionada com o eventual traumatismo repetido associado à aplicação de enemas retais. A utilização de métodos endoscópicos para tratamento desta patologia, nomeadamente com a aplicação de OTSC para encerramento do trajeto, representa uma abordagem minimamente invasiva e segura, podendo constituir uma alternativa às terapêuticas cirúrgicas. Foi efetuado registo iconográfico em vídeo com a demonstração do procedimento endoscópico referido.

IE 07

SLEEVE ENDOSCÓPICO – UMA ALTERNATIVA MINIMAMENTE INVASIVA À CIRURGIA BARIÁTRICA

Marta Moreira¹; Isabel Tarrío¹; Alda Andrade¹; Sílvia Giestas¹; José Ramada¹; Luis Lopes¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

A epidemia de obesidade é global, e Portugal não é exceção, com uma prevalência de 23,3% da população adulta, segundo a Associação Mundial de Saúde.

A adesão e eficácia das intervenções de estilo de vida e farmacoterapia são baixas, especialmente nos pacientes com obesidade mórbida. A cirurgia bariátrica tem a maior taxa de eficácia (cerca de 50% de perda de peso total), porém apresenta riscos e morbidade significativos (19 - 25 % de morbidade em 5 anos de seguimento).

O *Sleeve* endoscópico, usando um dispositivo de sutura endoscópica transmural (*Overstitch*; *Apollo Endosurgery*), diminui o volume da cavidade gástrica, imitando, até certo ponto, a gastroplastia cirúrgica. No entanto ainda não é amplamente divulgado dada a curva de aprendizagem necessária, bem como aquisição do equipamento. Apresenta-se em vídeo o procedimento pioneiro do nosso serviço.

Caso clínico: Paciente do sexo feminino, 60 anos, obesa (IMC 33,4 kg/m²) com diversos fatores de risco cardiovascular (dislipidemia, hipertensão e diabetes mellitus tipo 2), que não obteve perda ponderal significativa apesar da adesão às modificações no estilo de vida.

Foi realizado *Sleeve* endoscópico com *Overstitch*; *Apollo Endosurgery*, com 4 pontos em forma de U, reduzindo a grande curvatura gástrica e o comprimento do corpo gástrico, conforme mostrado no vídeo.

O procedimento e a recuperação imediata transcorreram sem complicações. Durante os

primeiros 3 dias medicada com antibioterapia profilática (Cefazolin). Iniciou dieta oral líquida no dia 2. Na primeira consulta de acompanhamento, 5 dias após o procedimento, estava assintomática, com perda ponderal de 3kg.

Discussão: O advento do *Overstitch*; *Apollo Endosurgery* permitiu tornar mais eficaz a técnica de *Sleeve* endoscópico permitindo sutura transmural e não apenas da mucosa. É uma alternativa minimamente invasiva à abordagem cirúrgica, com menor taxa de eventos adversos (eventos adversos graves descritos em 2 % dos pacientes) e perda de peso corporal total estimada de 15,6 - 18,6 % em 6 meses e 24 meses, na literatura publicada.

IE 08

REDO-POEM PÓS-MIOTOMIA DE HELLER: QUANDO A ENDOSCOPIA É A SOLUÇÃO

Francisca Côrte-Real¹; Nuno Nunes¹; Diogo Bernardo Moura¹; Carolina Chálim Rebelo¹; Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹; Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹; Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹; Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Doente do sexo feminino, com 33 anos de idade, submetida a miotomia de Heller por acalásia de tipo não especificado (manometria convencional). Cinco anos depois, apresentou recidiva da sintomatologia (*score* de Eckardt 5). A endoscopia digestiva alta revelou uma constrição anular na transição esofagogástrica, ultrapassável com dificuldade, com dilatação a montante. O trânsito esofágico apresentava esboço de ampola epifrénica na sua porção terminal e dificuldade no esvaziamento esofágico, com permanência de abundante conteúdo a montante, durante e após o exame. A manometria esofágica demonstrou aperistalse do corpo esofágico, compatível com o diagnóstico de acalásia, com IRP < 15 mmHg.

A doente foi submetida a miotomia endoscópica peroral (POEM), por abordagem posterior, com extensão de 10 cm, 8 cm na vertente esofágica e 2 cm na vertente gástrica. Foi realizado encerramento com 6 *clips*. Não foram observadas complicações. Após o procedimento, assistiu-se a uma melhoria clínica, encontrando-se assintomática até à data (score de Eckardt 0), com *follow-up* de 10 meses.

Este caso demonstra a eficácia clínica do POEM no tratamento da recidiva da acalásia, após miotomia de Heller.

IE 09

HEPATOASTROSTOMIA NA RESOLUÇÃO DE COLANGITE AGUDA OBSTRUTIVA

Francisca Côrte-Real¹; Nuno Nunes¹;
Carolina Chálim Rebelo¹; Diogo Bernardo Moura¹;
Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹;
Mária Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹;
Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹;
Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Doente do sexo feminino, de 70 anos de idade, com antecedentes pessoais de colangiocarcinoma, submetida a hepatectomia parcial, com hepatojejunostomia em *Y-de-Roux* curativa, 12 anos antes.

Recorre ao Serviço de Urgência por febre e dor no hipocôndrio e flanco direitos, com cinco dias de evolução. Analiticamente, leucocitose e neutrofilia, com PCR elevada (7,94 mg/dL). Apresentava padrão de citocolestase e hiperbilirrubinémia. A tomografia computadorizada abdominal mostrava dilatação das vias biliares intrahepáticas, que atingiam 5mm de calibre máximo.

A doente foi internada no Serviço de Gastroenterologia por colangite aguda obstrutiva moderada (Tokyo II), por estenose da anastomose hepatojejunal.

Em virtude da anatomia alterada, realizou hepatogastrostomia por ecoendoscopia. Foi

efetuada punção da via biliar intrahepática no segmento III, com agulha Expect 22G, seguida de introdução do fio-guia através da via biliar intrahepática e dilatação do trajeto com cystótomo 6Fr. Procedeu-se à colocação de prótese metálica de 6Fr.

O procedimento decorreu sem intercorrências imediatas, mas foi complicado por migração da prótese. A prótese foi recolocada e fixada com *clips*. Posteriormente, foi substituída por prótese híbrida 8cm/30Fr entre a via biliar e o estômago. Neste caso, a hepatogastrostomia permitiu a resolução da colangite obstrutiva, num doente com antecedentes cirúrgicos e com anatomia alterada, que impediam a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

IE 10

HISTIOCITOSE GÁSTRICA: UMA ENTIDADE RARA A RECONHECER

João Pedro Pereira¹; Cátia Leitão¹;
Gonçalo Miranda¹; Francisco Baldaque-Silva¹
¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE /
Hospital Pedro Hispano

Introdução: A Histiocitose é entidade muito rara, apesar de ter um comportamento benigno, está frequentemente (até 90%) associada a doenças linfoproliferativas e/ou distúrbios dos plasmócitos. A histiocitose com armazenamento de cristais (HAC) é um fenómeno paraneoplásico pouco reconhecido, e a sua identificação poderá auxiliar a deteção de uma neoplasia oculta.

Descrição do caso/Discussão: Mulher de 54 anos, que por dispepsia, realizou no exterior endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou lesão subepitelial no fundo gástrico com cerca de 20 mm. As biópsias realizadas mostraram tumor de células granulares, tendo sido referenciada ao nosso serviço para orientação clínica. A doente não apresentava qualquer sinal ou sintoma de alarme e não tinha antecedentes pessoais ou familiares de relevo.

A ecoendoscopia revelou, no fundo gástrico, lesão discretamente irregular, hiperecogénica, de contornos mal definidos, na dependência da submucosa com muscular própria aparentemente íntegra, com 4 x 20 mm e com sinal doppler negativo. Foi realizada injeção subepitelial com soro fisiológico, com boa elevação pelo que se decidiu proceder à exérese endoscópica da lesão.

Foi realizada exérese total da lesão por disseção endoscópica da submucosa com doente sob sedação profunda usando Dualknife J. A remoção foi em bloco e sem evidência de complicações. O estudo anatomopatológico foi compatível com o diagnóstico de histiocitose gástrica com armazenamento de cristais. Esta entidade pode apresentar-se de forma localizada (mais frequente), ou generalizada (múltiplos depósitos envolvendo mais de um órgão/local). A localização gástrica da HAC é extremamente rara, tendo sido apenas descritos cerca de 15 casos na literatura.

A doente é seguida na consulta de Hematologia, tendo realizado estudo analítico alargado no qual não foram identificadas alterações relevantes. Realizada reavaliação endoscópica 9 meses após o diagnóstico sem evidência de lesão residual.

Conclusão: Em conclusão, além de um diagnóstico inesperado este caso alerta-nos para a importância do diagnóstico histológico adequado desta entidade rara para o despiste de doenças hemato-oncológicas possivelmente associadas.

Resumos

Casos Clínicos

CC 01

DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE INTESTINAL ATRAVÉS DE PUNÇÃO ASPIRATIVA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA

Ana Catarina Carvalho¹; Ricardo Cardoso¹; Francisco Pires¹; Sofia Ventura¹; Francisco Portela²; Paula Ministro¹; Américo Silva¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A endometriose é uma condição ginecológica caracterizada pelo crescimento anormal de estroma e glândulas endometriais fora da cavidade uterina, que afeta mulheres jovens em idade reprodutiva. Em 5 - 12 % das mulheres com endometriose pode ocorrer infiltração ectópica de tecido endometrial na parede intestinal, sendo a localização mais habitual o cólon sigmóide e reto. Habitualmente, os sintomas são inespecíficos e o diagnóstico diferencial com neoplasia intestinal é difícil, sendo necessário confirmação histológica.

Caso clínico: Mulher de 42 anos sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por oclusão intestinal aguda. Na TAC abdominopélvica era evidente distensão do cólon e intestino delgado, secundária a lesão estenosante no reto proximal, sem plano de clivagem com o colo do útero. A doente foi submetida a colostomia derivativa de urgência e, posteriormente, a avaliação endoscópi-

ca demonstrou uma lesão de aspeto granular e pseudopolipóide aos 10 cm da margem anal, com aspetos não sugestivos de etiologia neoplásica, mas sim de endometriose intestinal. Contudo, o diagnóstico endoscópico de endometriose não foi confirmado, mesmo após realização de macrobiopsias, cuja histologia revelou apenas alterações reativas inespecíficas.

Imagiologicamente, a RMN pélvica descreve uma lesão do reto com 8,5cm, caracterizada por espessamento circunferencial das paredes do reto com invasão da gordura meso-retal e da reflexão peritoneal, sem plano de clivagem com a parede posterior do colo do útero e músculos elevadores do ânus, compatível com neoplasia do reto T4bN2. Embora o esfregaço cervico-vaginal fosse negativo para neoplasia, analiticamente era evidente uma elevação do CA125 (106 U/mL).

Dada a discordância diagnóstica, foi realizada ecoendoscopia retal que demonstrou uma lesão com envolvimento profundo da parede retal e preservação das camadas superficiais. A punção aspirativa ecoguiada da lesão permitiu o diagnóstico de endometriose retal e ausência de malignidade.

Apesar do início de terapêutica hormonal, a doente desenvolveu novos endometriomas, tendo sido submetida a histerectomia total, ooforectomia bilateral e proctossigmoidectomia com colostomia terminal, com melhoria clínica.

Conclusão: Em mulheres de idade reprodutiva que apresentem lesões intestinais de etiologia incerta com aspetos radiológicos e/ou endoscópicos não específicos, a endometriose intestinal deve ser considerada como diagnóstico diferencial.

CC 02

EDEMA GENITAL E NÓDULOS CUTÂNEOS: UMA APRESENTAÇÃO INICIAL RARA DE CANCRO GÁSTRICO

Caroline Soares¹; Ana Catarina Carvalho¹; Sofia Ventura¹; Cláudio Rodrigues¹; Ângela Domingues¹; Ana Lemos¹; Paula Minstro¹
¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: Segundo a OMS foram diagnosticados 2950 novos casos de cancro gástrico em 2020 em Portugal. A infeção por *Helicobacter pylori* é dos principais fatores de risco. Os sintomas iniciais mais comuns são a dispepsia e sintomas constitucionais. Descrevemos de seguida um caso raro de apresentação de cancro gástrico com edema genital, lesões cutâneas e metastização ganglionar maciça.

Descrição do caso: Doente, 61 anos, recorreu ao serviço de urgência por dispepsia e vômitos com 3 semanas de evolução e edema genital desde há 4 meses. Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido e pálido, tendo sido objetivadas lesões cutâneas infra centimétricas nodulares e duras, na região torácica e dorsal, sem alteração da coloração nem sinais inflamatórios. Foram identificadas adenopatias com características suspeitas na região cervical, pré-auricular e supraclavicular esquerdas. Exame abdominal sem alterações à inspeção, indolor à palpação e sem massas. Objetivado edema testicular e do pénis, sem rubor ou calor. Portador de TC abdominal e pélvica efetuada no exterior a qual mostrava derrame pleural bilateral, moderada quantidade de liquido intra-peritoneal e incontáveis adenopatias abdominais e pélvicas de

características suspeitas. Foi internado com a hipótese de diagnóstico de doença linfoproliferativa. Realizou toracocentese diagnóstica, com critérios de *light borderline* e pesquisa de células neoplásicas negativa, e biópsia excisional de 2 gânglios axilares. Teve alta a aguardar resultados.

Uma semana depois recorreu novamente ao SU por dor abdominal difusa e vômitos pós-prandiais incoercíveis. O resultado da biópsia ganglionar revelou metastização maciça no gânglio axilar à esquerda por carcinoma de células em anel a sugerir neoplasia primitiva gástrica. EDA documentou lesão ulcerada extensa de bordos irregulares envolvendo a face anterior do antro proximal, médio e incisura. Diagnóstico anátomo-patológico: carcinoma de células pouco coesas, estadio IV. Faleceu 1 mês após o diagnóstico.

Conclusão: A presença de múltiplas adenopatias suspeitas coloca-nos como mais provável uma doença linfoproliferativa. Ainda assim e mesmo na ausência de sintomas gastrointestinais importantes, o cancro gástrico deve ser excluído.

O processo de metastização para a região genital ou para a pele é extremamente raro, mais ainda como forma de apresentação de uma neoplasia. Existem alguns casos descritos na literatura de metástases cutâneas ou edema genital como primeira manifestação de cancro gástrico. No entanto, não encontramos relato de casos com estas alterações simultaneamente.

Apesar de pouco comum, devemos estar atentos a estas manifestações uma vez que geralmente representam doença mais avançada e mau prognóstico.

CC 03

DOENÇA CELÍACA ASSOCIADA A DOENÇA DE CROHN – O VALOR CRESCENTE DA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA

Diogo Bernardo Moura¹; Carolina Chálim Rebelo¹; Francisca Côrte-Real¹; Margarida Flor de Lima¹; José Renato Pereira¹; Vera Costa Santos¹; Filipe Taveira¹; Maria Pia Costa Santos¹; Ana Catarina Rego¹; Nuno Nunes¹; Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Doente do sexo feminino, 19 anos, com diagnóstico de doença celíaca desde os dois anos de idade, com adesão à dieta sem glúten. Na sequência de quadro clínico de diarreia crónica e perda ponderal progressiva com anemia ferropénica, efetuou marcadores de doença celíaca e endoscopia digestiva alta, sem evidência de doença ativa.

Uma videocápsula endoscópica identificou no íleon distal a presença de erosões e úlceras aftoides, com algumas úlceras escavadas e de grande dimensão. Na proximidade da válvula ileocecal observou-se úlcera semicircunferencial que condicionou estreitamento luminal com passagem demorada da cápsula. Foi colocada a hipótese diagnóstica de doença de Crohn com sub-estenose ulcerada do íleon terminal vs jejunoileíte ulcerativa da doença celíaca.

Realizou ileocolonoscopia, com visualização no íleon terminal de áreas difusamente nodulares e múltiplas úlceras serpiginosas, conferindo o aspeto em pedra de calçada. Estas alterações estendem-se à válvula ileocecal e cólon ascendente proximal. Histologicamente verificou-se a presença de granulomas epitelioides não necrosantes e a pesquisa de micobactérias por PCR foi negativa.

Por enterotc verificou-se espessamento parietal do íleon terminal numa extensão de aproximadamente 60 mm, concêntrico, sem condicionar estenose luminal.

Foi feito o diagnóstico de doença de Crohn

ileocólica – Montreal A2L3B1. Iniciou corticoterapia seguida de terapêutica anti-TNF com infliximab. Verificou-se rápida melhoria, mantendo-se em remissão até à data atual.

A doença celíaca em recidiva sintomática apesar de adesão a dieta sem glúten constitui uma indicação para a realização de videocápsula endoscópica por forma a excluir complicações desta patologia [1,2]. Na doença celíaca verifica-se uma prevalência aumentada de doença inflamatória intestinal (DII) [3,4]. Além da importância no diagnóstico das complicações da doença celíaca, realça-se o valor da videocápsula endoscópica na doença celíaca sintomática, permitindo também o diagnóstico de DII concomitante.

Pennazio M. et al, Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline, Endoscopy 2015; 47: 352–376

Al-Toma A. et al, European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders, United European Gastroenterol J. 2019; 7(5): 583–613

Leeds J.S. et al, Is there an association between coeliac disease and inflammatory bowel diseases? A study of relative prevalence in comparison with population controls. Scand J Gastroenterol 2007;42(10):1214-20.

Kocis D. et al, Prevalence of inflammatory bowel disease among coeliac disease patients in a Hungarian coeliac centre, BMC Gastroenterol 2015; 15: 141.

CC 04

VARIZES ESOFÁGICAS DOWNHILL – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Marta Moreira¹; Isabel Tarrío¹; Alda Andrade¹; José Ramada¹; Luis Lopes¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: As varizes esofágicas são associadas a aumento da pressão venosa a montante da veia porta e são, mais frequentemente relacionadas com cirrose hepática. O

desenvolvimento de varizes esofágicas *downhill* foi descrito em relação com Síndrome da Veia Cava Superior, mais frequentemente no contexto de compressão tumoral, mas também alguns casos de trombose do cateter de diálise com desenvolvimento de S/Vs. Para o seu diagnóstico é necessário um elevado nível de suspeição clínica e exclusão de cirrose hepática.

Caso clínico: Doente sexo feminino, de 47 anos, com antecedentes de Síndrome de Turner, Doença Renal Crónica (DRC) estadio IV secundária a glomerulonefrite mesangial, em hemodiálise após rejeição de 2 enxertos de transplante renal. Por desenvolvimento de anemia ferropénica (Hb 9.8g/dL) iniciou suplementação com ferro endovenoso após as sessões de hemodiálise e realizou uma Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que revelou varizes esofágicas grandes no terço médio e superior do esófago, pelo que foi referenciada a consulta de Gastrenterologia. Não apresentava alterações as provas hepáticas, apresentava hiperferritinemia (Ferritina 987 ng/ml, Ferro 96 pcg/dL, Capacidade Total de Fixação do Ferro 240 pcg/dL). Não consumia bebidas alcoólicas, as serologias víricas e auto-imunidade foram negativas. A eletroforese de proteínas e doseamento de imunoglobulinas era normal. A pesquisa de mutação de hemocromatose (C282Y, H63D, S65C) foi negativa. Em TC de tórax apresentava sinais de trombose não recente da veia cava superior e da veia ázigos, com exuberante circulação colateral da parede torácica, do sistema ázigos e hemi-ázigos e paravertebral.

Concluiu-se tratar-se de varizes esofágicas *downhill* secundárias a trombose do cateter de hemodiálise e hiperferritinemia secundária a toma prolongada de ferro endovenoso.

Conclusão: Este caso salienta a localização atípica e a etiologia das varizes esofágicas *downhill* que requerem uma abordagem tera-

pêutica adequada, um a vez que, apesar de ser possível realizar laqueação elástica profilática ou em contexto de rutura de varizes, a resolução da obstrução da Via Cava Superior é o tratamento curativo desta entidade clínica.

CC 05

DOR ABDOMINAL RECORRENTE EM INDIVÍDUO JOVEM: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Cristiana Sequeira¹; Mariana Coelho¹; Inês Santos¹; Sara Lopes¹; Cristina Teixeira¹; Madalena Teixeira¹; João Mangualde¹; Ana Luísa Alves¹; Ana Paula Oliveira¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória crónica que pode acometer todo o trato gastrointestinal, constituindo o envolvimento isolado do jejuno uma manifestação rara (<1%) e um desafio diagnóstico, pela sua localização e clínica inespecíficas. Os autores relatam o caso de um homem de 27 anos, natural do Nepal, que se apresentou com um quadro com 2 anos de evolução de dor abdominal acompanhada de aumento do número de dejeções e alteração da consistência das fezes. A clínica era recorrente e resolvia espontaneamente, após alteração da dieta e/ou medicação para controlo sintomático (antiespasmódicos, probióticos). Da marcha diagnóstica efetuada, destacava-se apenas elevação ligeira da PCR, não existindo alterações da avaliação endoscópica (EDA e colonoscopia) e imagiológica (TAC abdominopélvica) efetuada, pelo que foi assumido o diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritável. Contudo, atendendo ao curso progressivo e refratariedade à terapêutica, o doente foi posteriormente encaminhado a consulta de Gastrenterologia. Nessa altura, referia sudorese noturna e perda ponderal não intencional (< 5% peso corporal), mas negava febre, náuseas, vômitos, distensão abdominal e queixas

extraintestinais. Analiticamente destacava-se apenas elevação da calprotectina fecal e da PCR. Da restante investigação etiológica salientava-se função tiroideia e imunoglobulinas normais; exame bacteriológico e parasitológico das fezes, IGRA, VIH e anticorpos antitransglutaminase negativos. Foi repetida ileocolonosopia e EDA com biópsias sem alterações. Não houve resposta a antibioterapia empírica, pelo que se prosseguiu investigação, com a realização de videocápsula enteroscópica que revelou edema da mucosa jejunal, múltiplas linfangiectasias e formações pseudopolipoides. Adicionalmente, a enteroscopia de duplo-balão documentou múltiplas erosões e úlceras longitudinais superficiais, com início no jejuno médio numa extensão de 1,5 metros. As biópsias revelaram distorção arquitetural, infiltrado inflamatório crónico e um granuloma e excluíram vasculite, neoplasia, ou evidência de microrganismos. A enteroscopia excluiu estenoses e fístulas. Os achados clínicos, endoscópicos, bioquímicos e histológicos favoreciam o diagnóstico de DC isolada do jejuno, tendo sido iniciada terapêutica com adalimumab com benefício. Este caso alerta os gastroenterologistas da necessidade de excluir causas orgânicas de dor abdominal na presença de sinais de alarme, mesmo após estudo inicial negativo, e realça a importância de uma abordagem diagnóstica sistemática na suspeita de patologia do intestino delgado, enfatizando a sensibilidade da cápsula endoscópica e o papel da enteroscopia de duplo-balão, ao suportar o diagnóstico histológico e ao permitir a exclusão de causas infecciosas e neoplásicas. Apresenta-se iconografia ilustrativa com aspetos endoscópicos exuberantes.

CC 06

COLANGITE ESCLORESANTE SECUNDÁRIA – QUÃO INDETERMINADAS PODEM SER AS ESTENOSES BILIARES?

Fábio Pereira Correia¹; Filipa Bordalo Ferreira¹; Mariana Cardoso¹; Joana Carvalho Branco¹; Luís Carvalho Lourenço¹; David Horta¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Apresentamos o caso de um homem de 34 anos, previamente saudável, referenciado à consulta de Gastroenterologia por alteração das provas hepáticas (padrão de citocolestase ligeiro), assintomático. Negava hábitos alcoólicos e na investigação inicial foram excluídas etiologias virais, autoimunes e metabólicas. Apurava-se, contudo, consumo de suplementos de ervanária (*Rosmarinus*, *Pulsatilla* e *Agnus castus*) durante cerca de um mês, 6 meses antes. Realizou uma CPRM que mostrava dilatação das vias biliares intra-hepáticas (VBIH) e estenose irregular da via biliar principal (VBP) intrapancreática. Por evolução com icterícia obstrutiva, o doente foi internado e realizou CPRE que confirmava a estenose da VBP distal, inultrapassável pelo fio-guia. A colangioscopia mostrava alterações de significado indeterminado na extremidade distal da estenose e as biópsias dirigidas não apresentavam tecido neoplásico. Do estudo adicional, destacava-se IgG4 sérica e CA 19.9 normais, ANCA negativo e biópsia hepática inconclusiva. Foram, ainda, excluídas doença inflamatória intestinal e sarcoidose. Durante o internamento desenvolveu um quadro de colangite aguda com necessidade de drenagem biliar percutânea. Nesse procedimento foi documentada estenose biliar intra-hepática esquerda, previamente desconhecida. Após resolução do quadro infeccioso, iniciou terapêutica corticosteroide com melhoria franca da estenose, que possibilitou a colocação de drenos internos-externos. Foi repetida colangioscopia, conseguindo-se ultrapassar a estenose da VBP distal e documentando-se

um aspeto benigno da mesma, com biópsias a favor de alterações inflamatórias. Assumiu-se uma possível colangite esclerosante induzida por tóxicos, com comportamento IgG4-like (dada a resposta à corticoterapia). O doente teve alta sob corticoterapia, mantendo uma evolução clínica e endoscópica favorável no *follow-up* (14 meses).

Este caso e sua vasta iconografia pretende demonstrar a complexidade do diagnóstico diferencial das estenoses biliares indeterminadas. O fenótipo de colangite esclerosante (com uma ou múltiplas estenoses biliares) como manifestação de hepatotoxicidade é pouco comum, apesar de alguns autores considerarem haver subdiagnóstico dessa entidade. A resposta à corticoterapia num doente sem características de doença a IgG4, torna o caso ainda mais particular.

CC 07

PÚRPURA DE HENoch-SCHÖNLEIN: APRESENTAÇÃO MIMETIZADORA DE DIVERTICULITE DE MECKEL E DOENÇA DE CROHN

Francisca Côrte-Real¹; Ana Catarina Rego¹; Diogo Bernardo Moura¹; Carolina Chálim Rebelo¹; Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹; Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹; José Renato Pereira¹; Nuno Nunes¹; Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A púrpura de Henoch-Schönlein, ou vasculite por IgA, é caracterizada por púrpura palpável, na ausência de trombocitopenia e coagulopatia, e por um dos critérios: artrite/artralgia, dor abdominal, vasculite leucocitoclástica/ deposição de IgA ou nefrite.

Doente do sexo feminino, de 26 anos de idade, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal epigástrica, náuseas, vômitos e artralgia, com edema do punho direito. Precedendo a dor abdominal, referia o aparecimento de lesões eritematosas, puntiformes e

pruriginosas, dispersas nos membros inferiores. Sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual. Encontrava-se subfebril, com dor generalizada à palpação superficial do abdómen e dor à descompressão no hipogastro. Analiticamente, leucocitose e neutrofilia, PCR 4.24mg/dL, sem trombocitopenia, nem coagulopatia.

A tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica, revelou espessamento da parede de segmento do delgado, com realce da mucosa. Na fossa ilíaca direita, apresentava estrutura tubular em fundo cego. Por suspeita de diverticulite de Meckel, realizou laparoscopia exploradora, que mostrou espessamento e eritema da última ansa ileal, sem perfuração ou obstrução, e excluída diverticulite de Meckel. Por manutenção dos sintomas, foi reavaliada com TC, nove dias depois, que evidenciou espessamento e edema mural de segmento do íleon, com hiperrealce mucoso, edema submucoso, configurando aspeto em *water-target*, hipervascularização do bordo mesentérico (sinal de pente) e densificação da gordura envolvente.

Foi submetida a colonoscopia total com ileoscopia, sem alterações, e cujas biópsias excluíram colite microscópica. Na endoscopia digestiva alta, encontraram-se lesões ulceradas, recobertas por exsudado em D2 e D3, cujas biópsias apresentaram alterações inespecíficas. A biópsia cutânea diagnosticou vasculite neutrofílica e necrose epidérmica. Realizou enterografia por TC e endoscopia digestiva alta um mês após o episódio, com resolução dos achados previamente observados.

A púrpura de Henoch-Schönlein, no trato gastrointestinal, afeta predominantemente o intestino delgado e o íleon terminal é raramente afetado. Nestes casos, poderá ter uma apresentação semelhante à doença de Crohn, principalmente se a dor abdominal precede o rash cutâneo.

A vasculite por IgA não é habitualmente observada nas biópsias gastrointestinais, mas pode manifestar-se por infiltrado neutrofilico no intestino delgado e cólon, sendo o duodeno a porção mais vezes afetada.

Trata-se de uma vasculite auto-limitada em 90% dos casos, com necessidade de corticoterapia nos doentes com púrpura grave, edema, dor abdominal intensa ou nefropatia. Neste caso, assistiu-se a remissão clínica, endoscópica e imagiológica, sem necessidade de corticoterapia.

CC 08

ESOFAGITE POR CMV – A PROPÓSITO DE COMPLICAÇÕES NO DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Sofia Bragança¹; Fábio Correia¹;
Filipa Bordalo Ferreira¹; Ana Oliveira¹;
Joana Branco¹; Mariana Nuno Costa¹; David Horta¹
¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A esofagite por citomegalovirus (CMV) trata-se de uma entidade rara em doentes imunocompetentes (IC), existindo poucas casos descritos na literatura. Até à data, não há relato de complicações em IC, nomeadamente, hemorragia e perfuração. Descreve-se o caso de esofagite por CMV complicada de hemorragia digestiva alta e fístula esófago-pleural (FEP) em IC.

Senhor de 75 anos, sem antecedentes pessoais de relevo nem medicação imunossupressora, admitido no serviço de urgência por toracalgia. Á observação, prostrado, hipotenso (80/50mmHg) e, gasimetricamente, com Hb 6 gr/dL e acidémia mista. Analiticamente, anemia (Hb 5.6gr/dL VGM 60fL), PCR 8.26 mg/L e serologia VIH negativa. Colocou-se sonda naso-gástrica (SNG) com drenagem de conteúdo hemático. Após estabilização, realizou angio-TC toraco-abdomino-pélvica documentando-se trajeto fistuloso entre o esófago e a pleura à direita e concomitante derrame pleural e pneumotórax homolateral, sem foco hemorrágico ativo. Assumiu-se o diagnóstico de

choque misto (hemorrágico e séptico), iniciou antibioticoterapia, e pela necessidade de suporte vasopressor, foi transferido para o serviço de medicina intensiva. Após confirmação da existência de FEP, através de estudo por TC com contraste oral, procedeu-se à colocação de drenagem pleural direita, tendo o estudo do líquido pleural sido compatível com empiema. Posteriormente, foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) observando-se, no esófago distal, esofagite com úlcera única com cerca de 4cm de extensão longitudinal com orifício central de 10 mm de diâmetro. No estudo fluoroscópico, observou-se extravasamento de contraste para região compatível com a cavidade pleural direita. Colocou-se prótese metálica autoexpansível (PMAE) esofágica totalmente coberta e foi iniciada alimentação entérica (AE) por SNG. As biópsias de bordo de úlcera não evidenciaram agente infeccioso, incluindo por pesquisa imunohistoquímica de CMV, nem tecido neoplásico. Na amostra histológica, a PCR para CMV foi positiva bem como a pesquisa sérica de ADN de CMV, tendo-se iniciado ganciclovir. Assumiu-se o diagnóstico de esofagite por CMV complicada de FEP e empiema à direita. As medidas instituídas conduziram a melhoria clínica, analítica e imagiológica. A PMAE foi removida após um mês e, em reavaliação por EDA dois meses após a sua colocação, identificou-se total cicatrização da úlcera e encerramento do orifício fistuloso. Iniciou AE por via oral, com tolerância, e sem recidiva da doença.

A infeção por CMV no IC afeta mais frequentemente o cólon, sendo raros os casos de esofagite. Embora o mecanismo ainda seja desconhecido, a reativação viral está na base das infeções no IC. No caso descrito, a esofagite por CMV em IC associou-se a elevada morbidade e apenas o elevado índice de suspeição levou ao diagnóstico. O risco de recidiva encontra-se descrito, porém no nosso caso não foi documentada durante o *follow-up*.

CC 09

LESÃO QUÍSTICA PANCREÁTICA – UMA APRESENTAÇÃO SÚBITA PARA UMA LESÃO INDOLENTE

Inês Costa Santos¹; Cristiana Sequeira¹;
Sara Lopes¹; Cláudia Cardoso¹; Cláudio Martins¹;
Joana Almeida¹; Ana Carvalho¹; Matilde Gonçalves¹;
Ana Paula Oliveira¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: As lesões quísticas pancreáticas são um grupo heterogéneo de lesões com diferente potencial de progressão para malignidade, cujo diagnóstico ainda se assume desafiante.

Descrição do caso: Os autores relatam o caso de uma jovem de 18 anos, saudável, admitida no Serviço de Urgência por dor abdominal intensa, de início súbito, localizada ao epigastro, acompanhada de náuseas e vômitos. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, anictérica, com massa dolorosa palpável ao nível do epigastro. Analiticamente com leucocitose neutrofílica de 20700/uL, sem anemia ou elevação da PCR, bioquímica hepática ou pancreática.

Foi realizada TC abdominopélvica que revelou formação nodular volumosa de natureza quística, medindo 87 x 81 x 85 mm, com origem no corpo e cauda pancreáticos, condicionando compressão gástrica e dos vasos esplénicos, com pequena quantidade de líquido infrajacente e no fundo de saco pélvico. Sem alterações no restante parênquima pancreático, baço, fígado e vias biliares.

Foi internada para controlo sintomático e estudo etiológico. Analiticamente registou-se elevação da GGT (até 236U/L) e PCR, com restante bioquímica hepática e pancreática normais e CEA e CA 19-9 negativos. Realizou ecoendoscopia, que documentou formação nodular de parede ecogénica espessada e conteúdo muito heterogéneo, com múltiplas áreas quísticas densas, sugestivas de con-

teúdo hemorrágico, e áreas sólidas e septadas com padrão elastográfico predominantemente azul, achados sugestivos de neoplasia pseudopapilar sólida pancreática complicada de hemorragia intraquística. Sem adenopatias ou invasão vascular. Realizada punção aspirativa com agulha fina (22G) em zona quística, com aspiração de conteúdo hemático, com subsequente doseamento de amilase e CEA normais, bem como punção em área sólida, tendo o material sido insuficiente para exame histológico.

A doente foi proposta para esplenopancreatectomia corpocaudal por via laparoscópica, que decorreu sem intercorrências, com exame histológico a revelar lesão extensamente necrótica, identificando-se na sua periferia escasso tecido neoplásico compatível com tumor pseudopapilar sólido, tendo a resseção sido curativa (pT3 N0 R0). No pós-operatório não se registaram complicações, tendo a doente tido alta, encontrando-se assintomática no *follow-up* aos 4 meses.

Conclusão: O tumor de Frantz é uma neoplasia exócrina pancreática rara (até 3% dos casos), correspondendo a menos de 10% das neoplasias quísticas pancreáticas diagnosticadas, tipicamente em mulheres na 4ª década de vida. No entanto, 20% dos casos são diagnosticados até aos 18 anos. Apesar da maioria destes tumores apresentar um comportamento benigno, estas são consideradas lesões de potencial maligno incerto, estando recomendada a sua resseção cirúrgica. Destaca-se este caso pelas grandes dimensões da lesão, bem como pela extensa hemorragia intraquística associada.

CC 10

COMPLICAÇÃO NEUROLÓGICA RARA DE LAQUEAÇÃO DE VARIZES ESOFÁGICAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Tania Carvalho¹; Octávia Costa¹; Rita Seara Costa¹; Margarida Gonçalves¹; Andreia Guimarães¹; João Pereira¹; Dália Fernandes¹; Raquel Gonçalves¹
¹Hospital de Braga

Introdução: A incidência de bacteriemia após laqueação de varizes esofágicas (LVE) estima-se em 3-6%, sendo, geralmente, transitória e não evidente clinicamente. A rutura esofágica após laqueação é extremamente rara, com poucos casos descritos. A ocorrência de abscessos cerebrais após LVE também é muito rara. Cerca de 20-35% dos abscessos cerebrais são causados por bacteriemia, sendo nestes casos, frequentemente, múltiplos.

Caso clínico: Homem de 43 anos com antecedentes de cirrose hepática complicada com hipertensão portal, em programa de erradicação de varizes esofágicas após hemorragia digestiva hipertensiva. Após uma semana do primeiro tratamento eletivo de LVE iniciou quadro progressivo de febre, anorexia, dor na região dorsolombar, cefaleias frontais e lentificação psicomotora. Posteriormente verificou-se aparecimento de crises motoras focais. O estudo analítico apresentava proteína C reactiva de 113 mg/L, sem leucocitose. Hemoculturas de sangue periférico foram negativas. A tomografia computadorizada (TC) cerebral (CE) mostrava discretas hipodensidades corticais parietais e occipitais esquerdas. A análise do líquido cefalorraquidiano foi compatível com infeção do sistema nervoso central (SNC). A ressonância magnética CE revelou múltiplas lesões arredondadas supra e infratentoriais, compatíveis com abscessos e ventriculite. Iniciou antibioterapia em dose meníngea. Internamento complicado com infeção SARS-COV 2, pelo que realizou TC de tórax, após 1 mês de internamento, tendo sido identificado ab-

cesso mediastínico, com cerca de 5 cm, com fistulização a partir do esófago, compatível com perfuração esofágica iatrogénica após LEV. Foram excluídas outras possíveis causas de abscessos cerebrais. Cumpriu várias semanas de antibioterapia, além de pausa alimentar e nutrição parentérica, com normalização do estado neurológico e resolução das lesões cerebrais. Cerca de 1 mês após tratamento antibiótico dirigido, realizou endoscopia que revelou área deformada no esófago distal, mas sem evidência de orifício ou supuração.

Conclusão: As manifestações neurológicas em doentes com cirrose hepática são, geralmente, devido a encefalopatia hepática portosistémica (EHPS). No entanto, a infeção do SNC, especialmente em doentes que realizaram procedimentos recentes, como a LEV, deve ser considerada no diagnóstico diferencial atendendo que o tratamento precoce influencia o prognóstico (sucesso de antibioterapia e minimiza risco de sequelas). Clinicamente, a infeção do SNC pode ser muito variável, contudo é importante estar atento a sinais atípicos de EHPS, como os défices neurológicos focais.

Resumos

Posters

PO 01

UMA ABORDAGEM INVULGAR PARA TNE

Inês Pestana¹; Flávio Pereira²; Marisa Linhares¹; Diana Ramos¹; Marco Pereira¹; Rui Sousa¹; António Banhudo¹

¹Hospital Amato Lusitano ²Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Os tumores neuroendócrinos (TNEs) têm origem em células neuroendócrinas e são mais frequentemente encontrados no tracto gastrointestinal. A incidência de TNEs gástricos (G-NETs) tem aumentado, em parte devido ao uso extensivo da endoscopia. Os doentes tendem a ser assintomáticos. O diagnóstico e o estadiamento são feitos por endoscopia com biópsia, ultrassonografia endoscópica, serologia de biomarcadores, estudos de imagem e exames de somatostatina funcional. O tratamento e o prognóstico dependem do grau e estadiamento do tumor. Um programa de vigilância deve seguir-se ao tratamento. Apresentamos caso de doente, sexo feminino, 76 anos, com dispepsia, encaminhada ao serviço de Cirurgia após endoscopia que evidenciou hérnia de hiato e lesão subepitelial erodida com 8mm na pequena curvatura do estômago. A histologia revelou TNE G1, positivo para sinaptofisina e cromogranina A (CgA). Ki67 < 3 %. Os exames laboratoriais mostraram anticorpos anti-factor intrínseco e anti-células parietais positivos, somatostatina, insulina e VIP normais, mas gastrina, CgA e 5-HIAA elevados. A

TC não revelou evidência de metástases. Octreoscan sem lesões hipercaptantes. O cirurgião decidiu por excisão cirúrgica laparoscópica controlada endoscopicamente. Durante o procedimento, optou-se por realizar polipectomia endoscópica e gastrectomia atípica laparoscópica para ampliação de margem, sem intercorrências. A histologia mostrou ausência de invasão linfovascular e margem de 2 mm da margem cirúrgica profunda. A maioria dos G-NETs é diagnosticada na investigação de dispepsia ou outros sintomas gastrointestinais. Tal como neste caso, os G-NET tipo I estão associados a hipergastrinemia e são tipicamente observados no contexto de gastrite atrófica crónica auto-imune. Relatamos uma abordagem terapêutica incomum, já que este TNE tinha uma aparência endoscópica típica e a ressecção endoscópica poderia ser o tratamento de escolha. No entanto, dada a condição cirúrgica concomitante (hérnia do hiato), uma abordagem cirúrgica foi inicialmente planeada, mas alternativamente uma polipectomia endoscópica com alargamento da margem cirúrgica foi realizada, com bons resultados. Esta doente será submetida a uma endoscopia de acompanhamento em 6-12 meses.

PO 02

LINFANGIOMA PANCREÁTICO – UM DIAGNÓSTICO RARO

Inês Pestana¹; Ana Caldeira¹; Mara Costa²;
Marisa Linhares¹; Diana Ramos¹; Marco Pereira¹;
Rui Sousa¹; Eduardo Pereira¹; António Bahudo¹

¹Hospital Amato Lusitano ²Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade
de Coimbra

Os linfangiomas são lesões raras, benignas, de origem vascular com diferenciação linfática. Os linfangiomas pancreáticos são extremamente raros (menos de 0,2 % de todas as lesões pancreáticas). Apresentamos caso de homem de 44 anos, submetido a uma tomografia computadorizada (no contexto de cólica renal) que evidenciou uma imagem nodular hipodensa localizada entre a veia cava inferior (VCI) e a 2ª parte do duodeno. A ultrassonografia endoscópica (EUS) mostrou uma lesão quística com parede bem definida e regular e eixo longo de 23 mm localizada entre a VCI e a porção cefálica do pâncreas e nas proximidades do hilo hepático, levantando a hipótese de lesão quística pancreática. No entanto, a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) revelou um líquido leitoso, sugestivo de um provável linfangioma. O valor de triglicéridos no líquido era elevado (2953,3 mg/dL) e a citologia mostrou uma predominância de linfócitos, corroborando o diagnóstico de linfangioma.

O linfangioma pancreático é frequentemente assintomático e descoberto como achado incidental, mas a apresentação clínica depende do tamanho, localização, efeito de massa e complicações. A maioria dos exames de imagem são inespecíficos e não conseguem distinguir de forma confiável entre um linfangioma e uma neoplasia pancreática. No entanto, a EUS pode permitir um diagnóstico pré-operatório, principalmente pela EUS-PAAF do líquido quístico e consequentes estudos citológicos e bioquímicos. Em doentes assintomáticos, uma abordagem conservadora com

vigilância através de exames imagiológicos pode ser realizada. No entanto, o tratamento curativo envolve a excisão cirúrgica completa.

PO 05

NEUROMODULAÇÃO E GASTROENTEROLOGIA: UMA RELAÇÃO BIDIRECCIONAL

Inês Pestana¹; Raquel Serrano¹; Eduardo Pereira¹;
Diana Ramos¹; Marco Pereira¹; Joana Barreiro¹;
António Bahudo¹

¹Hospital Amato Lusitano

Introdução: Os sintomas gastrointestinais apresentam uma elevada prevalência na população. No entanto, em muitos casos, mesmo após investigação clínica detalhada, não é encontrada uma causa orgânica para os mesmos, levando ao diagnóstico de distúrbios gastrointestinais funcionais (FGDIs). Estima-se que estas condições afectem cerca de 40% da população nalgum momento da vida e que 2/3 dessas pessoas desenvolvam sintomas crónicos e flutuantes.

Objectivos: Resumir os aspectos principais dos FGDIs e elaborar um guia prático para a prescrição de neuromoduladores, facilitando a sua utilização e aplicação nestas frequentes patologias.

Métodos: Com o apoio do serviço de Psiquiatria, realizou-se uma breve revisão da literatura e procedeu-se à elaboração de um resumo das definições e critérios de diagnóstico das FGDIs mais relevantes, bem como dos principais neuromoduladores adequados a cada uma delas.

Resultados: Os FGDIs são diagnosticados e classificados segundo critérios *standard*, recomendados pela *Rome Foundation*. A abordagem terapêutica é dirigida aos sintomas gastrointestinais e psicológicos predominantes e não aos mecanismos fisiopatológicos subjacentes. Para cada FGDIs foram sintetizados os principais aspectos práticos do diagnóstico e tratamento. Entre os distúrbios mais comuns encontram-se a obstipação e

a dispepsia funcionais, sendo as principais classes de neuromoduladores utilizadas os SSRIs, SNRIs, antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos.

Discussão e conclusão: A fisiopatologia dos FGDIs é complexa e é caracterizada por desregulações bidireccionais da interacção intestino-cérebro (através do eixo intestino-cérebro), hipersensibilidade visceral, motilidade intestinal alterada, inflamação intestinal de baixo grau, aumento da permeabilidade intestinal, activação imune e alterações do microbioma intestinal. Comorbilidades psicológicas são comuns. O diagnóstico atempado e o tratamento adequado dos FGDIs é essencial, não só pela melhoria significativa na qualidade de vida dos doentes, mas também pela redução considerável dos custos em saúde.

PO 06

O MEU ESÓFAGO TEM ASMA

Nuno Pereira¹; Madalena Braga¹; Leonor Silva²; Pedro Tavares¹; Tiago Freitas¹; Gustavo Fernandes¹; Miguel Magalhães¹; Felicidade Malheiro¹
¹USF Arca d'Água ²USA Arca d'Água

Enquadramento: A disfagia é um sintoma cujo leque de etiologias é variado. Uma boa anamnese e uma requisição ponderada de métodos complementares de diagnóstico permitem identificar patologias incomuns, como o presente caso vem a demonstrar.

Descrição: LA, 39 anos, sexo masculino, previamente saudável. Referia desde há vários anos, às refeições, episódios intermitentes de impactação alimentar súbita, para sólidos e líquidos, em agravamento desde o ano anterior, ocorrendo agora 3 vezes por dia, 3-4 vezes por semana, inclusive com necessidade de indução do vómito para alívio do quadro. Inicialmente foi solicitada endoscopia digestiva alta que revelou “esboço de hérnia de deslizamento do hiato esofágico com gastrite crónica ligeira e pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa”. Por não justificar o quadro,

realizou também ecografia tiroideia, que não detetou alterações, e foi ainda pedida observação por Otorrinolaringologia devido à sensação da impactação ser predominantemente laríngea. Foi então observado em consulta da especialidade, tendo realizado laringoscopia, sem alterações. Pedido o parecer à Gastroenterologia hospitalar, foi sugerida a realização de raio-x contrastado esofagogástrico. Antes da realização do exame contrastado, foi feita uma revisão dos antecedentes pessoais do doente. A maioria das suas visitas aos cuidados de saúde primários era em contexto agudo. Entre estes, destacavam-se 3 episódios de reacção urticariforme, sendo uma delas moderada, dispersa, sem causa identificada, com necessidade de tratamento com corticóide, para além de anti-histamínico. Considerando os episódios descritos, suspeitando de um componente atópico, foi solicitada uma nova endoscopia digestiva alta, mas com pedido de biópsias esofágicas. Estas revelaram “permeação por células inflamatórias polimórficas, predominantemente eosinófilos (> 15 por campo)”, compatível com esofagite eosinofílica.

Perante este diagnóstico iniciou-se terapêutica com inibidor da bomba de prótons, com remissão sintomática sustentada do quadro.

Conclusão: A existência de episódios urticariformes permitiu suspeitar de uma esofagite eosinofílica. Dado que esta pode não provocar qualquer alteração macroscópica observável na endoscopia, é de extrema importância a solicitação de biópsias esofágicas para o seu diagnóstico, que não são pedidas de forma rotineira na prática clínica. Concluindo, a presença de atopia num caso de disfagia deve levantar a suspeita da presença de esofagite eosinofílica.

PO 07

ANTICOAGULAÇÃO NA CIRROSE HEPÁTICA: UM TEMA CADA VEZ MENOS CONTROVERSO

Francisco Vara Luiz¹; Fábio pé D'arca Barbosa¹; Ana a Albuquerque¹; Ana Valada Marques¹;

Vanda Spencer¹

¹Hospital Garcia de Orta

Introdução: A doença hepática crônica (DHC) associa-se a um “novo equilíbrio” na hemostase, sendo que a teoria de que o doente cirrótico se encontra “auto-anticoagulado” tem sido cada vez mais desafiada. Nesta nova concepção, a anticoagulação, outrora contraindicada, torna-se possível na DHC. Contudo, este grupo de doentes é normalmente excluído de ensaios clínicos, pelo que a evidência é, ainda, limitada. A trombose da veia porta (TVP) constitui o evento trombótico mais comum na cirrose hepática, sendo a extensão para a veia mesentérica superior associada a maior risco de isquemia intestinal.

Descrição do caso: Mulher de 70 anos, com história de DHC etanólica, *Child-Pugh B*, medicada com espirolactona, recorre ao serviço de urgência por dispneia e aumento progressivo do volume abdominal com quatro semanas de evolução. O exame físico revelou ascite volumosa, tendo-se procedido a paracentese evacuadora, cujo exame citoquímico excluiu peritonite bacteriana espontânea. A avaliação analítica revelou anemia macrocítica, trombocitopenia e retenção azotada, tendo sido internada por DHC descompensada e lesão renal aguda. A ecografia abdominal revelou uma área pseudonodular no lobo direito hepático, posteriormente caracterizada por tomografia computadorizada abdominal que, embora tenha excluído lesões sólidas focais, revelou trombose parcialmente oclusiva (> 50 %) recente da veia porta com extensão para a veia mesentérica superior. A endoscopia digestiva alta revelou varizes esofágicas quiescentes, pelo que iniciou carvedilol e varfarina, destacando-se

melhoria progressiva do quadro.

Conclusão: O intervalo de tempo entre o diagnóstico de TVP e o início da anticoagulação constitui um preditor de recanalização, reforçando a importância de selecionar quem beneficia de terapêutica. Embora o tratamento de outras formas de tromboembolismo venoso na DHC careça de mais estudos, a evidência na TVP é, atualmente, mais robusta. Os consensos de Baveno VII recomendam anticoagular na TVP recente completa ou parcialmente oclusiva, TVP sintomática ou nos candidatos a transplante hepático. Realça-se que a terapêutica apenas deve ser iniciada após estar assegurada profilaxia de hemorragia variceal. Os anticoagulantes orais diretos, apesar das suas vantagens, apresentam evidência escassa nos estadios avançados da DHC.

PO 08

MESENTERITE ESCLEROSANTE – UM RARO ACHADO INCIDENTAL

Inês Pestana¹; Eduardo Pereira¹; Joana Barreiro¹; Diana Ramos¹; Marco Pereira¹; António Banhudo¹

¹Hospital Amato Lusitano

A mesenterite esclerosante é uma doença não neoplásica extremamente rara (prevalência inferior a 1 %) caracterizada por inflamação crônica, alterações necróticas e fibróticas do mesentério. É um termo abrangente usado para descrever três entidades clínicas quase semelhantes, incluindo paniculite mesentérica, mesenterite retrátil e lipodistrofia mesentérica, que diferem apenas pela histologia. A maioria dos casos é observada em homens caucasianos entre a 5ª e 7ª décadas de vida e o diagnóstico é realizado incidentalmente em exames de imagem realizados por outros motivos.

Relatamos caso de homem, 62 anos, com antecedentes de hernioplastia inguinal e de perfuração de úlcera duodenal, sem medicação habitual, que recorreu ao SU por dor lombar e febre, sem outra sintomatologia. Analiticamente a destacar apenas PCR 141,1 mg/L.

Neste contexto realizou TC abdomino-pélvica: Sem alterações significativas das vísceras sólidas e ocas a nível abdominal e pélvico. Sinais de 'paniculite' mesentérica, inespecífica. Sem adenomegalias ou derrame peritoneal. O doente ficou internado para estudo, tendo realizado ecografia abdominal que revelou aspectos compatíveis com paniculite mesentérica de padrão pseudonodular em "anel", sem dor à compressão com a sonda; etiologia "esclerosante"; sem outras alterações. Posteriormente, realizou RM à coluna lombar que mostrou espondilodiscite L4-L5, que se assumiu como etiologia para o quadro do doente, tendo sido instituída terapêutica de acordo, com melhoria clínica.

A patogénese da mesenterite esclerosante permanece pouco compreendida, mas a doença tem sido associada a trauma e cirurgia abdominal (presente nos antecedentes do doente), assim como a distúrbios auto-ímmunes, malignidade e infecções abdominais, que neste caso foram excluídos. Os métodos de imagem são a base para o diagnóstico, nomeadamente ecografia abdominal e tomografia computadorizada (TC). Um dos sinais específicos em TC é o "fat ring sign" (infiltração dos tecidos moles mesentéricos centrais com preservação de um bordo circunferencial de gordura em redor dos vasos mesentéricos), presente nos 2 exames de imagem realizados pelo doente (TC e ecografia abdominal). O curso da doença é geralmente benigno. A maioria dos casos é autolimitada ou melhora com terapêutica médica, sendo que apenas um subconjunto de doentes necessita de intervenção cirúrgica para resolução de obstrução intestinal.

PO 09

CPRE ATRAVÉS DE LUMEN APPOSING METAL STENT EM DOENTE COM OBSTRUÇÃO BULBAR

Ana Catarina Carvalho¹; Marta Moreira²; Tarcísio Araújo²; Jorge Canena³; Luís Lopes²

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE ²Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia ³Faculdade de Ciências Médicas - NOVA Medical School

Introdução: A coledocolitíase é uma patologia comum, com uma prevalência estimada de 10 % a nível mundial, sendo a CPRE uma das opções terapêuticas com elevadas taxas de sucesso. Contudo, a abordagem endoscópica pode não ser possível em algumas situações, condicionando um desafio significativo no que concerne à terapêutica da coledocolitíase em doentes sem indicação cirúrgica para a exploração da via biliar.

Caso clínico: Homem de 87 anos, sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por quadro de colangite aguda. Na TAC abdominal era evidente dilatação significativa da via biliar principal, secundária a coledocolitíase, pelo que foi admitido sob antibioterapia de largo espectro. Após realização de colecistostomia percutânea, a colangiografia revelou colelitíase e múltiplos cálculos no terço distal da via biliar principal, com dimensões até 8 mm. Dada o quadro clínico e os resultados imagiológicos, optou-se pela realização de CPRE para clearance da via biliar.

Durante o procedimento, foi observada estenose intransponível no bulbo duodenal de etiologia péptica, impedindo a progressão do duodenoscópio até à 2ª porção duodenal. O doente foi então submetido a dilatação da estenose sob visualização direta com balão hidrostático até 12mm, e início terapêutica com IBP.

Contudo, duas semanas depois, a estenose ainda não era transponível pelo duodenoscópio. Dada ausência de condições para exploração da via biliar, e de forma a permitir

acesso à 2ª porção duodenal e ao orifício papilar, optou-se pela colocação temporária de *Lumen-Apposing Metal Stent* (LAMS, AXIOS 15 mm X 10 mm – *Boston Scientific*®) sob controlo endoscópico e fluoroscópico (video). Uma semana depois, a prótese possibilitou a dilatação luminal necessária para a passagem do duodenoscópio, e posterior realização de CPRE. Após a realização de fistulotomia para acesso à via biliar, o colangiograma demonstrou dois cálculos com 10mm no terço distal da VBP, removidos com balão extrator. Após o procedimento, verificou-se melhoria clínica significativa e a LAMS foi removida duas semanas depois.

Conclusão: O tratamento endoscópico de estenoses benignas do tubo digestivo inclui dilatação, injeção de corticoide ou incisão. A colocação de stents metálicos totalmente cobertos pode ser uma opção em estenoses refratárias. Embora inicialmente concebidos para drenar coleções pancreáticas, os LAMS são eficazes, versáteis e seguros para o tratamento de estenoses benignas com dimensão inferior a 10 mm.

PO 10

METÁSTASE INTRABILAR DE ADENOCARCINOMA COLORETAL: A PERSPECTIVA DO SPYGLASS

Ana Catarina Carvalho¹; Marta Moreira²; Tarcísio Araújo¹; Luís Lopes²

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE ²Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: O diagnóstico diferencial de lesões biliares intraductais é desafiante e, na maioria dos casos, o diagnóstico final só é realizado após hepatectomia segmentar. A colangiocarcinoma é uma alternativa minimamente invasiva e, juntamente com a possibilidade de realização de biópsias, permite estabelecer o diagnóstico definitivo evitando uma abordagem cirúrgica diagnóstica.

Caso clínico: Mulher de 54 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do cólon sigmóide (estadio IIA), submetida a sigmoidectomia laparoscópica em 2018 com ressecção curativa, sem invasão linfovascular ou perineural.

Após cinco anos de *follow-up*, a TAC abdominal revelou uma lesão perianastomótica com 3cm e suspeita de metastização hepática no lobo direito. Embora a biopsia hepática tenha sido negativa para malignidade, a lesão perianastomótica confirmou tratar-se de metástase de adenocarcinoma do cólon. Após dois ciclos de quimioterapia (esquema FOLFOX), a doente apresentou elevação das enzimas de colestase de novo (fosfatase alcalina 208 IU/mL e GGT 160 IU/mL), tendo a CPRM revelado dilatação dos ductos biliares intra-hepáticos no segmento VIII, secundária a lesão intraluminal no ducto hepático direito, sugestiva de colangiocarcinoma intraductal. Dada impossibilidade de biópsia percutânea, realizou CPRE, tendo a colangiografia evidenciado um defeito de preenchimento com 10 mm localizado no ducto hepático direito, com dilatação a montante dos ductos biliares intra-hepáticos. Para esclarecimento da lesão, foi realizada colangioscopia endoscópica (*SpyGlass, Boston Scientific*®), a qual revelou uma lesão mole e friável de aspeto papilar com múltiplas projeções vasculares, ocluindo o ducto hepático direito (video). Foram obtidas biópsias utilizando a pinça *SpyBite Max*®, revelando proliferação de estruturas tubulopapilares revestidas por epitélio cilíndrico pseudoestratificado, com perda de maturação e polaridade, imagens de fusão glandular e atipia citológica. A imunohistoquímica da lesão foi positiva para CK20 e CDX-2, e negativa para CK7, permitindo assim o diagnóstico definitivo de metástase intraductal biliar de adenocarcinoma do cólon.

Conclusão: A metastização intrabiliar é um padrão raro, embora seja mais frequente no cancro coloretal. Este caso demonstra a im-

portância do enquadramento clínico individual no processo de diagnóstico diferencial, bem como o papel das novas técnicas e dispositivos endoscópicos, permitindo estabelecer diagnósticos por métodos menos invasivos.

PO 11 Retirado

PO 12

INTERVENÇÃO PRECOCE COM TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NA DOENÇA DE CROHN

– QUÃO CEDO TEMOS DE COMEÇAR?

Joana Reves¹; André Mascarenhas²; Maria José Temido³; Bárbara Morão¹; Ana Catarina Bravo¹; Bárbara Abreu¹; Catarina Nascimento¹; Catarina Frias-Gomes¹; Ana Rita Franco²; Raquel Mendes²; Carolina Palmela¹; Luísa Glória¹; Pedro Figueiredo³; Francisco Portela³; Joana Torres¹

¹Hospital Beatriz Ângelo ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz ³Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Estudos recentes têm vindo a demonstrar que a intervenção precoce (<24 meses após o diagnóstico) com terapêutica biológica na Doença de Crohn (DC) parece estar associada a melhores resultados a longo prazo. Contudo, é desconhecido quão precocemente esta terapêutica deve ser iniciada. **Objetivo:** Avaliar qual o melhor intervalo para o início de biológico precoce na DC.

Métodos: Estudo coorte retrospectivo multicêntrico em doentes com DC que iniciaram anti-TNF nos primeiros 24 meses após o diagnóstico e com um seguimento mínimo de 6 meses. O *outcome* principal foi composto pela necessidade de alteração de biológico, hospitalização por agudização da DC e cirurgia intestinal. Os *outcomes* secundários avaliados aos 12 ± 6 meses incluíram remissão clínica – RC (*Harvey-Bradshaw index*-HBI < 5), remissão endoscópica – RE (SES-CD < 3 ou ausência de úlceras) e remissão transmural – RT (ausência

de inflamação intestinal ou extra-intestinal ativa e ausência de complicações).

Resultados: Foram incluídos 123 doentes (61 % sexo masculino) com idade mediana ao diagnóstico 26 anos (IQR 20-42). A maioria dos doentes (45 %) apresentava doença íleo-cólica (L3) e 63 % tinha um fenótipo não complicado (B1). Cerca de metade (58 %) iniciaram biológico nos primeiros 6 meses após o diagnóstico e 82 % nos primeiros 12 meses; 52 % encontravam-se sob terapêutica combinada com azatioprina. O tempo mediano de seguimento foi 35 meses (IQR 19-63). Aproximadamente um terço dos doentes (36 %) sofreram o *outcome* primário – 22% mudaram de biológico, 14% foram hospitalizados e 10% necessitaram de cirurgia. Não existiu nenhuma diferença significativa no tempo mediano até ao *outcome* primário entre doentes que iniciaram biológico ≤ 6 vs >6 meses (HR 1.69, 95 % CI 0.90-3.17, p=0.1) e doentes que iniciaram ≤ 12 vs >12 meses após o diagnóstico (HR 0.90, 95 % CI 0.41-1.96, p = 0.8). Numa análise multivariada, incluindo o tempo desde o diagnóstico até ao início do biológico, género, presença de fenótipo B2/B3, idade ao diagnóstico e uso de terapêutica combinada, apenas a idade jovem ao diagnóstico (HR 0.97, 95 % CI 0.95 - 0.99, p = 0.01) e a não utilização de terapêutica combinada (HR 0.46, 95% CI 0.22 - 0.93, p = 0.03) pareceram ser preditores do tempo até ao atingimento do *outcome* primário. Globalmente, a taxa de RC foi 86%, de RE foi 53% e de RT foi 29%. Quando comparando os intervalos de 6 meses desde o diagnóstico até ao início do biológico (≤6, 7-12, 13-18 e 19-24 meses), não existiram diferenças significativas entre os grupos quanto às taxas de RC (90 %, 81 %, 73 %, 91 %), RE (54 %, 63%, 25 %, 57 %) e RT (25 %, 42 %, 38 %, 0 %), respetivamente.

Conclusão Apesar de o biológico precoce pa-

recer estar associado a melhor prognóstico na DC, nesta análise retrospectiva não encontramos nenhuma diferença nos doentes que iniciaram o biológico mais precocemente. Mais estudos prospetivos são necessários para avaliar qual o melhor intervalo para o início precoce de biológico na DC.

PO 13

PAPEL DA COLANGIOSCOPIA NA AVALIAÇÃO DAS ESTENOSES BILIARES INDETERMINADAS: UM CASO CLÍNICO

Carla Campos¹; Paulo Massinha¹; Gonçalo Nunes¹; Júlio Veloso¹; Jorge Fonseca¹
¹Hospital Garcia de Orta

Introdução: As estenoses biliares indeterminadas são um desafio na prática clínica, com enorme impacto clínico em função da sua abordagem. As técnicas habitualmente utilizadas no seu diagnóstico apresentam uma acuidade diagnóstica limitada, pelo que a colangioscopia com sistema *SpyGlass*® DS tem assumido um papel de destaque na avaliação destas lesões.

Caso clínico: Homem de 56 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, internado no Serviço de Gastrenterologia por icterícia obstrutiva indolor, acolia e colúria, com duas semanas de evolução, sem outra sintomatologia associada. Analiticamente apresentava bilirrubina total de 25 mg/dl à custa da direta, elevação das transaminases 5 vezes o limite superior da normalidade, GGT e fosfatase alcalina de 2256 UI/L e 417 UI/L. Apresentava suspeita de lesão cefalopancreática na TC abdominal realizada em contexto de SU, não confirmada em CPRM. Realizou CPRE, identificando-se estenose distal da VBP de 3 cm, realizada citologia que foi negativa para neoplasia e colocada prótese metálica totalmente coberta. Ao ser removida a prótese para realização de ecoendoscopia, realizou, no mesmo tempo anestésico, colangioscopia com *SpyGlass*® DS onde se observou lesão

concêntrica, estenótica com neovascularização, a nível do terço distal. Foi efectuada citologia com escova, que foi inconclusiva e biópsias com *spybite*® que foram compatíveis com colangiocarcinoma, pelo que o doente foi submetido a ressecção cirúrgica.

Apresentamos este caso em que a colangioscopia com sistema *SpyGlass* DS® fundamental na abordagem clínica, não só pelo aspeto endoscópico paradigmático, mas também pela acuidade das biópsias realizadas, que permitiu o diagnóstico diferencial e diagnóstico precoce, sendo um exame endoscópico que veio revolucionar a abordagem das estenoses biliares indeterminadas. Apresenta-se a iconografia e vídeo do procedimento.

PO 14

PREDITORES DO ATRASO NO DIAGNÓSTICO DA COINFEÇÃO POR HEPATITE VIRAL EM PESSOAS QUE VIVEM COM VIH

Raquel Oliveira¹; Helena Tavares de Sousa¹; Joana Roseira¹
¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: As pessoas com vírus da imunodeficiência humana (VIH) (PVVIH) são um grupo em que importa a exclusão atempada de coinfeção por hepatite B (VHB) ou C (VHC). A avaliação do atraso diagnóstico de coinfeção por hepatite e seus preditores em PVVIH pode justificar importantes reformas estratégicas.

Objetivo: Verificar o atraso entre o diagnóstico de VIH e de coinfeção por VHB/VHC e seus preditores.

Material e métodos: Revisão do processo clínico e entrevista telefónica complementar dos doentes com coinfeção VIH e VHB/VHC seguidos em consulta de VIH. Estatística: *Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, qui-quadrado*.

Resultados: Incluídos 101 doentes (65 % homens; idade média 50.2 ± 6.1). Identificada coinfeção VHC/VIH em 92 % (n = 93), coinfeção VHB/VIH em 4 % e coinfeção tripla em 4 %. Apenas 25 % (23/93) dos doentes com coin-

feção VHC/VIH receberam diagnóstico simultâneo das duas infeções, maioritariamente no contexto de internamento por infeções oportunistas (n = 7) ou de seguimento nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (n = 5). Metade dos doentes (48 %) nunca tinham sido testados para VHC após o diagnóstico de VIH (atraso diagnóstico mediano de 94 dias [máx 9206]), apesar de em todos se apurar contexto epidemiológico de risco. Importa que os doentes com comportamentos sexuais de risco não utilizadores de drogas endovenosas (UDEV) tinham o maior atraso diagnóstico (UDEV: 106 vs sexual: 743 vs UDEV + sexual: 22 dias; p = 0.004). Verificou-se associação entre a atribuição de médico de família e um menor atraso diagnóstico, mas apenas em doentes com utilização regular dos cuidados de saúde primários (regular: 41 vs irregular: 1013 dias; p = 0.013). A análise contrária mostrou que 18.5% dos doentes com coinfeção VHC/VIH foram diagnosticados primeiro com VHC. A maioria deles não ficou vinculada a uma consulta, sendo apenas testada para VIH tardiamente (atraso diagnóstico mediano de 3652 dias). Dos 4 doentes com coinfeção HBV/HIV, apenas 1 nunca tinha sido testado para VHB, tendo sido diagnosticado 8084 dias após o diagnóstico de VIH em consulta de VIH.

Conclusões: Há um atraso efetivo entre o diagnóstico de VIH e da coinfeção por hepatite viral e o inverso também se verifica. A testagem simultânea das três infeções em doentes com contexto epidemiológico de risco poderia minimizar este atraso. Adicionalmente, a atribuição de médico de família aos utentes, a educação da população no sentido de manter um estilo de vida saudável e seguimento médico regular, e a referenciação imediata de doentes com suspeita de hepatite viral a uma consulta hospitalar parece ser relevante.

PO 15

CIRURGIA BARIÁTRICA: O PAPEL DA ENDOSCOPIA NA ABORDAGEM DAS COMPLICAÇÕES

Ângela Domingues¹; Ricardo Araújo¹; António Castanheira¹; Ana Carvalho¹; Sofia Ventura¹; Cláudio Rodrigues¹; Américo Silva¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A técnica de *Sleeve* gástrico como tratamento cirúrgico da obesidade é cada vez mais utilizada. Apesar de segura e eficaz, não é isenta de complicações. A estenose é uma possível complicação que, embora rara, pode ser potencialmente grave e difícil de abordar. Apresentamos o caso de uma doente com estenose pós-*Sleeve* gástrico, submetida a várias intervenções endoscópicas.

Caso clínico: Mulher de 30 anos, emigrante, submetida a *Sleeve* gástrico em Maio de 2022 por obesidade mórbida, recorreu ao nosso Centro Hospitalar por quadro progressivo de vómitos, dor epigástrica e intolerância alimentar. O procedimento foi realizado na França. Os sintomas ter-se-ão iniciado cerca de um mês após cirurgia, tendo sido submetida a exame endoscópico e diagnosticada com estenose e rotação axial do corpo gástrico. Foi colocada uma prótese parcialmente coberta com 30*18 mm. Terá sido agendada reavaliação após 4 semanas para eventual remoção da mesma, à qual a doente não terá comparecido. Em Agosto de 2022, enquanto se encontrava de férias em Portugal, apresentou agravamento acentuado, conforme previamente mencionado. Radiografia e ecografia abdominais com identificação de prótese intra-gástrica, localizada entre a estenose do corpo médio e o *Piloro*. Foi decidido internamento para estudo adicional e suporte nutricional, embora a doente tenha decidido por manter seguimento e tratamento definitivo no estrangeiro. Para alívio sintomático temporário, foi efetuada endoscopia digestiva alta com dilatação na

nossa instituição. Identificada estenose angulada na área de *incisura angularis*, com cerca de 6cm de lúmen residual, não transponível com o endoscópio *standard*. Efetuou-se dilatação progressiva com balão até 12 mm com passagem posterior do endoscópio. Identificou-se prótese com 3 cm de extensão, *over* e *ingrow* tecidual e angulação do topo proximal. *Piloro* permeável. Foi, assim, confirmada a migração da prótese. Após o procedimento, a doente tolerou dieta líquida, tendo tido alta para tratamento definitivo na França.

Conclusão: A estenose e o desvio axial pós-*Sleeve* gástrico são possíveis complicações deste procedimento cirúrgico. Quando a mesma se localiza na porção distal do órgão ou a nível da *incisura angularis*, existe maior grau de desvio axial e menor eficácia na terapêutica endoscópica. Apresentamos um caso representativo desta entidade clínica, tendo sido efetuado registo iconográfico em vídeo com a demonstração do procedimento endoscópico efetuado.

PO 16

MELANOMA METASTÁTICO COMO CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Ângela Domingues¹; Ricardo Cardoso¹;
Ricardo Araújo¹; Ana Carvalho¹; Sofia Ventura¹;
Cláudio Rodrigues¹; Américo Silva¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: O melanoma maligno tem predisposição para metastização para o trato gastrointestinal. Trata-se de uma entidade clínica rara, embora a literatura demonstre que esta é subdiagnosticada. Em doentes com história de melanoma, deverá existir uma alta suspeição para metastização gastrointestinal quando os mesmos se apresentam com sintomatologia.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 53 anos, com diagnóstico recente de melanoma umbilical com metastização múltipla (gan-

glionar, cutânea, muscular, óssea, peritoneal, hepática e pulmonar), sob tratamento paliativo com radioterapia e nivolumab. Medicada com buprenorfina, paracetamol, metamazol, naproxeno, dexametasona e morfina para controlo álgico. Admitida em internamento de Medicina Interna por pneumonia a SARS-CoV-2, apresentando um progressivo agravamento do estado geral. No decurso do internamento, surgiram queixas de novo do foro gastrointestinal, incluindo náuseas, vómitos e um episódio isolado de hematemeses. Sem melenas ou hematoquézia associadas. Analiticamente sem queda do valor de hemoglobina. Nesse sentido, foi pedida colaboração de Gastrenterologia para realização de endoscopia digestiva alta. O esófago apresentava áreas discretamente erosionadas compatíveis com esofagite grau A, classificação de Los Angeles. No estômago, a nível do corpo proximal, foi identificada volumosa lesão vegetante friável, com cerca de 5 cm de diâmetro, e com regiões de pigmentação escura. Associadamente, também apresentava mais duas lesões de morfologia macroscópica semelhante à descrita previamente, a nível da pequena curvatura do corpo distal. No bulbo duodenal, foi observada área de ulceração de características suspeitas. Sem evidência de hemorragia digestiva no momento da realização do exame. Enquadrando os antecedentes clínicos, as características macroscópicas das lesões, e a condição clínica da doente, foi assumida hemorragia digestiva alta com sede em metástases gástricas e duodenais do melanoma umbilical, optando por não se obter amostras para exame histológico. Por se tratar de um estadio terminal da doença, decidiu-se por terapêutica conservadora, com evolução desfavorável para óbito após cerca de 2 semanas.

Conclusão: A metastização gastrointestinal do melanoma maligno é uma entidade clínica

rara. O presente caso clínico ilustra um caso presumido de metastização gástrica e duodenal por esta neoplasia, salientando-se a exuberância das lesões na iconografia recolhida.

PO 17

ENTEROPATIA INDUZIDA POR OLMESARTAN: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ângela Domingues¹; Ricardo Araújo¹; Ana Carvalho¹; Sofia Ventura¹; Cláudio Rodrigues¹; Américo Silva¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A diarreia crónica é um sintoma que pode ser manifestação de múltiplas patologias. A atrofia do intestino delgado, embora sugestiva de doença celíaca, pode estar presente noutras entidades clínicas. Embora rara, a enteropatia induzida por fármacos pode causar um quadro clínico mimetizador de doença celíaca, devendo sempre ser considerada no diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Mulher, 76 anos, com antecedentes de hipertensão arterial medicada com olmesartan. Foi observada em consulta de Gastreenterologia por quadro de diarreia, fadiga e perda ponderal com 1 ano de evolução. A doente reportava 5-6 dejeções diárias líquidas, não sanguinolentas, noturnas e diurnas, sem relação com as refeições. Ao exame objetivo, encontrava-se desnutrida, com edemas periféricos e ascite. Analiticamente com anemia, hipocaliemia severa e hipoalbuminemia. Endoscopia digestiva alta de ambulatório com identificação de atrofia vilositária duodenal e microrganismos PAS + na histologia das biópsias duodenais. Decidiu-se por internamento para estudo complementar e suporte nutricional. Obtiveram-se os seguintes resultados analíticos: anticorpos associados à doença celíaca negativos, imunoglobulinas normais, HLA-DQ2 positivo, DQ8 negativo, serologia HIV negativa, auto-anticorpos negativos, IgA e IgG ASCA positivos e calprotectina fecal negativa. Exame bacteriológico e para-

sitológico das fezes negativo. Colonoscopia sem alterações relevantes. Foi repetida endoscopia digestiva alta em internamento e efetuada enteroscopia por videocápsula, tendo sido observada atrofia vilositária exuberante por toda a extensão do intestino delgado. TAC toracoabdominopélvico, entero-RMN e ecocardiograma sem alterações. Cumpriu 10 dias de antibioterapia com metronidazol, suspendeu o olmesartan e iniciou dieta sem glúten e lactose. O resultado anatomopatológico das biópsias duodenais demonstrou atrofia vilositária significativa mas sem aumento dos linfócitos intraepiteliais, associada a características sugestivas de enteropatia induzida por fármacos. Sem identificação de microrganismos. Ao 1º mês de *follow-up*, observou-se uma melhoria analítica, nutricional e ausência de recidiva sintomática.

Conclusão: O grupo farmacológico ARA II tem sido recentemente associado ao desenvolvimento de enteropatia semelhante à doença celíaca, sobretudo caracterizada por quadro de diarreia, perda ponderal e vários graus de atrofia vilositária do intestino delgado. Reportamos um caso de associação entre enteropatia semelhante à doença celíaca e o olmesartan, salientando-se a raridade e a exuberância do quadro clínico.

PO 18

UM SURPREENDENTE "FIO" BRANCO NUMA ILEOSCOPIA TERMINAL

Cláudio Melo Rodrigues¹; António Castanheira¹; Ana Carvalho¹; Sofia Ventura¹; Ângela Domingues¹; Caroline Soares¹; Américo Silva¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Mulher de 54 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, medicada, apresentava queixa de dor abdominal em moedeira, intermitente, localizada aos quadrantes direitos, com pelo menos um ano de evolução. Não apontava fatores de alívio nem

agravamento, nem relação com as refeições. Negava a existência de vômitos, diarreia, obstipação ou perda de sangue nas fezes. O exame físico não revelou alterações. Toda a investigação laboratorial apresentava resultados dentro da normalidade. A ecografia abdominal mostrou a existência de esteatose hepática ligeira. A paciente foi referenciada para colonoscopia.

Durante a colonoscopia e após intubação do íleo terminal, observou-se um filamento esbranquiçado, de aspeto frágil, com um tamanho de cerca de 5 cm, compatível com um parasita (figura 1 a. e b.). Recuperou-se, após tração com pinça de biopsias ao longo do trajeto cólico até ao exterior. A observação macroscópica está presente na figura 2a. O exame parasitológico, designadamente a microscopia ótica, confirmou o diagnóstico de *Hymenolepis nana* (figura 2 b-d).

Hymenolepis nana é o parasita cestóide mais comum em todo o mundo, particularmente nos trópicos, contudo é raro nos adultos. A infeção é mais frequente em populações que vivem com más condições sanitárias. O ciclo de vida do parasita inclui humanos ou roedores como hospedeiro definitivo e artrópodes (como besouros e pulgas) como hospedeiro intermediário. A infeção dos humanos e roedores geralmente ocorre quando estes ingerem água e alimentos contaminados com artrópodes infetados com larvas cisticercóides ou ovos embrionados. Os parasitas adultos têm um comprimento até cerca de 40 mm e têm um período de vida de 4 a 6 semanas e, contrariamente a todas as outras espécies de ténia, todo o ciclo de vida de *H. nana* pode ser completado no intestino, possibilitando, assim, a autoinfeção. Sabe-se que a infeção pode persistir por muitos anos se não for tratada, principalmente em imunodeprimidos. A infeção por *H. nana* é frequentemente assintomática, embora erupções cutâneas,

urticária crónica e queratoconjuntivite flictenular tenham sido atribuídas a esta infeção. O diagnóstico é comumente feito através da identificação do parasita ou dos seus ovos nas fezes e o tratamento recomendado é uma dose única de praziquantel 25 mg/kg per os, seguida de uma nova dose 10 dias depois. Apresenta-se o caso clínico pela raridade da situação e pela iconografia dos achados endoscópicos e microscópicos.

PO 19

PANCREATITE PARADUODENAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA NEUROENDÓCRINA DUODENAL

João a. Cunha Neves¹; Joana Roseira¹;
Patrícia Queirós¹; Helena Tavares de Sousa¹
¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: As neoplasias neuroendócrinas duodenais são uma entidade rara, com um diagnóstico complexo e incidência crescente. **Descrição do caso:** Doente do sexo masculino, 51 anos, com antecedentes de etilismo crónico, que recorreu ao Serviço de Urgência por icterícia e dor abdominal no hipocôndrio e flanco direitos, com 1 semana de evolução. A ecografia e TC abdominal revelaram dilatação das vias biliares intra-hepáticas e colédoco proximal, com afilamento e obliteração na sua porção terminal; espessamento parietal de D2 com estenose luminal, associada a densificação da gordura e líquido paraduodenal; e ainda adenomegalias peri-pancreáticas e mesentéricas. Foi admitido diagnóstico de pancreatite paraduodenal complicada de icterícia obstrutiva. Por sintomas de estase gástrica, com agravamento dos parâmetros de colestase e achados imagiológicos, foi realizada endoscopia digestiva alta, que revelou edema duodenal a condicionar estenose infranqueável, impedindo posterior realização de CPRE. Verificando-se agravamento da colestase, foi decidida solução cirúrgica com duodenopancreatectomia cefálica. Intraope-

ratoriamente objetivou-se neoplasia duodenal localmente avançada com invasão da raiz do mesentério, tendo sido realizada derivação biliar e digestiva paliativas. A histologia revelou tratar-se de carcinoma neuroendócrino de grandes células pouco diferenciado do duodeno. O doente foi referenciado à Oncologia, tendo iniciado tratamento com octreótido até vir a falecer por complicações decorrentes de pneumonia.

Conclusão: A neoplasia neuroendócrina do duodeno é uma entidade excepcionalmente rara que deve ser tida em consideração no diagnóstico diferencial da pancreatite para-duodenal. Em particular, os carcinomas neuroendócrinos pouco diferenciados que envolvem a área periampular apresentam uma pior sobrevida, sendo geralmente detetados num estadio mais avançado da doença, muitas vezes já com metastização ganglionar, sem possibilidade de tratamento curativo.

PO 20

SÍNDROME PARANEOPLÁSICA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO AVANÇADO

André Ruge Gonçalves¹; Maria Azevedo Silva¹;
Diogo Simas¹; Sandra Barbeiro¹;
Helena Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A dermatomiosite é uma manifestação paraneoplásica associada mais frequentemente aos adenocarcinomas do pulmão, ovário e estômago. Apesar da sua associação pouco comum ao adenocarcinoma do esófago, este diagnóstico deve ser equacionado aquando do surgimento súbito de lesões cutâneas e neurológicas típicas, em doentes com clínica compatível ou diagnóstico suspeito.

Caso clínico: Doente com 60 anos do sexo masculino, com antecedentes pessoais de Doença de Refluxo Gastroesofágico com cerca de 15 anos de evolução, não medica-

da, desenvolve quadro de miopatia proximal e polineuropatia sensitivo-motora axonal severa confirmadas em eletromiografia, associadas a eritema dorsal, região posterior do pescoço e do decote (sinal de xaille) bem como lesões violáceas liquenificadas sobre as articulações metacarpo-falângicas e interfalângicas (pápulas de Gottron). Após estudo laboratorial na consulta de Dermatologia, assumido diagnóstico de Dermatomiosite. Manejo terapêutico difícil, com melhoria parcial das lesões cutâneas sob corticoterapia e metotrexato. Recorre ao serviço de urgência 5 meses após diagnóstico, com quadro de disfagia persistente, inicialmente episódica, para líquidos e sólidos, com 3 meses de evolução. Agravamento progressivo e acentuado no último mês, com episódios de disfagia e regurgitação diários, ocasionalmente acompanhados por sensação de impactação alimentar e desconforto torácico. Queixas concomitantes de dor e perda da acuidade visual do olho direito e perda ponderal de 7 kg no último mês. Realizada endoscopia digestiva alta com mucosa salmonelada a partir dos 23 cm dos incisivos, sugestiva de esófago de *Barrett* longo. A partir dos 24 cm dos incisivos, lesão circunferencial úlcero-vegetante, que adquire caráter estenosante a partir dos 34 cm dos incisivos, não franqueável com gastroscópio convencional. Biópsias compatíveis com adenocarcinoma do tipo intestinal do esófago. Realizou tomografia computadorizada que mostrou lesão infiltrativa dos 2/3 distais do esófago e junção gastro-esofágica com metastização hepática difusa e lesão ocular passível de corresponder a depósito secundário, hipótese corroborada à ecografia do globo ocular. Decidida colocação de prótese esofágica *over-the-wire* e Quimioterapia Paliativa. Evolução desfavorável acabando o doente por falecer 2 semanas após diagnóstico.

Conclusão: Comumente associada a disfagia

crônica, de etiologia multifatorial, o *screening* de neoplasias na Dermatomiocite deve ser equacionado nestes doentes, sobretudo nos refratários à terapêutica inicial.

PO 21

FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA PRIMÁRIA, UMA CAUSA RARA E POTENCIALMENTE FATAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA

André Ruge Gonçalves¹; Maria Azevedo Silva¹;
Diogo Simas¹; Sandra Barbeiro¹;
Helena Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: As fístulas aorto-entéricas são uma causa rara, mas potencialmente fatal, de hemorragia digestiva aguda (HDA). Podem estar associadas a quadros de hemorragia maciça habitualmente precedidos de um presumido/aparente episódio de hemorragia auto-limitado. Cerca de 2/3 dos doentes são diagnosticados intra-operatoriamente, com a sensibilidade da endoscopia alta a não ultrapassar os 50 %. O seu diagnóstico implica, por isso, elevada suspeição clínica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 89 anos, sem antecedentes pessoais relevantes no contexto clínico, recorre ao serviço de urgência por hematémeses com instabilidade hemodinâmica e anemia crônica agudizada com necessidade de suporte transfusional. Estudo endoscópico inicial sem lesões potencialmente sangrantes. Repetiu endoscopia por recidiva hemorrágica manifesta, sob a forma de hematémeses e melenas com quadro de choque hemorrágico parcialmente refratário às medidas de suporte. Progressão profunda até 3ª porção do duodeno, com presença de abundante conteúdo hemático vivo no duodeno, identificando-se zona com coágulo com pulsatilidade subjacente, sugestiva de hemorragia ativa. Injeção de adrenalina diluída e aplicação de hemospray, com noção de hemostase eficaz. Realizada Angio-TC que demonstrou aneurisma da aorta abdominal com 6.5 cm de

diâmetro e extensão crânio-caudal de 10.6 cm. Identificada comunicação do aneurisma com a 2ª porção do duodeno, com hemorragia ativa em trajeto fino. Sem outras alterações analíticas, nomeadamente sugestivas de processo infeccioso. Assumido diagnóstico de HDA com sede em fistula aorto-entérica primária. Sem indicação cirúrgica atendendo à baixa reserva fisiológica, acabando o doente por falecer durante o internamento.

Conclusão: As fístulas aorto-entéricas primárias são raras, apresentando uma incidência de 0,04 a 0,07 %. O diagnóstico precoce desta patologia implica um elevado grau de suspeição, sobretudo na sua forma primária (subtipo ainda mais raro) em doentes sem intervenções cirúrgicas prévias da aorta abdominal. Os autores apresentam um caso cujo diagnóstico partiu da repetição de estudo endoscópico após endoscopia *index* sem alterações sangrantes observadas.

PO 22

AMILOIDOSE SENIL – ACHADO ENDOSCÓPICO COMO PONTO PARTIDA PARA O DIAGNÓSTICO

André Ruge Gonçalves¹; Maria Azevedo Silva¹;
Diogo Simas¹; Sandra Barbeiro¹;
Helena Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A amiloidose sistémica senil (ATRR *wildtype*) desenvolve-se a partir dos 60 anos e é caracterizada por depósitos de amiloide maioritariamente no coração e grandes vasos. O envolvimento do trato gastrointestinal é raro, constituindo uma causa rara de diarreia.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 86 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e síndrome demencial, autónomo nas AVD's, é internado por descompensação da sua doença cardíaca de base com astenia marcada. Associadamente, com queixas de diar-

reia aquosa, sem sangue ou muco, que não poupava o período noturno, anorexia e perda ponderal de 15 Kg, com 3 meses de evolução. Sem contexto epidemiológico relevante ou introdução de novos fármacos recentes. Analiticamente com Anemia Ferropénica, Hipalbuminémia marcada e Hipomagnesémia, sem outras alterações. Do estudo etiológico, pesquisa de Clostridioides difficile, serologias e coproculturas negativas. Eletrocardiograma com padrão de baixa voltagem, Ecocardiograma transtorácico com hipocinésia global e padrão de “*sparing apical*” sugestivo de miocardiopatia infiltrativa. Imunofenotipagem sem pico de células monoclonal. Colonoscopia Total com diverticulose cólica, sem outras achados. Endoscopia alta com mucosa de D2 granular e friável com pregas esbranquiçadas, muito espessadas e proeminentes. Realizadas biópsias, compatíveis com depósitos de amiloide após coloração pelo vermelho do Congo, adquirindo birrefringência verde-maçã sob luz polarizada. Restante estudo etiológico da diarreia sem alterações. Pedida cintigrafia óssea 99m-TC-DPD, pela Cardiologia, que objetivou franca captação anómala na região cardíaca. Assumido diagnóstico de amiloidose senil sistémica (ATTR *wildtype*) optando-se apenas por terapia sintomática devido à falta de tratamentos comprovadamente eficazes. O doente morreu três meses após o diagnóstico por quadro de insuficiência cardíaca agudizada, apesar da melhoria do quadro diarreico sob loperamida.

Conclusão: Segundo a literatura revista, a deposição de substância amilóide na mucosa duodenal é geralmente escassa no subtipo senil quando comparada com a amiloidose AL e AA. No entanto, depósitos significativos podem afetar e comprometer a inervação do trato gastrointestinal com consequente diarreia severa e síndrome de má absorção. Os autores apresentam um caso de amiloidose

senil no qual se destaca os achados endoscópicos compatíveis com deposição significativa de substância amilóide no duodeno e que permitiram o diagnóstico após biópsia dirigida.

PO 23

RECIDIVA DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO – QUANDO A COLONOSCOPIA ANTECIPA MÁS NOTÍCIAS

André Ruge Gonçalves¹; Maria Azevedo Silva¹; Diogo Simas¹; Sandra Barbeiro¹; Helena Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A neoplasia secundária do cólon é uma entidade extremamente rara, representando aproximadamente 0,1-1% da totalidade das neoplasias do cólon. Os autores apresentam um caso de neoplasia secundária do cólon após recidiva tardia de adenocarcinoma gástrico com células em anel de sinete. Doente do sexo feminino de 55 anos, com antecedentes pessoais de gastrectomia total por adenocarcinoma gástrico de padrão difuso com células em anel de sinete – pT3ypNO-vigiada em consulta de Oncologia médica, desenvolve quadro de dor abdominal difusa inespecífica e ascite moderada aos 3 anos de *follow-up*. Sem sinais clínicos, analíticos ou imagiológicos de recidiva prévios. Realizou endoscopia digestiva alta com anastomose esófago-jejunal ampla e regular, sem sinais de recidiva. Exploradas duas ansas intestinais, ambas sem alterações da mucosa na porção proximal. Submetida também a colonoscopia total, com progressão difícil com formação de ansa persistente, angulações acentuadas, resistência à progressão e zonas com redução da distensibilidade. Ileoscopia terminal não conseguida. A mucosa do lábio superior da válvula ileocecal apresentava-se congestiva, irregular e superficialmente erosionada. Realizadas biópsias, compatíveis com metástase de adenocarcinoma gástrico

com células em anel de sinete. Tomografia Computorizada com espessamento do íleo terminal e cego, sinais sugestivos de carcinomatose peritoneal e massa anexial direita sugestiva de malignidade. Submetida a laparoscopia exploradora que objetivou aderência do cólon transverso à parede abdominal, que impossibilitou a visualização do andar supra-mesocólico. Como achados intra-operatórios destacar ainda a presença de carcinomatose peritoneal generalizada e de líquido peritoneal mucinoso em todos os quadrantes. Citologia do líquido positiva para células neoplásicas. Assumida recidiva neoplásica de tumor primário com metastização peritoneal, invasão cólica e ovárica (Tumor de Kruckenberg), sem metastização hepática ou pulmonar. Decidida quimioterapia paliativa. Deterioração clínica e progressão da doença com metastização óssea disseminada, acabando a doente por falecer 5 anos após o diagnóstico inicial.

Conclusão: Descrita na literatura como rara, a metastização do adenocarcinoma gástrico com células em anel de sinete para o cólon aparenta ser subdiagnosticada nos estudos *post-mortem*. A sua apresentação clínica é heterogênea, com sintomatologia muitas vezes inespecífica, podendo manifestar-se endoscopicamente sob a forma de lesões polipóides, úlceras ou estenoses cólicas. Os autores apresentam um caso de recidiva peritoneal e à distância, tardia, de um adenocarcinoma gástrico com células em anel de sinete, sem sinais de recidiva aos 3 anos de *follow-up*, diagnosticada após realização de estudo endoscópico.

PO 24

CANCRO COLORRETAL EM IDADE JOVEM, DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E EVOLUÇÃO CLÍNICA NUM CENTRO

André Ruge Gonçalves¹; Maria Azevedo Silva¹;
Diogo Simas¹; Sandra Barbeiro¹;
Helena Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: O cancro colorretal (CCR) em idade jovem (< 50 anos) tem apresentado uma incidência crescente representando já cerca de 8% do total de novos diagnósticos. Os fatores por detrás deste aumento são pouco compreendidos e sua apresentação clínica parece diferir da dos doentes cujo rastreio está preconizado. 50% de doentes com CRC em idade precoce não têm história familiar de CRC ou síndromes hereditárias de risco e a sintomatologia é muitas vezes menosprezada.

Objetivos: Avaliar características epidemiológicas, apresentação e evolução clínica do CRC em idade jovem, comparar os dados com a literatura publicada e com o subgrupo específico de doentes entre os 50-59 anos da nossa instituição.

Material e métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico de uma população de doentes com diagnóstico de CCR entre 2015 e 2021. Coleta de dados através da consulta do processo clínico.

Resultados e conclusões: Incluíram-se 164 doentes, com predominância do sexo masculino, dos quais 46% (n = 75) com < 50 anos. Os fatores de risco mais prevalentes nos dois grupos foram a obesidade e o tabagismo. Constatou-se uma prevalência superior de CCR em familiares de 1º grau (28 % vs 14,6 %) no grupo com idade < 50 anos (diferença sem significância estatística, p = 0,051). Estudo genético positivo para instabilidade de microssatélites em apenas 8% (n = 6) destes doentes. Associação estatisticamente significativa entre estar assintomático ao diagnósti-

co e o diagnóstico de CCR após os 50 anos ($p < 0,001$; OR 3,9). No grupo com idade < 50 anos, a oclusão intestinal como apresentação inicial foi mais frequente (24,0 % vs 17,8 %, $p = 0,284$). 62% apresentavam sintomas de dor abdominal ou hematoquézia/retorragia prévios ao diagnóstico. A mediana do tempo de sintomas até ao diagnóstico não foi significativamente diferente ($p = 0,555$) entre grupos, mas 30 % dos doentes < 50 anos apresentaram uma média de 7 meses desde o início de sintomas até ao diagnóstico. Associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de CCR em idade jovem e a localização dos tumores no cólon esquerdo ($p < 0,001$; OR: 4,4). Sem diferenças significativas nas terapêuticas não-cirúrgicas utilizadas em neoadjuvância e em adjuvância nos 2 grupos. O CCR em estágio III e IV foi mais prevalente no grupo de doentes jovens, mas não foi estatisticamente diferente ($p = 0,088$). A taxa de mortalidade aos 12 meses nos doentes mais jovens foi estatisticamente superior (13,9 % vs 7,8 % ; $p = 0,015$; OR 2,4). Pese embora o carácter unicêntrico e retrospectivo/descritivo do nosso trabalho, este ilustra a carga do CCR na população jovem, bem como a sua morbimortalidade. Verificamos que nos doentes jovens a oclusão intestinal é mais prevalente e o que os sintomas iniciais são muitas vezes menosprezados. A prevalência inferior de doentes assintomáticos ao diagnóstico nesta população vem contrariar o que a literatura evidencia, merecendo reflexão no sentido de aprimorar o diagnóstico destes doentes.

PO 25

IMPACTO DA ANEMIA NO DOENTE CIRRÓTICO SEM PERDAS VISÍVEIS

Viviana Martins¹; Hélio Conceição²;
Ana Margarida Vieira¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar Portimão; ²Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve

Introdução: A doença hepática crónica (DHC) associa-se a distúrbios hematológicos, estimando-se que 75 % dos doentes apresentem anemia, na maioria dos casos associada a hemorragia digestiva secundária a hipertensão portal. Estudos anteriores demonstraram que a presença de anemia é um fator de risco para DHC avançada, descompensação hepática e maior mortalidade, mas apenas excluíam doentes com anemia por perdas recentes. Procurámos neste estudo perceber de que forma a anemia não associada a hemorragia digestiva influencia o prognóstico do doente cirrótico.

Objetivos: Estudo com o objetivo principal de comparar os *scores* prognósticos (*Child Pugh*, *MELD-Na*) de doentes com cirrose hepática sem perdas visíveis, com anemia vs sem anemia.

Secundariamente foi avaliada a prevalência e caracterização da anemia na população e a morbimortalidade (internamentos, diagnóstico de carcinoma hepatocelular, mortalidade por doença hepática) associada à mesma.

Material/Métodos: Estudo retrospectivo de doentes seguidos na consulta de Hepatologia em 2018-19. Incluídos adultos, com diagnóstico de cirrose hepática e avaliação laboratorial. Excluídos doentes com diagnóstico prévio de hepatocarcinoma, outra patologia oncológica, morte por causa não hepática, perdas hemáticas relatadas no último ano, análises no contexto de internamento/urgência e status pós transplante hepático.

Recolhidos dados clínicos, analíticos e imagiológicos na *baseline* e avaliada a morbimor-

talidade até 2021.

Estatística: descritiva, teste de Fisher, regressões lineares e logísticas, ajustada a fatores confundidores.

Resultados e conclusões: Incluídos 154 doentes, a maioria homens (72.1%), média de idades 61.78 anos +/- 11.79, com etiologia alcoólica (35.7%) e doença compensada (mediana: *Child Pugh* 5.0, MELD-Na 7.0). No seguimento, 20 tiveram internamentos, 6 foram diagnosticados com hepatocarcinoma e 10 faleceram pela patologia hepática.

Foram identificados 18 (11.7 %) doentes com anemia, especificamente 15 com anemia leve e 3 com anemia moderada, a maioria normocítica e normocrómica. A prevalência de anemia associou-se de forma estatisticamente significativa ($p = 0.016$) com a etiologia alcoólica (18.2 %) e colestática (26.7 %), não tendo sido verificadas diferenças na gravidade e tipo de anemia.

A anemia associou-se de forma estatisticamente significativa com o score MELD-Na, traduzindo-se num aumento médio de 2.42 pontos ($\beta = 2.42$, $p = 0.002$), nos doentes anémicos. Ao ajustar para confundidores o efeito manteve-se, com aumento médio de 1.64 pontos ($\beta = 1.64$, $p = 0.029$).

Não foram observadas associações estatisticamente significativas com os outros *outcomes* estudados.

Anemia sem perdas associou-se a pior score MELD-Na, podendo por isso ser um indicador per si de maior gravidade clínica, para a qual poderão contribuir para a sua fisiopatologia a inflamação e défices nutricionais.

PO 26

GASTRECTOMIA E FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA PRIMÁRIA – OU TALVEZ SECUNDÁRIA?

Viviana Martins¹; Helena Tavares de Sousa¹; Ana Margarida Vieira¹

¹*Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar Portimão*

Introdução: A fístula aorto-entérica (FAE) é uma causa rara e devastadora de hemorragia digestiva, com uma elevada morbimortalidade associada. A FAE primária corresponde habitualmente à comunicação de um aneurisma da aorta abdominal com o intestino delgado na ausência de manipulação cirúrgica prévia da aorta. Manifesta-se habitualmente por uma hemorragia auto-limitada seguida de maciça. O seu rápido reconhecimento e abordagem multidisciplinar são essenciais.

Caso: Doente do sexo masculino, 67 anos de idade, previamente autónomo. Antecedentes de vagotomia com antrectomia por doença ulcerosa péptica, dislipidemia e patologia osteoarticular. Medicado com rosuvastatina e ibuprofeno em SOS.

Recorre ao SU por quadro de 1 semana de evolução de dejeções pretas, associado a episódio de síncope com traumatismo crânio-encefálico. Negava hematemeses, dor abdominal, febre ou outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo apenas a destacar palidez mucocutânea e presença de melenas no toque retal. Analiticamente revelava somente anemia grave de novo (Hb 6.8g/dL). A Endoscopia Digestiva Alta não mostrou alterações e a colonoscopia evidenciou presença de restos hemáticos em todo o colon e íleon. No 6º dia de internamento, apresentou hematquezias e lipotímia com queda 1.7g/dL de hemoglobina (6g/dL). Realizou TC abdomino-pélvica urgente, que evidenciou, ao nível da aorta infra-renal, hematoma peri-aórtico contido em íntima relação com ansa digestiva, sem sinais de hemorragia ativa. O doente foi

transferido para o serviço de cirurgia vascular do hospital de referência.

Conclusão: Apresentamos um caso inesperado de uma FAE num doente sem intervenção cirúrgica da aorta. A associação de gastrectomia parcial à ocorrência de FAE foi descrita em raros casos clínicos. Em doentes submetidos a gastrectomias radicais foram propostos possíveis fatores para o desenvolvimento de fistulas arterio-intestinais decorrentes do próprio procedimento cirúrgico, nomeadamente danos a nível da vasculatura e plexo nervoso durante a linfadenectomia, da adventícia ou da íntima como potenciais causas de pseudoaneurismas. A sua íntima associação à parede gastrointestinal poderia conduzir a isquemia, necrose e eventual formação da fistula. Hipoteticamente, estes mesmos factores poderão verificar-se numa gastrectomia parcial.

A FAE é, pois, o resultado final de múltiplos processos patológicos, não devendo ser esquecida num doente com antecedentes cirúrgicos abdominais que se apresenta com hemorragia digestiva média.

PO 27

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA CRÓNICA AGUDIZADA (ACLF): AINDA UM SÍNDROME POUCO RECONHECIDO?

Joana Reves¹; Catarina Nascimento¹;
Ana Catarina Bravo¹; Bárbara Abreu¹;
Bárbara Morão¹; Catarina Frias-Gomes¹;
Catarina Gouveia¹; Carolina Palmela¹;
Manuela Canhoto¹; Joana Nunes¹

¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A insuficiência hepática crónica agudizada (ACLF) é uma síndrome inflamatória sistémica caracterizada por descompensação aguda da doença hepática crónica, que frequentemente ocorre no contexto de fatores precipitantes pró-inflamatórios e que está associada a elevada taxa de mortalidade. A Associação Europeia para o estudo do fígado (EASL) estratifica este síndrome em 3 graus

prognósticos, de acordo com o número e tipo de falências de órgão. Apesar destes critérios de diagnóstico, a identificação da ACLF grau 1 e 2 pode ser difícil.

Objetivo: Determinar a frequência da presença da ACLF em doentes internados por cirrose descompensada e a sua taxa de identificação pelos clínicos.

Métodos: Estudo retrospectivo em doentes internados por cirrose hepática descompensada entre 2020 e 2021. A presença de ACLF foi definida de acordo com as recomendações europeias (EASL-CLIF) que consideram a presença de falências de órgão extra-hepáticas em doentes com doença hepática crónica descompensada de forma aguda, com ou sem descompensações prévias. Foi realizada uma análise estatística descritiva e regressão logística.

Resultados: Foram incluídos 118 doentes (86 % sexo masculino) com uma idade média de 63 anos (IQR 54-70). O álcool foi a etiologia mais comum (75%), seguido das hepatites víricas (16%). Apenas 15% dos doentes apresentava uma classificação *Child-Pugh* classe A e 42% já tinha tido uma descompensação prévia. A principal causa de hospitalização foi a ascite (41 %) seguida da encefalopatia (27 %) e da hemorragia digestiva alta (17 %). Cerca de um terço dos doentes (34 %) apresentou critérios de ACLF durante o internamento, 80 % à admissão e 20% tardiamente durante a hospitalização. Dos doentes que apresentaram ACLF, 70 % tinham também um foco infeccioso e 20 % tinham hepatite alcoólica. Em cerca de metade dos casos (47.5 %), a ACLF não foi identificada pelo médico (ausência de registos clínicos) e em 7.5 % dos casos, apenas foi identificada tardiamente quando se tornou mais grave. Dos doentes em que a ACLF não foi identificada, 63 % tinha ACLF grau 1 e 21 % tinha ACLF *grade* 2. A mortalidade intra-hospitalar foi significativamente superior nos doentes em que a ACLF

não foi identificada (86% vs 47%, $p = 0.01$). A presença de ACLF durante o internamento esteve associada a um maior risco de morte precoce (intra-hospitalar e nos primeiros 3 meses pós-alta) (OR 12.4, 95% CI 4.9-30.9, $p < 0.01$), mesmo quando ajustada a outras variáveis incluindo idade, género, classificação de *Child-Pugh* à admissão e presença de infeção (OR 9.5, 95 % CI 3.0-29.6, $p < 0.01$). **Conclusão:** Cerca de um terço dos doentes internados por cirrose hepática descompensada apresentou ACLF durante o internamento. Contudo, em aproximadamente metade dos casos, esta síndrome não foi identificada. A ACLF encontra-se associada a um maior risco de mortalidade precoce e a sua não identificação a um maior risco de mortalidade intra-hospitalar.

PO 28

DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA NUM JOVEM ADULTO: UM VERDADEIRO DESAFIO CLÍNICO

Joana Reves¹; Ana Catarina Bravo¹; Bárbara Abreu¹; Catarina Nascimento¹; Carolina Palmela¹; Catarina Gouveia¹; Manuela Canhoto¹; Luísa Glória¹; Joana Nunes¹

¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A doença hepática crónica nos jovens adultos pode representar um verdadeiro desafio clínico. O presente caso pretende demonstrar as dificuldades que podem surgir nesta abordagem, incluindo a acuidade dos *scores* diagnósticos mais frequentemente utilizados e a necessidade de considerar todas as etiologias independentemente do contexto epidemiológico.

Discussão do caso: Sexo masculino, 18 anos, natural da Guiné-Bissau onde residiu até Maio/2021, altura em que veio para Portugal para avaliação médica. Antecedentes de malária na infância; sem outros antecedentes ou medicação habitual. Quadro com 6 meses de evolução de sensação febril (não quantifica-

da), dor abdominal, anorexia, perda ponderal e icterícia. Sem outros sintomas. Analiticamente a destacar Brb total 7.33 mg/dL, AST 291UI/L, ALT 523 UI/L, FA 198 UI/L, GGT 177UI/L, INR ligeiramente prolongado de 1.28 e eosinofilia periférica de 1380/ μ L. Ecografia abdominal com ecoestrutura difusamente heterogénea e aumento da ecogenicidade global, tendo realizado TC seguida de RM abdominal para melhor esclarecimento que revelou dismorfia hepática sugestiva de cirrose com um padrão de fibrose de aspecto macronodular, confluyente no lobo direito; sem alterações vasculares e sem esplenomegalia ou ascite. Referia consumo de chás de ervanária não especificados, mas apenas após início do quadro, sem consumo de outros tóxicos e sem viagens recentes para além da vinda para Portugal. Realizado estudo etiológico alargado, incluindo estudo infeccioso (nomeadamente exclusão de tuberculose e doenças parasitárias), serologias virais, metabolismo do ferro e do cobre, alfa 1-antitripsina, IgG4, sarcoidose e doenças linfoproliferativas cujos resultados foram negativos. Do ponto de vista da auto-imunidade, apresentava hipergamaglobulinémia 1.8 x o limite superior do normal (LSN), com ANA, AMA, ASMA, LKM, anti-SLA/LP, anti-LC1 e anti-Ro52 negativos. Apresentava apenas anticorpo p-ANCA (PR3) positivo. Decidido realizar biópsia hepática que revelou hepatite de interface ligeira, infiltrado inflamatório linfoplasmocítico e fibrose septal/cirrose. Atendendo aos achados histológicos sugestivos de hepatite auto-imune (HAI), foram aplicados o *score* diagnóstico simplificado (SDS) e os critérios originais revistos (RDC) para o diagnóstico de HAI, apenas estes últimos sugerindo o diagnóstico definitivo de HAI (5 vs 16 pontos). Iniciou corticoterapia, seguida de azatioprina, apresentando após 7 semanas de terapêutica normalização da bilirrubina e descidas das transaminases para $<2 \times$ LSN. **Conclusão:** A hepatite auto-imune (HAI) é uma

doença rara, complexa e heterogênea, cujo diagnóstico e manejo terapêutico continua a ser um importante desafio clínico. O diagnóstico de HAI seronegativa em doentes jovens pode ser particularmente difícil, podendo o SDS ser insuficiente para a sua identificação, levando ao atraso no diagnóstico.

PO 29

PANCREATITE DA GOTEIRA: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Marco Pereira¹; Diana Ramos¹; Inês Pestana¹;
Ana Caldeira¹; António Banhudo¹
¹Hospital Amato Lusitano

A pancreatite da goteira (PG) é uma forma sub-diagnosticada de pancreatite crónica que envolve o espaço entre a cabeça do pâncreas, duodeno e via biliar principal (VBP). Pode ser dividida na forma “pura”, envolvendo exclusivamente a goteira pancreatoduodenal e a forma “segmentar” em que existe extensão medial com envolvimento cefalopancreático. Afeta sobretudo homens entre os 40-50 anos, estando associada a consumo alcoólico abusivo e história de tabagismo.

Apresentamos o caso de um indivíduo do sexo masculino, 51 anos, que recorreu ao serviço de urgência com queixas de dor abdominal, náuseas e vômitos com 1 semana de evolução e agravamento há 2 dias. Sem antecedentes pessoais de relevo, confirmou hábitos alcoólicos moderados e tabagismo excessivo (60UMA). O estudo analítico demonstrou amilase 1469 U/L, lipase 1859 U/L, bilirrubina total de 2.61 mg/dL, transaminases, cálcio e triglicéridos normais. A tomografia computadorizada revelou dilatação da VBP até 10 mm e do Wirsung até 6mm, com globosidade e heterogeneidade da cabeça do pâncreas, com presença de imagens quísticas e espessamento parietal da 2ª porção duodenal e densificação peripancreática em relação com provável pancreatite. Foi assumido um quadro de pancreatite aguda alcoólica.

A ecografia abdominal excluiu litíase. Seguiu-se uma ecoendoscopia que evidenciou as referidas formações quísticas, a maior com cerca de 23 mm, bem como uma dilatação máxima da VBP até 10mm com afilamento em bico de lápis na sua porção terminal.

O restante estudo revelou IgG4 e CEA normais e um CA 19.9 71.8 U/mL.

Realizou-se uma ressonância magnética abdominal que corroborou todos os achados previamente descritos, o que associado à história clínica e achados laboratoriais conduziu a um diagnóstico de pancreatite da goteira.

O diagnóstico de PG, sobretudo na sua forma segmentar, é desafiante, uma vez que o envolvimento da goteira pode estar obscurecido por um aumento da cabeça do pâncreas, sendo o principal diagnóstico diferencial desta entidade o de adenocarcinoma da cabeça do pâncreas. Contudo, achados de espessamento parietal do duodeno, a presença de quistos na parede duodenal ou na goteira e a ausência de afilamento abrupto do VBP são fortemente sugestivos de PG.

PO 30

SE OUVES CASCOS PENSA EM CAVALOS NÃO EM ZEBRAS: HÉRNIA UMBILICAL ESTRANGULADA NUM DOENTE CIRRÓTICO

Caroline Soares¹; Ana Catarina Carvalho¹;
Sofia Ventura¹; Cláudio Rodrigues¹;
Ângela Domingues¹; Paula Ministro¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A abordagem de um doente cirrótico é desafiadora uma vez que a progressão da doença se associa a complicações graves. As mais comuns são a hemorragia de varizes gastroesofágicas, encefalopatia hepática e ascite. No entanto, e dada a complexidade destes doentes, devemos estar alerta para outras complicações menos comuns.

Em seguida, descrevemos um caso de hérnia umbilical estrangulada, num doente com

doença hepática crônica.

Descrição do caso: Doente, 56 anos, admitido no serviço de urgência por alteração do estado de consciência (Escala de coma de glasgow 9). Segundo a esposa, doente menos reativo e obstipado desde há cerca de 5 dias. À admissão no serviço de urgência doente hemodinamicamente estável e apirético. Ao exame objetivo de salientar palidez cutânea e abdome globoso, com hérnia umbilical volumosa com características necrohemorrágicas. Nistagmo horizontal bidirecional presente. Trata-se de um doente com antecedentes de doença hepática crônica alcoólica, CHILD B (7 pontos) e MELD-Na 9, em abstinência há 2 anos, seguido em consulta de pré transplante hepático.

Assumida encefalopatia hepática, tipo C, grau 3, episódica, provavelmente precipitada por hérnia umbilical complicada. Foi pedida colaboração da Cirurgia Geral.

Durante a permanência no SU doente apresentou vômito abundante com aspeto em borra de café e agravamento hemodinâmico com hipotensão e taquicardia. Colocada sonda nasogástrica com drenagem de 2 litros de conteúdo de estase e posteriormente com saída de conteúdo fecaloide. O doente foi transferido para a sala de emergência. Inicado protocolo de ressuscitação hemodinâmica e realizada ecografia abdominal à cabeceira do doente com imagem de hérnia umbilical estrangulada, com isquemia de ansas. Encaminhado para laparotomia de emergência tendo-se confirmado o diagnóstico e realizada enterectomia segmentar e ileostomia terminal.

Conclusão: Nos doentes com ascite a formação de hérnias umbilicais é comum devido ao aumento da pressão intra-abdominal. Apesar de incomum, após o tratamento da ascite estas hérnias podem encarcerar e estrangular.

O *timinig* ideal para reparação cirúrgica não é consensual, devendo os médicos estar atentos para esta complicação que apesar de rara pode ser fatal.

PO 31

DOENÇA DO DIAFRAGMA DO INTESTINO DELGADO IDIOPÁTICA: UM CASO CLÍNICO DESAFIANTE

Tatiana Pacheco¹; Luísa Barros¹; Joana Pinto¹; Ana Patrícia Andrade²; Joanne Lopes²; Fátima Carneiro²; Jorge Silva¹

¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa; ²Centro Hospitalar de S. João, EPE

A doença do diafragma do intestino delgado é uma condição clínica rara e de difícil diagnóstico, que se caracteriza pela existência de múltiplas estenoses intestinais semelhantes a diafragmas. Na maioria dos casos, é descrita como uma forma de enteropatia induzida por anti-inflamatórios não esteróides (AINE's).

Os autores descrevem o caso de um homem de 23 anos, referenciado a consulta de Gastroenterologia após internamento por anemia ferropénica grave. O doente não tem antecedentes patológicos de relevo e não cumpre medicação crónica. Apresentava clínica de dor tipo cólica na fossa ilíaca direita e hipogastro ocasional e raros episódios de vômito com 10 meses de evolução.

Do estudo efetuado no internamento destacase a ausência de elevação dos marcadores inflamatórios sistémicos e fecais, serologias para doença celíaca negativas e ileocolonosopia e endoscopia digestiva alta com biópsias duodenais sem alterações. Uma vez que o estudo inicial não permitiu estabelecer o diagnóstico, realizou enteroRMN em ambulatório que revelou alterações ileais e jejunais inespecíficas. Foi avaliado por cápsula endoscópica, tendo sido identificada uma estenose jejunal com ulceração superficial, com retenção da cápsula a esse nível. Posteriormente, o doente foi submetido a enterectomia segmentar por laparotomia, com ressecção do segmento com a estenose e remoção da cápsula. No procedimento cirúrgico, foram identificadas à palpação mais três lesões es-

tenosantes, a 50cm da válvula ileocecal, sem evidência de espessamento da parede intestinal ou anomalias do mesentério e, portanto, não sugestivas de Doença de Crohn. Perante os achados encontrados na histologia da peça cirúrgica considerou-se a possibilidade de Doença do Diafragma.

Foi solicitado estudo complementar com enteroscopia por duplo balão, tendo sido realizadas biópsias de área de subestenose ileal semelhante a diafragma a cerca de 50 cm da válvula ileocecal, não transponível pelo enteroscópio. A histologia foi inespecífica. O doente encontra-se assintomático, sem necessidade de suplementação com ferro e com marcadores inflamatórios persistentemente negativos, decidindo-se manter apenas vigilância pela especialidade.

O caso destaca a dificuldade no diagnóstico da Doença Diafragmática do Intestino Delgado, que pode ser facilmente confundida e tratada como outra patologia causadora de estenoses do delgado. Apesar de descrita na literatura a sua associação ao uso crônico de AINE's, esta patologia pode ocorrer na ausência de consumo destes fármacos.

PO 32

HEMORRAGIA MACIÇA PÓS-CPRE – “STENT IT AND STOP IT”

Diogo Bernardo Moura¹; Nuno Nunes¹;
Carolina Chálim Rebelo¹; Francisca Côte-Real¹;
Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹;
Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹;
Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹;
Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Doente do sexo masculino, 65 anos, admitido para realização de CPRE por coledocolitíase. Durante o procedimento foi colocada prótese plástica no colédoco por remoção incompleta de cálculos. Dois meses depois, foi repetida CPRE que revelou dilatação da via biliar principal com possível cálculo impactado.

Para extração do mesmo foi feita dilatação da papila com balão até 15 mm, complicada por hemorragia arterial de alto débito da via biliar principal. Tentativa de hemostase com balão de dilatação sem sucesso. Colocação de prótese metálica totalmente coberta (30 Fr x 6 cm) com paragem da hemorragia. Sem evidência de recidiva hemorrágica. O doente teve alta 48 horas após o procedimento. Apresentamos um caso de uma complicação pouco comum de uma técnica frequente, resolvida com sucesso durante o procedimento.

PO 33

ESTENOSE PILÓRICA BENIGNA REFRACTÁRIA – DOIS CASOS, UMA SOLUÇÃO POR APOSIÇÃO

Diogo Bernardo Moura¹; Nuno Nunes¹;
Carolina Chálim Rebelo¹; Francisca Côte-Real¹;
Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹;
Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹;
Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹;
Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Doente do sexo masculino, 19 anos, submetido a rafia de úlcera benigna do *Piloro* na sequência de hemorragia digestiva alta refratária à terapêutica endoscópica. Seis meses depois, devido a estenose pós-cirúrgica sem resposta à terapêutica convencional, foi colocada prótese metálica de aposição luminal gastroduodenal 10 por 15 mm (Axios, Boston), seguida de dilatação com balão até 15 mm.

Doente do sexo feminino, 62 anos, com antecedentes de úlcera pilórica benigna com 10 anos de evolução, complicada com estenose, submetida a terapêutica médica e várias sessões de dilatação com balão, com perda de eficácia no último ano. Colocada prótese de aposição luminal gastroduodenal 10 por 15 mm (Axios, Boston).

Em ambos os casos não se verificaram intercorrências e apresentaram tolerância alimentar mantida desde o procedimento.

As opções tradicionais para o tratamento da estenose pilórica benigna consistem maioritariamente na dilatação por balão e na terapêutica cirúrgica. As próteses metálicas cobertas convencionais apresentam elevado risco de migração. A prótese de aposição luminal, pela sua forma bitacicular, é ideal para o tratamento de estenoses curtas, com reduzido risco de migração.

PO 34

METÁSTASES HEPÁTICAS OU ABCESSOS? – UMA COMPLICAÇÃO RARA DA PANCREATITE CRÔNICA

Diogo Bernardo Moura¹; Carolina Chálim Rebelo¹; Francisca Côrte-Real¹; Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹; Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹; Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹; Nuno Nunes¹; Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Doente do sexo masculino, 56 anos, com diagnóstico de pancreatite crónica associada ao álcool desde há cinco anos, em abstinência mantida, com tabagismo ativo (40 UMA). Internamento em fevereiro de 2020 por agudização de pancreatite crónica com volumoso pseudoquisto, drenado endoscopicamente com prótese de aposição luminal que foi removida após um mês. Em julho de 2020, com oclusão intestinal e quadro séptico, foi submetido a intervenção cirúrgica com lise de bridas e drenagem de abscesso paraesplênico. Apresentou quadro arrastado de perda de peso progressiva e saciedade precoce, com hiperglicemia (300 mg/dl) por descompensação de diabetes mellitus e elevação de parâmetros inflamatórios. A RM abdominal colocou a hipótese diagnóstica de abcessos hepáticos (vs metástases?). O doente foi internado para vigilância e realização de anti-bioterapia endovenosa de largo espectro com piperacilina-tazobactam. Realizou ecoendoscopia com punção de uma das lesões, que

evidenciou exsudado granulocitário e foi negativa para células neoplásicas. Verificou-se melhoria progressiva com diminuição das dimensões das lesões, recuperação de peso e tolerância alimentar.

Os abcessos hepáticos são uma complicação pouco frequente da pancreatite crónica e na maioria dos casos relacionam-se com a ocorrência de algum processo infeccioso intraabdominal. A imunossupressão associada a diabetes mellitus descompensada parece favorecer o seu desenvolvimento. Os autores apresentam o caso pela sua raridade e pelo difícil diagnóstico diferencial com a metástase hepática difusa.

PO 35

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA DIVERTICULAR – QUANDO NEM TODOS OS DIVERTÍCULOS SÃO IGUAIS

Diogo Bernardo Moura¹; Carolina Chálim Rebelo¹; Francisca Côrte-Real¹; Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹; Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹; Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹; Nuno Nunes¹; Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Apesar de a hemorragia diverticular ser a causa mais frequente de hemorragia digestiva baixa (cerca de 30% dos casos), a identificação endoscópica do divertículo sangrante raramente é possível. Apresentamos dois casos de hemorragia digestiva diverticular com hemostase endoscópica eficaz.

Doente do sexo masculino, 83 anos, sob antiagregação plaquetária com aspirina por doença arterial coronária. Recorre ao serviço de urgência por hematoquécia de sangue vivo com repercussão hemodinâmica. Realizou angioTC de urgência, com identificação de divertículo da sigmoideia de paredes espessadas com blush de contraste endoluminal compatível com hemorragia ativa. Após preparação intestinal acelerada foi realizada

colonoscopia. Identificou-se divertículo com coágulo fresco aderente que se removeu, com observação de hemorragia pulsátil em toalha no centro do divertículo. Realizada injeção com adrenalina seguida de jugulação do divertículo com dois *clips* metálicos, com paragem da hemorragia.

Doente do sexo masculino, 78 anos, com antecedentes de neoplasia da próstata submetida a radioterapia. Realizou colonoscopia por episódios recorrentes de hematoquécia com o diagnóstico de diverticulose e proctite rádica. Admitido posteriormente para terapêutica com árgon plasma de proctite rádica, tendo sido observado sangue escuro em abundante quantidade e um divertículo com coágulo fresco, com hemorragia de baixo débito após lavagem. Aplicados dois *clips*, com hemostase eficaz.

A terapêutica endoscópica da hemorragia diverticular com *clips* metálicos tem como objetivo encerrar o divertículo e comprometer a sua vascularização. A laqueação elástica do divertículo é uma alternativa terapêutica, no entanto, com maior risco de complicações. Os dois casos apresentados foram tratados com eficácia técnica e clínica, sem complicações.

PO 36

DUCTO PANCREÁTICO DESCONECTADO E CPRE – QUANDO FALHAR NÃO É OPÇÃO

Diogo Bernardo Moura¹; Nuno Nunes¹;
Carolina Chálim Rebelo¹; Francisca Côrte-Real¹;
Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹;
Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹;
Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹;
Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A síndrome do ducto pancreático desconectado é definida como a falta de continuidade anatômica do Wirsung de tal modo que parte do tecido pancreático fica isolada do trato gastrointestinal. As causas mais frequentes são a pancreatite aguda recorrente e o tra-

matismo abdominal. A terapêutica endoscópica permanece um desafio.

Doente do sexo masculino, 47 anos, com internamento recente por pancreatite aguda ligeira de etiologia não esclarecida, recorre ao serviço de urgência por quadro clínico e laboratorial sugestiva de pancreatite aguda recorrente. A TC abdominal revelou um pseudoquisto peripancreático com 34 x 19 mm, trombose da confluência esplenomesaraica e ramo direito da veia porta. Internado no serviço de Gastrenterologia, iniciou terapêutica anticoagulante com enoxaparina. Duas semanas após, realizou ressonância magnética, que revelou aumento dimensional do pseudoquisto e comunicação com o canal pancreático. Foi efetuada CPRE com identificação de fuga de contraste ao nível do corpo, tendo sido assumido o diagnóstico de síndrome do ducto pancreático desconectado. Colocada prótese plástica (5 Fr, 7 cm), com restituição do ducto, tendo-se verificado evolução clínica favorável. A prótese foi removida quatro semanas após o procedimento. Não se verificaram complicações pancreáticas nos três anos subsequentes.

A CPRE com colocação de prótese plástica no ducto pancreático é uma opção terapêutica endoscópica que constitui um desafio pela sua dificuldade técnica. A CPRE é considerada o método de diagnóstico *gold standard* mas deve ser realizada apenas com intenção terapêutica por ser um procedimento invasivo com risco de sobreinfecção.

PO 37

DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA NO CEGO – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Diogo Bernardo Moura¹; Nuno Nunes¹;
Carolina Chálim Rebelo¹; Francisca Côrte-Real¹;
Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹;
Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹;
Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹;
Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A disseção endoscópica da submucosa (DSM) tem emergido como técnica de exérese de lesões do cólon na Ásia e também em centros europeus. O seu desenvolvimento tem permitido a excisão de um maior número de lesões em diferentes segmentos do cólon, nomeadamente no cego, apesar da dificuldade técnica da sua execução.

Procedeu-se a uma avaliação retrospectiva dos casos de disseção da submucosa no cego realizados entre janeiro de 2018 e dezembro de 2021 efetuados, no nosso serviço.

Foram analisados 19 casos propostos para DSM no cego, com uma média de idades de 66 ± 12 anos; 10 eram do sexo feminino. As lesões observadas tinham em média $25,5 \pm 6,7$ mm de maior diâmetro. Classificação JNET 2A em 12 destas lesões e JNET 2B em sete. A duração média dos procedimentos foi de 107 ± 39 minutos. Em dois casos a DSM não foi possível, um por dificuldade na elevação da submucosa (histologia: adenocarcinoma in situ Tis) e outro por infiltração profunda da submucosa (adenocarcinoma intestinal T1), posteriormente referenciados para cirurgia. Em um caso foi necessário recorrer a técnica híbrida com finalização do procedimento por mucosectomia, por dificuldade de acesso à lesão. A avaliação anatomopatológica revelou 12 adenomas tubulares com displasia de baixo grau (DBG), dois adenocarcinoma in situ Tis, um adenoma serreado com DBG, um tumor de células granulares e um caso de folículos linfóides reativos. Foi realizada ressecção em

bloco com margens livres (R0) em todos os casos removidos por disseção da submucosa (16/16), exceto no caso terminado por técnica híbrida. Observaram-se duas complicações com resolução endoscópica durante o procedimento: um caso de perfuração e um de hemorragia. Verificou-se um caso de perfuração tardia por isquemia do cólon transverso, distal à escara de disseção, com resolução cirúrgica, com rafia, e alta ao fim de dez dias.

A DSM é um método eficaz e seguro na ressecção curativa de pólipos do cólon, requerendo experiência e capacidade técnica para a sua concretização. A progressiva consolidação da técnica a nível local permite a excisão endoscópica por DSM de um número crescente de lesões do cólon e em locais de maior dificuldade.

PO 38

DISSEÇÃO DA SUBMUCOSA DO CÓLON – UM MÉTODO SEGURO E EFICAZ – E O TEMPO TAMBÉM CONTA?

Diogo Bernardo Moura¹; Nuno Nunes¹;
Carolina Chálim Rebelo¹; Francisca Côrte-Real¹;
Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹;
Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹;
Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹;
Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Doente do sexo feminino, 76 anos. Em colonoscopia, na sigmoideia, foi identificada atrás de prega um pólipo séssil (Paris 0-Is), com 35 mm, JNET 2A. Foi proposto para disseção da submucosa. Realizada injeção da submucosa com solução de indigo de carmim e adrenalina. Incisão da mucosa com faca *dual-knife*, seguida de disseção da submucosa com corrente *swift coagulation*. A lesão foi removida em bloco. O procedimento foi realizado em 15 minutos.

A histologia da peça revelou adenoma com displasia de baixo grau, margens de ressecção horizontais e verticais livres.

A disseção da submucosa do cólon é um mé-

todo seguro e eficaz. Quando se verifica uma boa acessibilidade à lesão, com estabilidade do endoscópio sem formação de ansa, pode também ser de rápida execução, equiparável à mucosectomia em piecemeal, com a vantagem de obter uma peça única e diminuir o risco de recidiva local.

PO 39

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CÉLULAS GIGANTES TIPO OSTEOCLASTO

Sofia Ventura¹; Ana Catarina Carvalho¹; Cláudio Rodrigues¹; Ângela Domingues¹; Juliana Pinho¹; Diana Martins¹; Eugénia Cancela¹; Américo Silva¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: Os carcinomas indiferenciados com células gigantes de tipo osteoclasto (CICGTO) extra-esqueléticos do tubo digestivo são muito raros, com apenas alguns casos reportados na literatura de lesões pancreáticas, ampulares e duodenais. Os achados clínicos e a abordagem terapêutica representam um desafio nesta patologia.

Descrição do caso: Apresentamos o caso clínico de um doente do sexo masculino, com 82 anos de idade que recorreu ao serviço de urgência por quadro de melenas com 3 dias de evolução.

Ao exame endoscópico realizado em contexto de urgência observava-se lesão ulcerovegetante, hemicircunferencial, com envolvimento do vértice bulbar e que se estendia até D2 médio, condicionando redução do calibre luminal mas transponível com endoscópio *standard*. Foi realizada tomografia axial computadorizada abdominal, que descrevia volumosa formação tumoral, medindo pelo menos 9,5 x 6,2 cm, ocupando essencialmente a segunda porção do duodeno, estendendo-se até à terceira. Esta lesão apresentava sobretudo componente endoluminal, sendo os contornos do

duodeno bem definidos e sem densificação da gordura adjacente, bem como ausência de atingimento de outros órgãos. As biopsias obtidas por endoscopia revelaram tratar-se de carcinoma indiferenciado com células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasto.

A terapêutica inicial foi de suporte transfusional, e este caso foi abordado em equipa multidisciplinar constituída por cirurgia geral, gastroenterologia e oncologia. Dadas as comorbilidades e estado geral do doente, foi proposto para *best supportive care*.

Conclusão: O CICGTO duodenal é uma causa extremamente rara de hemorragia digestiva alta, com apenas dois relatos na literatura até à data, e nenhum caso reportado em Portugal. Apresentamos este caso para alertar para uma causa muito rara de hemorragia digestiva alta.

PO 40

SARCOMA DE KAPOSI COM ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL: UMA MANIFESTAÇÃO SILENCIOSA

João A. Cunha Neves¹; Patrícia Queirós¹; Helena Tavares de Sousa¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: O Sarcoma de Kaposi é uma neoplasia associada à infeção por VIH, com menor incidência e severidade desde o surgimento da terapêutica antirretroviral (TARV).

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 48 anos, MSM, com antecedentes de sífilis, sem história conhecida de infeção por VIH. Admitido na consulta de Medicina Interna para estudo de lesões violáceas na face, perna e antebraço esquerdos. Referia astenia, anorexia e perda ponderal involuntária e negava quaisquer sintomas gastrointestinais. A biopsia das lesões cutâneas diagnosticou Sarcoma de Kaposi. Neste contexto realizou teste rápido VIH que se revelou positivo. Analiticamente apresentava Hb: 11.3g/dL, carga viral VIH: 281.517 cópias/mL (log 5.45), ratio

CD4+/CD8+: 0.1 (CD4+: 83cel/μL; CD8+: 854cel/μL). Na Endoscopia Digestiva Alta objetivou-se mucosa esofágica recoberta de placas brancas, compatíveis com candidíase esofágica; em D2 e D3, observaram-se 4 lesões polipóides sésseis, infiltrativas e vermelhas, de 2-5 cm. No exame proctológico identificou-se uma lesão perianal violácea, com cerca de 15mm, sugestiva de lesão de Kaposi. Na Colonoscopia Total, no reto distal, observaram-se múltiplas lesões maculopapulares planas e polipóides nodulares, avermelhadas e confluentes, de 8 - 15 mm. A histologia das lesões endoscópicas foi compatível com Sarcoma de Kaposi (CD34+ e HHV8+). Em reavaliação endoscópica, 9 meses após ter iniciado quimioterapia sistémica com doxorubicina lipossomal combinada com TARV, verificou-se regressão completa das lesões do trato gastrointestinal.

Conclusão: O Sarcoma de Kaposi é a manifestação inicial em até 30 % dos casos de SIDA. O trato gastrointestinal é o 3º órgão mais afetado, com uma taxa de sobrevivência a 6 meses de 40 %. O envolvimento gastrointestinal é frequentemente assintomático, com achados endoscópicos variados e pouco caracterizados na literatura. Este caso clínico reforça a importância do estudo endoscópico como importante ferramenta diagnóstica do envolvimento visceral, sendo este aspeto fundamental na tomada de decisão terapêutica.

PO 41

ESTUDO DO INTESTINO DELGADO POR ENTEROSCOPIA ESPIRAL MOTORIZADA – A EXPERIÊNCIA INICIAL EM PORTUGAL

Isabel Tarrío¹; Marta Moreira¹; Alda Andrade¹; Tarcísio Araújo¹; Luís Lopes¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A enteroscopia possibilita a colheita de biópsias e a realização de procedimentos terapêuticos a nível do intestino

delgado, ultrapassando as limitações da videocápsula endoscópica (VCE). Recentemente, a enteroscopia espiral motorizada (EEM) apresentou-se como uma alternativa segura e eficaz à enteroscopia por balão, com a vantagem de encurtar a duração do procedimento. **Objetivos:** Objetivou-se descrever a eficácia, duração e segurança das EEM realizadas no nosso hospital.

Métodos: Analisaram-se retrospectivamente os doentes submetidos a EEM no nosso hospital, entre Dezembro/2020 e Junho/2022. O *outcome* primário foi o “sucesso clínico” (detecção/exclusão de lesão-alvo ou realização de procedimento terapêutico). Os *outcomes* secundários incluíram o “sucesso técnico” (introdução do enteroscópio para além do ligamento de Treitz na EEM por via anterógrada e inserção através da válvula ileocecal na EEM por via retrógrada), duração do procedimento e eventos adversos.

Resultados: Treze doentes [8/13 (61.5 %) do sexo masculino; mediana de idade 68 anos (mínimo 21-máximo 81)] foram submetidos a EEM, maioritariamente por via anterógrada [(11/13 (84.6%)). Na maioria dos casos [(12/13 (92.3%))] a EEM foi precedida por VCE: em 7 doentes (53.8%) a realização de VCE não permitiu o esclarecimento da etiologia (por achados inespecíficos ou ausência de achados), pelo que a EEM foi realizada com finalidade diagnóstica, nomeadamente para investigação de anemia ferropénica (n = 5) e de diarreia crónica (n = 2). Em 5 doentes (38.5%), a indicação para EEM foi o tratamento de angiectasias previamente visualizadas através de VCE. Um doente realizou EEM para esclarecimento de espessamento visível em TC abdominal. O sucesso técnico foi de 92.3% (12/13) - a EEM sem sucesso, por via retrógrada, deveu-se a estenose intransponível da válvula ileocecal. O sucesso clínico foi de 58.3 % (7/12): em 3 das enteroscopias

sem sucesso não foram identificadas as angiectasias previamente visualizadas em VCE e nas restantes 2, apesar de atingida a porção média do íleon, não foram observadas as lesões ileais identificadas na VCE (erosões e lesão nodular). Em 2 doentes realizou-se eficazmente a fotocoagulação com árgon-plasma de angiectasias (num doente localizadas a nível do jejuno proximal e médio e noutro a nível do íleon proximal). A duração mediana do procedimento foi de 60.0 minutos (tempo mediano de inserção: 40.0 minutos). Não foram reportados eventos adversos *major*: três doentes (23.1%) apresentaram lacerações superficiais do esófago.

Conclusão: Nesta primeira amostra de doentes em Portugal, a EEM revelou-se eficaz e segura para o estudo e intervenção no intestino delgado, apresentando uma duração significativamente inferior comparativamente à reportada na literatura para a enteroscopia por balão.

PO 44

LITOTRÍCIA ELETROHIDRÁULICA POR COLANGIOSCOPIA: A CHAVE PARA A RESOLUÇÃO DE COLEDOCOLÍTIASE

Francisca Côrte-Real¹; Nuno Nunes¹;
Carolina Chálim Rebelo¹; Diogo Bernardo Moura¹;
Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹;
Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹;
Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹;
Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹
¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é uma técnica desafiante, onde a canulação biliar e a remoção de cálculos de grandes dimensões e impactados pode ser difícil.

Apresentamos um caso de uma doente do sexo feminino, de 26 anos, com antecedentes pessoais de cólica biliar de repetição, desde há cinco anos, submetida a colecistectomia subtotal laparoscópica por colecistite aguda

litiásica seis meses antes. Recorreu ao serviço de Urgência por episódio de dor no hipocôndrio direito, com irradiação para a região dorsal ipsilateral, associada a náuseas, prurido e colúria. Ao exame objetivo, o abdómen encontrava-se mole, depressível, indolor, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente, sem aumento dos parâmetros inflamatórios, com citocolestase e hiperbilirrubinémia, com predomínio da direta. A ecografia abdominal mostrou dilatação da via biliar principal (VBP), atingindo 10mm de calibre máximo (no terço proximal), associada a ectasia das vias biliares intra-hepáticas direitas e esquerdas. Não foi possível a visualização da parte distal da VBP.

A ecoendoscopia alta confirmou a presença de coledocolitíase. Realizou CPRE com esfínterectomia, com evidência de cálculo impactado na VBP, não sendo possível a sua extração pelos métodos habituais. Foi colocada prótese plástica duplo pigtail e reprogramada nova CPRE para realização de litotricia eletrohidráulica.

Por *SpyGlass*, no terço médio da VBP, visualizou-se o cálculo impactado a nível da via biliar principal média. Efetuou litotricia eletrohidráulica dirigida, com polifragmentação do cálculo, que permitiu a sua extração na totalidade, sem complicações.

A litotricia eletrohidráulica por colangioscopia é um procedimento seguro e eficaz no tratamento de coledocolitíase difícil, que permite a resolução de alguns casos refratários às terapêuticas habituais. Apresenta-se a iconografia em vídeo.

PO 45

UMA CAUSA AUTO-IMUNE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Isabel Tarrío¹; Marta Moreira¹; Alda Andrade¹; Tarcísio Araújo¹; Luís Lopes¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

O pênfigo vulgar (PV) é uma doença auto-imune rara, caracterizada pela presença de autoanticorpos anti-desmogleína 1 e 3 dos desmossomas, e que clinicamente se manifesta, na maioria dos casos, pela formação de bolhas flácidas da mucosa jugal e/ou da pele, cuja rotura conduz à formação de erosões ou ulcerações dolorosas. O atingimento esofágico é raro e predominantemente assintomático, mas pode cursar com disfagia, odinofagia, ou, raramente, hemorragia digestiva alta.

Descreve-se o caso de uma mulher de 57 anos com antecedentes de PV com atingimento exclusivo da mucosa jugal, dislipidemia, osteoporose, perturbação depressiva e fibromialgia. Cronicamente medicada com Prednisolona (10mg), esomaprazol (20 mg/dia), cálcio+vitamina D, sinvastatina, nebivolol, duloxetine e nicergolina. Recorreu ao serviço de urgência por pirose e odinofagia para sólidos, com 48 horas de evolução e início súbito após a refeição. Após o início destes sintomas, tinha apresentado tosse, seguida de dois episódios de hematemesa em quantidade residual. Negava ingestão de cáusticos ou anti-inflamatórios não-esteróides. Apresentava-se apirética, hemodinamicamente estável e sem alterações ao exame físico (incluindo lesões penfigóides orais/cutâneas) ou no estudo analítico. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) onde, após entubação e insuflação, se observou um destacamento de toda a mucosa esofágica – esofagite dissecante superficial – seguido de hemorragia "em toalha" de baixo débito, auto-limitada. Realizaram-se biópsias, cuja histopatologia

revelou a presença de “acantólise e descolamento intra-epidérmico e supra-basal”, sendo compatível com PV esofágico. Foi admitida em internamento, em pausa alimentar, sob pantoprazole endovenoso (80 mg/dia) e metilprednisolona endovenosa (40 mg/dia). Evoluiu favoravelmente, com resolução precoce da sintomatologia, sem surgimento de outras manifestações de PV ou evidência de sobreinfecção. Iniciou dieta de forma progressiva e após alteração para corticoterapia oral, teve alta após 12 dias. Em consulta dermatologia, 2 semanas após a alta, mantinha-se assintomática e decidiu-se iniciar Rituximab, em associação com corticoterapia, como terapêutica de manutenção.

O PV com atingimento esofágico é uma entidade subdiagnosticada, sendo a realização de EDA essencial nos doentes com PV e sintomatologia sugestiva, nomeadamente disfagia, odinofagia, pirose súbita ou hematemeses. O diagnóstico precoce de PV esofágico é fundamental para evitar complicações e para a seleção da terapêutica de manutenção adequada, o que tem repercussão no prognóstico dos doentes.

PO 46

ANÁLISE DE CUSTO-EFICÁCIA DA UTILIZAÇÃO DO ENDOSCÓPIO DE USO ÚNICO NA CPRE EM IMUNOCOMPETENTES

Isabel Tarrío¹; Marta Moreira¹; Alda Andrade¹; Tarcísio Araújo¹; Jorge Canena²; Luís Lopes¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia ²Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Os recentes surtos de microorganismos multirresistentes associados a duodenoscópios colocaram a hipótese de que exista uma subestimação do risco infeccioso associado à realização de Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE). O reprocessamento do duodenoscópio, mesmo quando realizado corretamente, cumpre

apenas no limiar as recomendações dos fabricantes para o processo de descontaminação. Para colmatar este problema, foi recentemente desenvolvido um duodenoscópio de uso único (EXALT Model D), que apresenta um desempenho e resultados comparáveis aos duodenoscópios convencionais reutilizáveis.

Objetivo: Objetivou-se estimar a relação custo-eficácia da utilização de duodenoscópios de uso único, em doentes imunocompetentes.

Métodos: Realizou-se uma análise de custo-eficácia, utilizando um modelo de árvore de decisão comparando o duodenoscópio de uso único com o duodenoscópio convencional, na realização de CPRE, em doentes imunocompetentes. As infeções e doenças graves prevenidas foram utilizadas como medidas de eficácia. O *outcome* primário foi o ratio de custo-efetividade incremental (ICER) entre a utilização do duodenoscópio de uso único e o convencional. Os custos foram calculados na perspetiva do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Resultados: Para uma população imunocompetente, o duodenoscópio convencional foi o menos dispendioso (104,2€ por CPRE). O duodenoscópio de uso único foi mais dispendioso (3.000€ por CPRE), mas produziu o menor número de infeções/doença grave (0.000 infeção e doença grave incrementais). O ICER para infeções no duodenoscópio de uso único foi de 100.201€. As análises de sensibilidade probabilística demonstraram que o duodenoscópio convencional é mais custo-eficaz comparativamente ao de uso único numa ampla variação de taxas de infeção e de *willingness-to-pay*.

Conclusão: Os duodenoscópios de uso único reduzem infeções e doenças graves em imunocompetentes, no entanto, não são custo-eficazes para o SNS português, a um custo de 3.000€ por duodenoscópio. Para ser custo-eficaz, o preço por unidade deverá ser de 971.2€.

PO 47

SOBREVIDA E DIETA ORAL APÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESES ENTÉRICAS EM NEOPLASIAS GÁSTRICAS AVANÇADAS

Isabel Tarrio¹; Marta Moreira¹; Alda Andrade¹; Tarcísio Araújo¹; Luís Lopes¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

A neoplasia gástrica é a quinta com maior incidência e a terceira com maior mortalidade em Portugal. A obstrução do segmento antro-duodenal (OSAD) é uma complicação frequente em doentes com neoplasias gástricas localmente avançadas, podendo a sua palição ser realizada por cirurgia ou pela colocação endoscópica de próteses metálicas autoexpansíveis.

Objetivou-se avaliar a eficácia clínica a longo prazo das próteses entéricas na palição de doentes com OSAD secundária a neoplasia gástrica.

Realizou-se um estudo de coorte retrospectivo, unicêntrico, englobando doentes com OSAD por neoplasia gástrica localmente avançada, submetidos a colocação endoscópica de prótese entérica, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2020. Determinaram-se como *outcomes* primários: (1) sucesso técnico ("colocação da prótese no local da estenose com posterior confirmação, por fluoroscopia, da passagem de contraste para o duodeno"), (2) sucesso clínico [melhoria na capacidade de ingestão oral 48 horas após o procedimento, avaliada pelo *Gastric Outlet Obstruction Scoring System* (GOOSS)], (3) sobrevida e (4) patência da prótese. Como *outcomes* secundários definiram-se: (a) complicações e (b) necessidade de reintervenção. Utilizaram-se regressões de risco proporcional de Cox e curvas de Kaplan-Meier para avaliar os fatores preditores da patência da prótese e a sobrevida, respetivamente.

Resultados: Foram colocadas próteses entéri-

casos em 93 doentes [52.7 % (n = 49) mulheres; média de idades: 76 anos (mínimo 44 – máximo 94)], maioritariamente com neoplasias em estadios IV (n = 62; 66.7%), sendo os vômitos a manifestação da OSAD em 73.5 % dos doentes (n = 70). O sucesso técnico foi de 100 % e o sucesso clínico foi de 97.8 % (91/93). A sobrevivência mediana foi de 102 dias (2-1044 dias). Não se observaram complicações graves ou mortalidade associadas ao procedimento: 4 doentes (4.3%) apresentaram complicações: 3 (3.1%) apresentaram hemorragia gastro-intestinal auto-limitada (sem necessidade de intervenção) e num doente (1.2%) verificou-se migração da prótese (resolvida com colocação endoscópica de segunda prótese). Quinze doentes (16.1%) apresentaram obstrução da prótese por (sobre)crescimento tumoral (n = 5; 16.1%), não tendo sido detetados fatores preditivos da patência da prótese. A maioria dos doentes (n = 76; 81.7%) não necessitou de intervenções endoscópicas adicionais e 95.7% (n = 89) mantiveram capacidade de dieta oral até à morte, sem necessidade de cirurgia derivativa.

A colocação endoscópica de próteses entéricas revelou-se uma técnica eficaz e segura na palição da OSAD por neoplasias gástricas localmente avançadas, permitindo a manutenção de dieta oral até à morte na maioria dos doentes, sem necessidade de intervenções adicionais.

PO 48

DEVEM AS RECOMENDAÇÕES EUROPEIAS NA HEPATITE OCULTA POR VHB SEREM ATUALIZADAS?

Carla Marina Mendes Chaves de Campos Oliveira¹; Cristina Fonseca¹; Alexandra Rosu¹; Jorge Fonseca¹
¹Hospital Garcia de Orta

Introdução: Nas orientações de 2017 sobre o manejo da infeção por Vírus da Hepatite B (VHB), a Associação Europeia para o Estudo do Fígado (EASL) fez recomendações para os

doentes com Hepatite oculta B submetidos a terapia biológica, imunossuppressores ou transplante renal. Nestes casos, a EASL só indica profilaxia antiviral para evitar a reativação nos doentes em que o risco de reativação é considerado elevado.

Descrição: Os autores descrevem três casos de doentes com Hepatite Oculta B. Todos tinham AgHbs -, AchHbc +, AchHBs - e carga do VHB indetetável e efetuaram tratamento específico associado a risco moderado de reativação do VHB. Em todos houve reativação do VHB definida pelo reaparecimento da carga viral e do AgHbS, associada a elevação das provas hepáticas.

Homem de 71 anos, com artrite psoriática de longa data, que 12 meses após terapêutica biológica com Infiximab, desenvolveu hepatite aguda B.

Mulher de 64 anos, submetida a transplante renal que desenvolveu hepatite aguda B 3 anos após transplante.

Homem de 60 anos, submetido a transplante renal, tendo feito uma administração de Rituximab por rejeição renal aguda. Desenvolveu hepatite aguda B, 36 meses após a administração.

Os três doentes evoluíram favoravelmente após terapêutica com Entecavir.

Segundo a EASL, nos doentes com Hepatite oculta B a profilaxia da reativação do VHB só está recomendada para os doentes com neoplasias do foro hematológico tratados com citostáticos e Rituximab e para os doentes que efectuem transplante de medula tratados com Rituximab.

Nos doentes tratados com biológicos ou submetidos a transplante renal recomenda-se a monitorização apertada da carga do VHB, do AgHbs e das transaminases. A EASL é omissa sobre a necessidade de profilaxia quando o Rituximab é usado para tratar a rejeição renal aguda.

Conclusão: Os casos apresentados fundamentam a opinião de que a EASL deveria recomendar a profilaxia antiviral para casos selecionados de doentes com risco moderado de reativação do VHB.

PO 49

PÓLIPOS MALIGNOS COLORRECTAIS (PMS) – A INFORMAÇÃO QUE TEMOS APÓS O DIAGNÓSTICO SERÁ SUFICIENTE?

Cláudio Rodrigues¹; Paula Sousa¹; Ana Carvalho¹; Sofia Ventura¹; Ângela Domingues¹; Francisco Pires¹; Diana Martins¹; Juliana Pinho¹; Ricardo Cardoso¹; Ricardo Araújo¹; Eugénia Cancela¹; Paula Ministro¹; Américo Silva¹
¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: Um dilema é evidente após o diagnóstico de PMs: será necessária cirurgia ou terá sido a polipectomia suficiente?

Objetivo: Avaliar no nosso centro a gestão global dos doentes diagnosticados com um PM, o nível de informação histológica disponibilizada e os *outcomes* oncológicos.

Métodos: Estudo retrospectivo; usada coorte de pacientes referenciados a reunião multidisciplinar após ressecção endoscópica de PM entre 2015-2021; colhidas as características clínicas, endoscópicas e histopatológicas; considerado pólipó maligno de alto risco se presente(s) ≥ 1 fator(es) de alto risco (FAR): ressecção fragmentada (*piecemeal*); profundidade de invasão >1 mm (Haggitt 4 se tumores pediculados; Kikuchi 2/3 se tumores não-pediculados); invasão linfovascular; budding tumoral; baixa diferenciação; margens de ressecção positivas/não avaliáveis.

Resultados: Incluídos 72 pacientes, 65% do sexo masculino ($n=47$) e idade mediana de 69 (34-90) anos. Tamanho médio das lesões: 20 mm (8-60), a maioria na sigmóide 61,1% ($n=44$), e morfologia polipóide predominante (84,7%). Ressecção *piecemeal* em 27,8% ($n=20$); profundidade de invasão > 1 mm em

30,6% ($n=22$) e não quantificada em 58,3% ($n=42$); margem vertical positiva, indeterminada ou < 1 mm em 62,5% ($n=45$); invasão linfática em 6,9% ($n=5$) e não relatada em 16,7% ($n=12$); invasão vascular em 2,8% ($n=2$) e não relatada em 12,5% ($n=9$); baixa diferenciação em 2,8% ($n=2$) e grau não especificado em 11,1% ($n=8$); budding tumoral em 23,6% ($n=37$) e não relatado em 66,7% ($n=48$); nenhum caso com Haggitt 4; Kikuchi 2/3 em 9,7% ($n=7$).

75% ($n=54$) dos pacientes apresentavam ≥ 1 FAR. Mediana de seguimento de ~ 26 meses (6-52).

A cirurgia com dissecação de gânglios linfáticos (GL) foi proposta a 38 pacientes, mas 3 recusaram (laparoscópica em 26; 2 deiscências anastomóticas após sigmoidectomia, 1 após cirurgia aberta e outro após laparoscópica). Proposto 1 doente para quimiorradioterapia (comorbilidades proibitivas), com posterior “*watchful waiting*”, encontrando-se sem sinais de doença.

Um total de 36 (50%) pacientes foram mantidos em vigilância.

Nos operados ($n=35$), encontrada lesão residual ganglionar em 3 (8,6%) mas não foi encontrada doença residual na parede intestinal. 2 doentes em vigilância apresentaram metástases à distância: uma recorrência (recto, *piecemeal*) com metástases hepáticas e pulmonares, e outro doente faleceu com metástases hepáticas (recto, *piecemeal*). Ocorreram 4 mortes por outras causas.

Conclusão: Encontrados GL metastáticos em 8,6%, um valor de acordo com a literatura (7,0-13,0%). Os doentes operados não tinham doença invasiva residual na peça, pelo que não obtiveram benefício adicional. Variáveis como budding tumoral e profundidade de invasão da submucosa estão entre as menos relatadas na prática clínica do “mundo real”. Assim, destacamos a importância de relató-

rios histológicos completos para uma melhor estratificação de risco.

PO 50

ATÉ À ÚLTIMA GOTA: DRENAGEM ENDOSCÓPICA DE ABCESSO PÓS PANCREATECTOMIA EM DOENTE EM CHOQUE SÉPTICO

Francisca Côrte-Real¹; Ana Catarina Rego¹; Diogo Bernardo Moura¹; Carolina Chálim Rebelo¹; Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹; Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹; José Renato Pereira¹; Nuno Nunes¹; Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

As fístulas e coleções pancreáticas são das principais causas de morbimortalidade após pancreatectomia. Apresentamos um doente do sexo masculino, de 75 anos de idade, submetido a pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia, por tumor neuroendócrino do pâncreas. A cirurgia foi complicada por hemorragia do parênquima pancreático.

Seis semanas depois da cirurgia, recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal e febre. Ao exame objetivo, encontrava-se hemodinamicamente estável, temperatura timpânica de 38,3°C. Analiticamente, com leucocitose e neutrofilia, trombocitose e colestase (fosfatase alcalina 355 U/L, GGT 296 U/L), sem hiperbilirrubinemia ou hiperamilasemia, e elevação de PCR (25,6 mg/dL).

A tomografia computadorizada abdominopélvica revelou uma coleção de 8,4x6,3cm, com bolhas gasosas no seu interior, na loca de pancreatectomia, adjacente ao coto pancreático, sugerindo também uma possível fístula. A coleção encontrava-se contígua à parede gástrica, provocando espessamento parietal gástrico, provavelmente reativo.

Iniciou, empiricamente, piperacilina/tazobactam, após colheita de hemoculturas. Evoluiu para choque séptico, com repercussão multiorgânica. Foi ampliado espectro de antibio-

terapia para vancomicina e meropenem e decidida drenagem de abcesso. Tendo em conta a difícil acessibilidade por abordagem percutânea, foi submetido a drenagem endoscópica transgástrica urgente, com colocação de prótese metálica de aposição luminal (Hot AXIOSTM) com drenagem de abundante quantidade de pus. Assistiu-se a melhoria clínica imediata e resolução do choque séptico, acompanhada por descida dos parâmetros inflamatórios. Numa abordagem em *step-up*, uma semana após a drenagem, foi realizada necrosectomia direta. Passada uma semana, num terceiro procedimento, concluiu-se a necrosectomia, e removeu-se a prótese metálica de aposição luminal (Hot AXIOSTM).

Entre 30% a 40% dos doentes podem desenvolver uma fístula pancreática, condicionando a formação de coleção, após pancreatectomia distal. Neste caso, a drenagem endoscópica foi determinante para a resolução do choque séptico e permitiu evitar uma reintervenção cirúrgica.

PO 51

RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE MICROPERFURAÇÃO APÓS DISSECÇÃO DA SUBMUCOSA DE LESÃO DO CEGO

Francisca Côrte-Real¹; Nuno Nunes¹; Diogo Bernardo Moura¹; Carolina Chálim Rebelo¹; Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹; Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹; Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹; Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A dissecção da submucosa é uma técnica associada a maior risco de hemorragia e perfuração, quando comparada com a mucosectomia. Apresentamos um caso de microperfuração durante a realização de dissecção da submucosa de lesão do cego, resolvida endoscopicamente.

Doente do sexo feminino, de 65 anos de idade, proposta a dissecção da submucosa de lesão

Paris 0-IIa, *laterally spreading* tumor do tipo granular homogéneo, JNET 2b, de 40 mm de maior diâmetro, localizada no cego, na face oposta à válvula íleo-cecal, sobre uma prega, sem envolvimento do orifício do apêndice. Sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação anticoagulante ou antiagregante. Durante o procedimento, ocorreu perfuração, de, aproximadamente, 2 mm de diâmetro. Foi realizada aspiração de porção do mesocólon, com pânículo adiposo, para o interior do lúmen. Foram aplicados três *clips Resolution 360TM*, de 11mm - *Boston Scientific*, com encerramento completo da perfuração, permitindo a continuação da realização do procedimento. A lesão foi recuperada em bloco. Iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam intraprocedimento. Três dias depois, após progressão da dieta, por dor abdominal espontânea, com empastamento na fossa ilíaca direita, sem dor à descompressão, foi efetuada tomografia computadorizada abdominopélvica, onde se observou pneumoperitoneu, sem coleções ou abscessos intraperitoneais. Permaneceu hemodinamicamente estável e apirética. Assistiu-se a uma evolução clínica favorável, tendo tido alta médica ao sétimo dia de internamento. Atualmente, a taxa de perfuração na dissecação da submucosa é de 5.7%. A utilização de *clips through-the-scope* está indicada no caso de perfurações iatrogénicas < 10mm. A evidência mostra que a maioria das complicações pode ser resolvida intraprocedimento, com aplicação de *clips* e tratamento médico conservador.

PO 52

RENDEZVOUS BILIAR POR COLECISTODUODENOSTOMIA COM PRÓTESE DE APOSIÇÃO LUMINAL

Francisca Côrte-Real¹; Nuno Nunes¹; Carolina Chálim Rebelo¹; Diogo Bernardo Moura¹; Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹; Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹; Ana Catarina Rego¹; José Renato Pereira¹; Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

O *rendezvous* guiado por ecoendoscopia é uma técnica que permite a abordagem da via biliar principal, sempre que a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) não tem sucesso terapêutico.

Apresentamos um doente do sexo feminino, 41 anos de idade, que recorreu ao serviço de Urgência por dor abdominal, localizada aos quadrantes superiores, associada a náuseas e vômitos. Analiticamente, verificou-se citocolestase, com bilirrubina normal. A ecografia abdominal mostrou litíase vesicular e dilatação da via biliar principal. A ecoendoscopia revelou coledocolitíase. Na CPRE, após cinco tentativas de canulação biliar, suspeitou-se de perfuração intraprocedimento (Stapfer tipo II). Para evitar extravasamento biliar, foi realizada drenagem da vesícula biliar guiada por ecoendoscopia, utilizando uma prótese metálica de aposição luminal (Hot AXIOSTM) entre o bulbo duodenal e a vesícula biliar. Após o procedimento, iniciou antibioterapia endovenosa, com evolução favorável.

Num segundo tempo, com recurso a endoscopia sob controlo fluoroscópico, foi introduzido um fio-guia hidrofílico de 0,035 no lúmen da vesícula biliar até atingir o duodeno. O duodenoscópio foi introduzido através do fio-guia com canulação biliar seguida de esfincterotomia. Não foi observada coledocolitíase remanescente. No mesmo procedimento, a prótese foi removida com extrator de prótese biliar e a anastomose foi encerrada com um *clip*

over-the-scope. Após a remoção da prótese, a doente foi proposta para colecistectomia. Neste caso descrevemos uma técnica de *rendezvous* biliar através da vesícula.

PO 53

A IMPORTÂNCIA DA COLANGIOSCOPIA NA CANULAÇÃO SELETIVA DO DUCTO HEPÁTICO ESQUERDO

Francisca Côrte-Real¹; Ana Catarina Rego¹;
Diogo Bernardo Moura¹; Carolina Chálim Rebelo¹;
Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹;
Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹;
José Renato Pereira¹; Nuno Nunes¹; Nuno Paz¹;
Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A colangioscopia peroral é utilizada no diagnóstico e terapêutica das vias biliares, sendo um método eficaz na coledocolitíase difícil, nas estenoses hilares indeterminadas, na vigilância e tratamento das estenoses pós-transplante, no estadiamento e tratamento ablativo do colangiocarcinoma, na avaliação de estenoses na colangite esclerosante primária e na colocação de fio-guia em estenoses complicadas.

Doente do sexo masculino, de 82 anos de idade, que recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal e icterícia. Encontrava-se hemodinamicamente estável e apirético, icterico, com dor no hipocôndrio direito. Apresenta antecedentes pessoais de um episódio de pancreatite edematosa grave e lesão quística da cabeça do pâncreas. Analiticamente, com leucocitose e neutrofilia, PCR 22.5 mg/dL, citocolestase 5 vezes o limite superior da normalidade e hiperbilirrubinémia total 7.56mg/dL, com predomínio da direta (6.67mg/dL). A ecografia abdominal identificou lesão sólida e hipoecoica com contornos irregulares da cabeça do pâncreas, com via biliar principal (VBP) com cerca de 8mm e múltiplos nódulos hepáticos, sugestivos de depósitos secundários. Iniciou piperacilina/tazobactam e foi in-

ternado por colangite aguda moderada (classificação de Tokyo II) por obstrução maligna da via biliar por neoplasia do pâncreas.

No primeiro dia de internamento, evoluiu para choque séptico. Foi realizada colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), que observou estenose terminal da VBP, que se encontrava irregular, com múltiplos entalhes e estenoses até ao hilo. Foi realizada esfinterotomia, com drenagem de bilis de estase e pus, e colocação de duas próteses metálicas não cobertas, na VBP e ducto hepático direito.

Por persistência de colangite aguda grave, 24h depois, realizou ecografia abdominal, que mostrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas (VBIH) esquerdas, pelo que se decidiu realização de nova CPRE para drenagem do ducto hepático esquerdo. Na CPRE, verificou-se drenagem adequada do ducto hepático direito, com as próteses previamente colocadas e bem posicionadas, e estenose a nível do ducto hepático esquerdo, a nível hilar, com dilatação da VBIH esquerda, decidindo-se canulação seletiva do ducto hepático esquerdo. Após múltiplas tentativas, utilizando-se esfincterótomo e oclusão do ducto hepático direito com balão, verificou-se passagem persistente do fio-guia para o ducto hepático direito.

Foi conseguida canulação biliar seletiva do ducto hepático esquerdo, com apoio de *Spy-Glass*[®], que permitiu a orientação, passagem do fio guia e colocação de prótese metálica não coberta, 6cm 30Fr, através dos orifícios da prótese biliar metálica não coberta, previamente colocada.

Assistiu-se a uma evolução clínica e analítica favorável, com resolução do quadro de colangite. No entanto, veio a falecer por evolução da sua patologia neoplásica. Apresenta-se iconografia em vídeo.

PO 54 Retirado

PO 56

HEPATITE AGUDA TÓXICA? QUANDO NEM TUDO O QUE PARECE É.

Inês Costa Santos¹; Cristiana Sequeira¹;
Sara Lopes¹; Cláudio Martins¹; Rita Sousa²;
Ana Carvalho¹; Matilde Gonçalves¹;
Ana Paula Oliveira¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo ²Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa (INSA)

Introdução: A etiologia tóxica deve ser considerada no diagnóstico diferencial de hepatite aguda, sendo importante a relação temporal entre as alterações analíticas e a exposição ao fármaco. Todavia, o seu diagnóstico será sempre de exclusão.

Descrição do caso: Homem de 71 anos, com história de Doença de Crohn (A2L2B1p), sob Infliximab, e Mieloma Múltiplo, submetido a quimioterapia em 2011, atualmente em vigilância, admitido no nosso hospital por dor abdominal, náuseas e colúria desde há 3 dias, com início 1 dia após última toma de Infliximab. Negava introdução recente de fármacos, chás ou produtos de ervanária, consumo significativo de álcool ou contexto epidemiológico sugestivo de zoonoses. À admissão encontrava-se icterico, com palpação abdominal indolor. Analiticamente com lesão hepática citocolestática de novo (AST 1285 U/L, ALT 2566 U/L, FA 326 U/L, GGT 668 U/L, BilT 6 e BilD 4,3 mg/dL), PCR 2,4 mg/dL, INR 1.2, Albumina 2,9 g/dL. A ecografia abdominal revelou fígado com ecoestrutura difusamente heterogénea, sem lesões focais, colelitíase, coledocolitíase ou ascite.

Em internamento, registou-se marcada melhora da citocolestase hepática, embora inicialmente com aumento transitório da BilT até 18,6mg/dL. Do restante estudo, de referir pesquisa de agentes hepatotrópicos realizada em meio hospitalar negativa; estudo metabólico negativo; doseamento parcelar com aumento IgG e IgA, com IgG4 normal,

e autoimunidade com ANA >1:640. A TC abdomino-pélvica documentou apenas realce heterogéneo hepático na fase arterial, mais homogéneo na fase venosa, enquadrável em alterações inflamatórias agudas.

Foi colocada a hipótese diagnóstica de hepatite autoimune (HAI) ou lesão HAI-like induzida pelo Infliximab (RUCAM score 6). Procedeu-se a biópsia hepática que mostrou lesão hepatocelular aguda com colestase, sugerindo etiologia tóxica, em possível relação com Infliximab. Dada exposição a este fármaco há 4 anos, este diagnóstico não foi assumido como definitivo.

Surpreendentemente, as análises enviadas para laboratório externo revelaram carga viral positiva para VHE, com IgM positivo e IgG negativo, compatível com hepatite E aguda. Dada a evolução favorável, sem insuficiência hepática aguda associada, o doente teve alta, apresentando normalização da bioquímica hepática e PCR RNA VHE nas fezes negativa após um mês, confirmando cura virológica. Retomou então Infliximab, mantendo enzimologia hepática normal após 1 ano de *follow-up*.

Conclusão: Apresenta-se um caso raro de hepatite E aguda em doente imunossuprimido por anti-TNF, com marcha diagnóstica particularmente complexa. Pretende-se alertar para a variabilidade de alterações histológicas associadas à infeção por VHE, podendo mimetizar outras etiologias, bem como para a importância de hepatite aguda tóxica ser sempre um diagnóstico de exclusão, sob pena de privar o doente de fármacos eficazes para as suas patologias associadas.

PO 57

GIST JEJUNAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO NA HEMORRAGIA DIGESTIVA OSCURA

Andreia Guimarães¹; Margarida Gonçalves¹; Tânia Carvalho¹; João Pereira²; Ana Rebelo¹; Ângela Rodrigues¹; Bruno Gonçalves¹; Raquel Gonçalves¹

¹Hospital de Braga; ²Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A hemorragia digestiva obscura corresponde a cerca de 5% de todas as hemorragias digestivas. Deve-se frequentemente a lesões localizadas no intestino delgado, das quais 10 a 20% são neoplasias. Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são raros e podem ocorrer em qualquer localização do trato gastrointestinal, sendo mais frequentes no estômago, seguido do intestino delgado. A incidência de GIST no jejuno é baixa, representando 0,1 a 3% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal. Geralmente são assintomáticos, mas podem manifestar-se com dor abdominal, obstrução mecânica ou hemorragia digestiva.

Caso clínico: Descrevemos o caso de uma doente do sexo feminino, 62 anos, referenciada à consulta de Gastroenterologia em julho 2021 por anemia ferropénica com necessidade de suporte transfusional (Hb 5.9 g/dL). Sem queixas do foro gastrointestinal ou história de perdas hemáticas visíveis. Realizou endoscopia digestiva alta, colonoscopia total e tomografia computadorizada (TC) com contraste endovenoso abdominal que não evidenciaram alterações. Apresentou boa resposta à suplementação com ferro oral, com normalização dos valores de hemoglobina e da cinética do ferro. Por recorrência da anemia em outubro 2021 (Hb 6.5 g/dL), novamente sem perdas hemáticas identificadas, realizou enteroscopia por cápsula que se revelou normal. Foi então solicitada enterografia por TC que demonstrou a presença de uma lesão sólida, de 26 x 24 mm de maior eixo, de contorno

polilobulado e localização exofítica na dependência de ansa jejunal, fortemente vascularizada, com intenso realce arterial. Realizou posteriormente enteroscopia espiral motorizada por via anterógrada que evidenciou uma lesão de aspeto subepitelial com área central umbilicada com cerca de 20mm, que foi biopsada e cuja histologia revelou neoplasia de células fusiformes, sem atipia, figuras mitóticas ou áreas de necrose significativas. A imunohistoquímica mostrou expressão positiva de CD117, DOG1 e CD34, compatíveis com diagnóstico de GIST. A doente foi submetida a enterectomia segmentar que decorreu sem intercorrências, com a histologia da peça cirúrgica a revelar um GIST pT2, de baixo índice mitótico.

Conclusão: Os GISTs do jejuno são uma causa rara de hemorragia digestiva e o seu diagnóstico constitui um desafio, dado a sua baixa incidência, apresentação clínica e radiológica heterogénea e inacessibilidade por exames endoscópicos convencionais. Em casos de hemorragia digestiva obscura persistente deve manter-se um alto nível de suspeição, devendo ser considerado este diagnóstico.

PO 58

ISQUÉMIA MESENTÉRICA CRÓNICA AGUDIZADA – VERDADEIRO DESAFIO DIAGNÓSTICO

Luís Miguel Relvas¹; Sara Duarte¹; Pedro Campelo¹; Sónia Barros¹; Isabel Malta¹; Marta Eusébio¹; Francisco Velasco¹; Paulo Caldeira¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A isquemia mesentérica crónica agudizada não é incomum e muitos doentes com um quadro agudo de isquemia mesentérica têm história prévia de sintomas sugestivos de isquemia crónica.

Descrição do caso: Mulher de 61 anos, ex-fumadora, hipertensa, com antecedentes de nefrectomia aos 3 anos, com múltiplas idas a hospital privado por quadro de desconfor-

to abdominal difuso, com náuseas e vômitos esporádicos. Negava alterações do trânsito intestinal. Paralelamente apresentava história de perda ponderal de 13kg em 4 meses. Realizou endoscopia digestiva alta sem alterações e colonoscopia que revelou estenose luminal aos 40 cm não franqueável.

Nesse contexto, apresentou-se no serviço de urgência do nosso hospital e foi internada para estudo, tendo realizado tomografia (TC) abdominal no qual se observava deficiente preenchimento da emergência da artéria mesentérica superior (AMS). Optou-se por prosseguir para angiografia por tomografia computadorizada que mostrou ateromatose calcificada da aorta abdominal, estenose sub-oclusiva da emergência do tronco celíaca e oclusão da emergência da artéria mesentérica superior com repermeabilização 1.5 cm após a emergência. O realce parietal intestinal estava mantido.

Perante os achados, e não havendo especialidade de Cirurgia Vasculuar no nosso centro, a doente foi encaminhada para observação por Cirurgia Vasculuar em centro de referência. Por tratar-se de quadro de isquemia mesentérica crónica (IMC), foi instituído terapêutica antiagregante e agendada revascularização a posteriori. Dois dias após avaliação, a doente inicia quadro de dor excruciante, não tolerando ingesta. Objetivamente, o abdómen era difusamente doloroso à palpação, com defesa e dor à descompressão. Analiticamente apresentava leucocitose e PCR elevada. Repete TC que demonstra espessamento de ansas. Foi assumido agudização de IMC, tendo sido encaminhada para revascularização urgente. Durante o procedimento, ocorreu embolização para AMS distal, com necessidade de ser submetida a laparotomia exploradora, onde foi constatado isquemia extensa e irreversível do intestino delgado não compatível com a vida. Foi optado por medidas de conforto.

Conclusão: O caso apresentado refere-se a uma doente com fatores de risco cardiovascular, cuja apresentação clínica foi insidiosa e evoluiu para um compromisso instalado da viabilidade intestinal. O relato deste caso pretende consciencializar para a importância do diagnóstico precoce e tratamento imediato com revascularização intestinal de forma a evitar a necrose intestinal.

PO 59

MELANOMA ANORRECTAL, O SIMULADOR

Luís Miguel Relvas¹; Pedro Campelo¹; Sónia Barros¹; Isabel Malta¹; Tânia Gago¹; Marta Eusébio¹; Francisco Velasco¹; Paulo Caldeira¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: O melanoma anorretal é um tumor maligno raro com a possibilidade de simular uma doença anorretal benigna, tornando o seu diagnóstico difícil. Descrevemos um caso de melanoma anorretal, no qual a interpretação de sintomatologia como doença hemorroidária atrasou o diagnóstico e adequada intervenção.

Descrição do caso: Homem de 65 anos, com antecedentes de doença hemorroidária, desde há 4 meses com história de proctalgia intensa, prolapso de massa (que atribuía a hemorroidas) e retorragias após esforços defecatórios. Há um mês começou a apresentar agravamento da dor (interrompia o sono) e perda ponderal importante (aproximadamente 8 Kg).

Ao exame proctológico, apresentava a margem do ânus com pequenas lesões nodulares endurecidas com espessamento da área cutânea circundante. Ao toque retal, palpava-se massa pétreia no canal anal/recto baixo. Procedeu-se a sigmoidoscopia, na qual se identificou lesão neoformativa de aspeto necrótico. Realizou tomografia computadorizada pélvica que confirmou lesão no reto baixo/canal anal com várias adenopatias locais no mesorrecto e lesões perineais múltipla, com

predomínio na região internadegueira esquerda de provável natureza secundária.

A histopatologia das biópsias confirmou um melanoma maligno, com estudo imuno-histoquímico positivo para os marcadores Melan A, HMB-45 e Proteína S-100, sem mutação BRAF.

O restante estudo de estadiamento demonstrou metastização hepática.

Após discussão do caso em reunião multidisciplinar, perante doença metastática, o doente foi proposto para tratamento com pembrolizumab. Encontra-se atualmente a realizar tratamento.

Conclusão: O melanoma anorretal é um tumor maligno e muito agressivo. Os sinais e sintomas, podem assemelhar-se a outras doenças anorretais, tais como: proctalgia, retorragia, alterações do trânsito intestinal, tenesmo ou surgimento de massa tumoral. Existem situações, em virtude do crescimento da massa, onde ocorre o prolapso durante o ato defecatório. Dado a esta semelhança e à raridade do tumor, o diagnóstico pode ser dificultado. No caso apresentando, o doente considerou a sua sintomatologia como a sua doença hemorroidária, o que atrasou o diagnóstico e a intervenção atempada. A base do tratamento consiste no diagnóstico o mais precoce possível e na avaliação da disseminação metastática. Não há um consenso na literatura sobre o tratamento cirúrgico, e os tratamentos neoadjuvantes e adjuvantes têm benefícios limitados e nem sempre aumentam a sobrevida do doente.

PO 60

PANCREATITE AGUDA COMPLICADA: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DE SUCESSO

Sonia Barros¹; Pedro Campelo¹; Luís Relvas¹;
Isabel Malta¹; Catarina Cunha¹; Marta Eusébio¹;
Ana Vaz¹; Bruno Peixe¹; Paulo Caldeira¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Doente de 46 anos, sem antecedentes pessoais de relevo recorreu ao serviço de Urgência (SU) por dor abdominal intensa no flanco esquerdo com 3 dias de evolução com irradiação em barra, acompanhada de vômitos. Negou febre ou alteração do trânsito intestinal. Destacava-se hábitos alcoólicos marcados até há cerca de 2 anos. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação nos quadrantes superiores abdominais. Analiticamente destacava-se leucocitose, AST 71 UI/L, ALT 57 UI/L, amilase 344 U/L, lípase 1156 U/L, bilirrubina total 1.7 mg/dl, PCR 9 mg/L. A ecografia abdominal revelou hiperecogenicidade do pâncreas e irregularidade do Wirsung. Optou-se por internamento tendo-se admitido quadro de Pancreatite Aguda. Por agravamento clínico realizou TC de abdómen que revelou coleção quística pancreática a nível da vertente anterior da cauda pancreática, estendendo-se à vertente posterior da grande curvatura gástrica, medindo 75 x 69 x 88 mm. Evidenciava parede individualizável. Presença de esplenomegalia, com aparente ausência de realce da quase totalidade do parênquima bem como alguma perda de definição da artéria esplénica ao nível da cauda pancreática. Posteriormente, por presença de febre e elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR máxima 328 mg/dl) optou-se por instituir antibioterapia com meropenem que cumpriu durante 8 dias tendo havido uma notória melhoria clínica e laboratorial tendo o doente tido alta aos 14 dias. Três semanas após realizou TC de controlo que mostrou em topografia da loca esplénica coleção com densidades aéreas associadas, subdiafragmática, medindo aproximadamente cerca de 11,6 x 6,3 cm, bem como uma segunda coleção adjacente à cauda pancreática em relação com pseudoquisto com paredes espessadas. O pâncreas apresentava espessamento na região caudal e o estômago apresentava-se distendido e de paredes espessadas.

Optou-se por novo internamento, onde foi submetido a Endoscopia digestiva alta. Nesta observou-se, ao nível do fundo gástrico, volumosa solução de continuidade com saída de conteúdo necrótico. A ecoendoscopia realizada posteriormente mostrou ao nível do fundo gástrico fistulização da *walled off necrosis* associado a necrose esplénica secundária a trombose arterial. Por ausência de melhoria clínica e analítica e após discussão do caso em reunião multidisciplinar optou-se tratamento cirúrgico. Procedeu-se a necrosectomia trans-gástrica por via laparoscópica com apoio intraoperatório de EDA para insuflação gástrica e posicionamento dos trocares intra-gástricos. O doente teve alta ao fim de 22 dias após término de antibioterapia sem dor abdominal e a tolerar dieta per os. TC de controlo com melhoria franca.

Este caso retrata um caso de pancreatite aguda complicada com processo de *walled off necrosis* fistulizado para o estômago que foi gerido com sucesso através de uma abordagem multidisciplinar entre a equipa de cirurgia e gastroenterologia.

PO 61 Retirado

PO 62

GASTRITE FLEIMONOSA: UM RARO E POSSÍVEL FATAL DIAGNÓSTICO

Sonia Barros¹; Pedro Campelo¹; Luís Relvas¹; Isabel Malta¹; Catarina Cunha¹; Ana Vaz¹; Bruno Peixe¹; Paulo Caldeira¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Trata-se de uma paciente de 38 anos com antecedentes de mamoplastia de aumento há cerca de 11 anos e asma brônquica, sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de Urgência (SU) por epigastralgia com 1 semana de evolução, para a qual foi medicada com Inibidor da Bomba de Protões (IBP) 2x/dia, sem alívio. Recorreu 3 dias depois novamente ao SU, por manter epigastralgia associado

a febre (temperatura máxima de 39°C), sem outras queixas. O estudo analítico revelou leucocitose com neutrofilia e PCR de 17,24 mg/L (valor de referência 30 mg/L). A tomografia computadorizada (TC) realizada revelou espessamento da parede gástrica na região antro-pilórica. Na sua espessura identificaram-se dois abscessos, o maior com 39 x 24 mm. Com base na clínica e alterações imagiológicas a hipótese diagnóstica de Gastrite Fleimonosa (GF) com abscessos murais foi colocada. Para complementar estes achados realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA) onde se observou abaulamento da parede posterior do antro com região apical hiperemiada mas que não condicionava estenose. O rastreio séptico (hemoculturas e urocultura) revelou-se negativo. Cumpriu ciclo de antibioterapia empírico com Piperacilina/Tazobactam 4.5g 8/8h com evolução clínica e analítica favoráveis.

Ainda durante o internamento realizou novo TC abdominal e Ecoendoscopia onde se documentou regressão completa de um dos abscessos e marcada redução das dimensões do abscesso remanescente. Optou-se por prosseguir com antibioterapia oral em ambulatório (Cefalosporina 3^ªG) por resolução somente parcial dos abscessos. À data de alta encontrava-se a tolerar dieta oral sem náuseas ou vômitos, sem dor abdominal, sem febre e sem elevação de parâmetros inflamatórios.

Três meses mais tarde repetiu EDA que revelou no antro distal ao nível da parede posterior/grande curvatura lesão umbilicada com área deprimida e hiperemiada central sendo que as biópsias mostraram somente fragmentos muito superficiais de mucosa gástrica com ligeira inflamação crónica. Ainda neste *timing* a TC de controlo não se observou já nenhuma coleção gástrica definida e resolução quase completa o espessamento descrito previamente no antro gástrico.

A Gastrite fleimonosa aguda (GF) é uma pato-

logia rara e muitas vezes fatal caracterizada por uma infecção bacteriana da parede gástrica. O diagnóstico precoce e o tratamento imediato são fulcrais para o controlo desta patologia. Uma vez diagnosticada, o início de antibioterapia e em caso de falência, a cirurgia deve ser realizada precocemente, dada a rápida progressão desta doença.

PO 63

APRESENTAÇÃO INESPERADA COMO CONSEQUÊNCIA DE PROGRESSÃO DE DOENÇA MALIGNA

Sonia Barros¹; Pedro Campelo¹; Luís Relvas¹; Isabel Malta¹; Ana Vaz¹; Bruno Peixe¹; Paulo Caldeira¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Doente de 53 anos com antecedentes de Carcinoma pavimento celular (CPC) da amígdala direita diagnosticado em 2019 (estadio inicial cT4a N2bM0) sem indicação cirúrgica, realizou ciclo de quimioterapia e radioterapia definitiva até Fevereiro de 2020. Meses mais tarde, em TC de controlo verificou-se a existência de lesão hepática sólida, hipovascular, com contorno irregular, no segmento VI, medindo 54 x 46 x 44 mm igualmente identificada em ressonância magnética hepática suspeita de ser uma lesão secundária que se confirmou mais tarde por biópsia hepática de se tratar de metástase hepática única. O doente realizou dois tratamentos distintos de quimioterapia, contudo não atingiu uma boa resposta à terapêutica tendo o paciente sido submetido no final de 2021 à remoção da metástase através de sub-segmentectomia hepática dos segmentos V/VI, tendo esta decorrido sem intercorrências.

Dois anos mais tarde o paciente apresentou-se no serviço de Urgência por quadro de astenia, dor abdominal e diarreia (cerca de 5 dejeções/dia). À admissão o estudo analítico revelou Hemoglobina 8.6g/dl; leucocitose com neutrofilia; Proteína C reativa de 135 mg/dl. Ficou internado para estudo. Durante o período

de internamento, foi solicitado colaboração de gastroenterologia por quadro de retorragias com necessidade de suporte transfusional. Ao exame físico sem alterações proctológicas que pudessem justificar o quadro pelo que foi decidido realizar colonoscopia. Na colonoscopia ao nível do cego e cólon ascendente observaram-se *clips* cirúrgicos bem como material de sutura, com mucosa envolvente de aspeto violáceo e viloso, ulcerada, achados que se assumiram em relação com antecedentes cirúrgicos descritos. Para melhor esclarecimento, o paciente realizou um TC abdomino-pélvico onde se verificou solução de continuidade da lesão hepática com o lúmen do cólon transversal adjacente ao ângulo hepático em relação com progressão da metastização do CPC localizada na zona de hepatectomia parcial prévia e subsequente perfuração cólica. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar tendo-se optado por estratégia conservadora uma vez que para além do baixo performance status do paciente, a embolização hepática traria risco significativo de causar isquemia hepática e a derivação intestinal não traria benefício. O doente acabou por falecer semanas mais tarde.

Este caso ilustra uma apresentação inesperada da progressão de doença maligna metastizada para o fígado submetida a hepatectomia parcial com conseqüente perfuração cólica.

PO 64

APRESENTAÇÃO ATÍPICA CAUSADA POR UM CORPO ESTRANHO

Sonia Barros¹; Pedro Campelo¹; Luís Relvas¹; Isabel Malta¹; Ana Vaz¹; Paulo Caldeira¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Doente de 56 anos com antecedentes pessoais de Enfarte Agudo do Miocárdio e Diabetes Mellitus tipo 2. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal tipo cólica associado a diarreia (4 dejeções/dia). Negava vômitos ou febre. O estudo analítico revelou elevação da PCR (310 mg/dl), sem

outros achados de relevo. Foi assumido provável quadro de gastroenterite aguda tendo tido alta medicado com cotrimoxazol e probiótico. Houve melhoria progressiva do quadro, contudo 1 mês mais tarde, por recidiva das queixas e por perda ponderal associada realizou, junto do médico assistente, uma tomografia computadorizada (TC) de abdómen que evidenciava aumento das dimensões na zona anterior e inferior da cabeça do pâncreas com pequenas calcificações aspetos sugestivos de uma pancreatite em evolução/ lesão atípica. O estudo analítico não tinha alterações de relevo. As imagens foram discutidas com a equipa de radiologia tendo-se concluído que alterações inflamatórias descritas pareciam estar na dependência de um corpo estranho (possível espinha). Perante este parecer, o paciente repetiu TC de reavaliação 1 mês depois onde se objetivou franca melhoria da massa inflamatória no seio da qual se identificou corpo estranho espontaneamente hiperdenso de morfologia linear, em possível relação com espinha de peixe. A extremidade posterior deste corpo estranho encontrava-se em íntima relação com vasos de grande calibre, nomeadamente artéria ileocólica e a respetiva veia tributária da veia mesentérica superior. Salientava-se ainda a ausência de derrame peritoneal bem como adenomegalias. No momento deste controlo imagiológico o doente permanecia assintomático, sem alterações no estudo analítico, contudo dada a localização desta massa optou-se por referenciar à consulta de Cirurgia Geral de forma a avaliar a necessidade de proceder à remoção do corpo estranho. Optou-se por controlo imagiológico dentro de 6 meses.

Este caso ilustra uma apresentação pouco usual de uma perfuração causada por um corpo estranho e salienta a extrema importância da discussão multidisciplinar quando existem dúvidas de diagnósticos.

PO 65

ESTUDO ENDOSCÓPICO NA ABORDAGEM DA ANEMIA EM DOENTES INTERNADOS: FRIEND OR FOE?

Tania Carvalho¹; Dalila Costa¹;
Margarida Gonçalves¹; Andreia Guimarães¹;
João Pereira¹; Dália Fernandes¹; Raquel Gonçalves¹
¹Hospital de Braga

Introdução: A anemia é um importante problema saúde global. Estima-se que afete quase 25% da população, sendo, aproximadamente, em 50% dos casos ferropénica.

Objetivos: Os autores pretendem avaliar a rentabilidade diagnóstica do Estudo endoscópico na abordagem da Anemia no internamento.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e unicêntrico, que inclui doentes internados que realizaram estudo endoscópico (endoscopia digestiva alta (EDA) e/ou baixa (EDB)) com indicação de anemia, entre Outubro de 2019 e Dezembro de 2020. Foram avaliadas as características da anemia, défice de co-fatores, presença de perdas hemáticas, medicação antiagregante/anticoagulante e os achados endoscópicos. O *outcome* primário foi definido como presença de achado que justificasse a anemia e/ou o seu agravamento.

Resultados: Foram incluídos 111 doentes, 52,3% do sexo masculino, com idade média 74,1 ($\pm 13,8$) anos. A maioria (n=84; 75,7%) realizou EDA e EDB, sob sedação anestésica (n=97; 87,4%), com risco anestésico elevado por doença sistémica grave (ASA 3/4; n=73; 65,8%). A etiologia da anemia foi determinada em 18,9% dos doentes (n=21), predominantemente angiectasias (n=9; 42,9%), neoplasia gastrointestinal (GI) (n=5; 23,8%) e úlceras (n=5; 23,8%). A anemia foi o motivo de internamento em 45,9% dos casos (n=51), porém sem evidência de maior rentabilidade diagnóstica (p= 0,423). Na análise multivariada, o género masculino (OR:3,27; p=0,049) e a toma de antiagregantes (OR:3,40; p= 0,032)

revelaram uma associação significativa com a identificação de uma etiologia GI para a anemia em estudo. O poder preditor do modelo foi 67.5% (AUC=0,67; p=0,013).

Conclusões: Perante o elevado risco anestésico na maioria dos doentes e a baixa rentabilidade diagnóstica do Estudo Endoscópico no internamento, o risco/benefício dos exames deverá ser equacionado. É importante seleccionar os doentes que beneficiam, de acordo com a maior probabilidade de encontrar achados de relevo, e definir o momento mais adequado, dado que os doentes internados têm maior probabilidade de descompensação. Nesta cohort, o género masculino e a toma de antiagregantes revelaram-se fatores preditores de diagnóstico de relevo no estudo endoscópico.

PO 66

BACTERIASCITE POR *STREPTOCOCCUS EQUI* EM DOENTE COM CIRROSE DESCOMPENSADA SOB MICOFENOLATO DE MOFETIL

Tania Carvalho¹; Rita Seara Costa¹; Dalila Costa¹; Margarida Gonçalves¹; Andreia Guimarães¹; João Pereira¹; Dália Fernandes¹; Raquel Gonçalves¹
¹Hospital de Braga

Introdução: O tratamento com imunossuppressores na hepatite auto-imune em fase de cirrose descompensada é controverso, dado a baixa taxa de remissão bioquímica e o aumento do risco infeccioso. A bacteriascrite pode ser uma colonização transitória da ascite ou preceder uma peritonite bacteriana espontânea (PBE), tendo indicação para antibioterapia se sinais de inflamação/infeção sistémica.

Caso clínico: Mulher de 26 anos, com Cirrose hepática descompensada de etiologia auto-imune, medicada com prednisolona 7,5 mg e micofenolato de mofetil (MMF) 1000 mg (com ligeira melhoria da citólise e bilirrubina), em lista de transplante desde há 8 meses. Doente com história recente de PBE por *Streptococcus*

oralis, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal, aumento do perímetro abdominal e febre. Analiticamente apresentava Proteína C Reactiva 127 mg/L, procalcitonina 5 ng/mL e função hepática estável (Bilirrubina total 4,13 mg/dl e INR 1,46). O líquido peritoneal (LP) apresentava 108 células/uL e 3 polimorfonucleares/uL. Sedimento urinário e radiografia do tórax sem alterações. A tomografia computadorizada revelou ascite de pequeno volume, sem outras alterações de novo. A cultura do LP e as hemoculturas de sangue periférico identificaram um *Streptococcus equi* ssp *zooepidemicus*, multissensível. Cumpriu 14 dias de antibioterapia (ceftriaxone 2g/dia 9 dias e amoxicilina 1000 mg 8/8h 5 dias), com resolução da infeção. Durante o internamento, sem clínica ou exames compatíveis com endocardite, meningite ou artrite. Com a colaboração da Infeciologia e da Saúde pública identificou-se a provável fonte de contágio, 2 éguas com as quais a doente tinha contacto.

Conclusão: O tipo e a gravidade de descompensação afetam o prognóstico em doentes com HAI em estadios de cirrose e a decisão de iniciar e manter imunossupressão nestes doentes deve ser individualizada. Alguns doentes irão reverter para um estadio de compensação (especialmente se *borderline* na cirrose descompensada) enquanto que outros irão progredir na doença com necessidade de transplante hepático/evento adverso relacionada com a doença hepática. Em concordância com a Unidade de Transplante, perante o perfil bioquímico decrescente, optou-se por manter imunossupressão, sob vigilância intensiva. Contudo, as complicações infecciosas determinaram a suspensão do MMF e diminuição do corticóide. O *Streptococcus equi* ssp *zooepidemicus* é um agente raro de infeção em humanos e ainda mais raro de peritonite, contudo está associado a bacteriemia e doença grave. Nos doentes

em lista de transplante, principalmente, imunodeprimidos devemos alertar e ter presente os possíveis focos de infecção na comunidade, incluindo zoonoses. A identificação da fonte de contágio é essencial para evitar reinfeção.

PO 67

UMA LESÃO SUBEPITELIAL COM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

Inês Costa Santos¹; Cristiana Sequeira¹;
Sara Lopes¹; Cláudio Martins¹; João Mangualde¹;
Ana Carvalho¹; Matilde Gonçalves¹; Ana Paula Oliveira¹
¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A hemorragia digestiva alta define-se como a que apresenta fonte hemorrágica proximal ao ângulo de Treitz.

Descrição do caso: Os autores relatam o caso de um homem de 63 anos, com antecedentes de doença ulcerosa péptica, trazido ao serviço de Urgência após lipotímia com perda de conhecimento, seguida de hematemese em abundante quantidade. À admissão encontrava-se hipotenso e taquicárdico, com palpação abdominal inocente. Analiticamente com anemia de novo com Hb 10,2g/dL (N/N) e ligeira dissociação ureia/creatinina. Após estabilização hemodinâmica, realizou endoscopia digestiva alta (EDA), que revelou lesão subepitelial com cerca de 25mm na face anterior do corpo alto, com zona central de ulceração, sem hemorragia ativa, mas com presença de sangue digerido na cavidade gástrica. Ficou internado para terapêutica de suporte e continuação do estudo etiológico.

Em internamento, realizou ecoendoscopia, que identificou lesão subepitelial homogénea, hipocogénica e vascularizada, com 35 x 25mm de dimensões, limites bem definidos e aparente origem na muscular própria, tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de tumor do estroma gastrointestinal (GIST). Apresentava aparente plano de clivagem com o lobo hepático esquerdo, não se identifican-

do adenopatias perilesionais ou lesões focais hepáticas. Realizou ainda TC toracoabdominopélvica de estadiamento, sem evidência de metastização, adenopatias ou ascite. Durante o internamento, registou-se um episódio de recidiva hemorrágica, sem instabilidade hemodinâmica associada, mas com queda de Hb até 7,7g/dL, confirmada pela presença de sinais de hemorragia recente em EDA. Após discussão multidisciplinar, assumiu-se provável GIST gástrico localizado, com indicação cirúrgica direta.

O doente foi submetido a ressecção gástrica em cunha por via laparoscópica, com apoio endoscópico intraoperatório, confirmando inclusão completa da lesão subepitelial previamente à ressecção, sem intercorrências intra ou pós-operatórias. A avaliação anatomopatológica confirmou tratar-se de um GIST, bem delimitado, de padrão fusocelular e fasciculado, com restantes achados histológicos a configurar risco de progressão tumoral em baixo e muito baixo, de acordo com as tabelas de estratificação de risco de Fletcher e Miettinen, respetivamente. O doente encontra-se em vigilância em consulta, mantendo-se assintomático aos 3 meses de *follow-up*, a aguardar reavaliação imagiológica.

Conclusão: Os GIST são os tumores mesenquimatosos mais comuns do trato gastrointestinal, surgindo em 60-70% dos casos no estômago. A sua apresentação clínica é variada, podendo em até 40% dos casos manifestar-se com hemorragia aguda. O presente caso pretende destacar uma apresentação incomum de GIST gástrico com hemorragia digestiva alta maciça, bem como a possibilidade de realização de uma ressecção gástrica atípica, com menor morbidade para o doente.

PO 68

PREDIÇÃO DE PROGNÓSTICO NA PANCREATITE AGUDA: QUAL O MELHOR SCORE PARA CADA OUTCOME?

Sara Ramos Lopes¹; Inês Costa Santos¹; Cristiana Sequeira¹; Mariana Coelho¹; Miguel Ferreira²; Élia Gamito¹; Carlos Pereira²; Ana Paula Oliveira¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo ²Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A pancreatite aguda (PA) é uma das principais causas de internamento por doença gastrointestinal. Um dos maiores desafios na abordagem destes doentes é identificar quais irão desenvolver doença grave e alocar os recursos necessários. Existem vários *scores* de prognóstico, sendo que nenhum mostrou ser superior de uma forma consistente nos estudos realizados com doentes de diferentes níveis de cuidados.

Objetivos: Avaliar e comparar diferentes *scores* de prognóstico na previsão da gravidade e mortalidade em doentes com PA admitidos numa unidade de cuidados intermédios e intensivos (UCI).

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo todos os doentes admitidos numa UCI com o diagnóstico de PA entre janeiro 2018 e setembro 2021. Avaliaram-se as características demográficas e dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos à admissão necessários ao cálculo do APACHE II, SOFA, SAPS II, RANSON e BISAP. **Estatística:** *t-test*, *qui-quadrado*, curva ROC, sensibilidade (S) e especificidade (E).

Resultados: Foram incluídos 50 doentes [homens: 54%; idade mediana: 71 anos (AIQ: 50-80)]. A etiologia mais frequente foi a biliar (N=27, 54%). 18 doentes (36%) desenvolveram PA moderada e 22 doentes (44%) PA grave. A mortalidade a 30 dias foi coincidente (24%, N=12). A principal causa de morte foi disfunção multiórgão. 19 doentes (38%) desenvolveram necrose.

A mediana dos valores dos *scores* à admissão

foi superior nos doentes que desenvolveram PA grave e nos doentes que morreram, com significância estatística em ambos os casos para todos os *scores*. O Ranson apenas revelou significado estatístico às 48h, e não à admissão ($p = 0.095$).

Quanto à gravidade, o APACHE II revelou melhor acuidade (*cut off* > 9, AUC = 0,84), com S e E de 95,5% e 60,7%, respetivamente, seguido do Ranson às 48h (*cut off* >5, AUC = 0,83), do SOFA (*cut off* >3, AUC = 0,80), do SAPS II (*cut off* >39, AUC = 0,75) e do BISAP (*cut off* >2, AUC = 0,74).

Quanto à previsão de mortalidade, o Ranson às 48h revelou melhor acuidade (*cut off* > 6, AUC = 0,89), com S de 100% e E de 76,3, respetivamente, seguido do APACHE II (*cut off* > 13, AUC = 0,84), do SAPS II (*cut off* > 40, AUC = 0,83), SOFA (*cut off* > 5, AUC = 0,82) e do BISAP (*cut off* > 2, AUC = 0,69). Considerando *scores* apenas calculados à admissão, o APACHE II foi o que revelou melhor acuidade.

Conclusões: Todos os *scores* mostraram ser eficazes a prever gravidade e mortalidade da PA em doentes admitidos em UCI. O APACHE II foi o que revelou melhor acuidade na previsão da gravidade, já o Ranson às 48h mostrou melhor acuidade na previsão da mortalidade. Ambos os *scores* apresentam limitações - o APACHE II é um *score* complexo, enquanto que o Ranson é um *score* cumulativo.

É ainda de salientar a baixa E dos vários *scores*, o que tendo em conta a baixa prevalência de PA moderada a grave (os doentes habituais de unidades nível 2 e 3) resulta num valor preditivo positivo baixo.

Apesar de serem ferramentas úteis, outros elementos clínicos devem imperar na orientação do doente.

PO 69

UM OLHAR ENGANADOR!

Isabel Malta¹; Pedro Campelo¹; Sónia Barros¹;
Luís Relvas¹; Rita Ornelas¹; Tânia Gago¹;
Paulo Caldeira¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: O diagnóstico etiológico da hepatite aguda e a estratégia terapêutica adequada podem por vezes ser desafiantes. Relatamos o caso de uma jovem com uma apresentação de hepatite com semelhanças de hepatite autoimune e de doença de Wilson.

Descrição do caso: Mulher de 22 anos, raça negra, natural de Angola. Tem antecedentes pessoais relevantes de autismo severo diagnosticado na infância. Recentemente, no contexto de icterícia e dor abdominal e, com base numa avaliação de ceruloplasmina baixa e presença de anéis de Kayser-Fleisher (confirmado por oftalmologia) em doente com difícil interpretação de alterações neurológicas pelo autismo, foi diagnosticada com Doença de Wilson. É proposta para terapêutica com penicilamina, sendo realizada avaliação analítica ambulatorial pré administração da terapêutica. Neste contexto foi levantada a suspeita de hepatite autoimune, devido a gama-globulina 2 vezes o limite superior do normal, ANA e ASMA positivos, para além de uma medição de cobre urinário normal, tendo sido decidido internamento eletivo para estudo etiológico. Do estudo realizado salienta-se padrão predominantemente hepatocelular com transaminases na ordem de 1000, INR 1.7 e anemia hemolítica coombs positiva. Foi realizada RMN cerebral que demonstrou “Hipersinal T1 das regiões palidais a traduzir prováveis alterações de doença hepática crónica” sem outras alterações categóricas sugestivas de Doença de Wilson. Foi feita biópsia hepática que revelou “intensa hepatite aguda, hepatocelular, com aspetos que favorecem a hipótese de etiologia autoimune; contudo, e ainda

que na ausência de depósitos de cobre, não se exclui tratar-se de doença de Wilson com padrão hepatítico”. A quantificação de cobre tecidual veio negativa.

Portanto neste momento, com aspetos a favor de ambas as etiologias, foi decidido pedir novamente colaboração de oftalmologia que revelou que os depósitos previamente considerados anéis de Kayser-Fleisher seriam compatíveis com melanose perilábica considerados normais para a raça negra.

Com esta nova informação, o diagnóstico mais provável revelou ser de Hepatite autoimune, tendo sido iniciada prednisolona com uma recuperação clínica e analítica notável.

Conclusões: Este caso clínico demonstra o desafio clínico para a decisão correta de diagnóstico e terapia num caso de hepatite aguda grave que se assemelha à hepatite autoimune e Doença de Wilson, bem como a interpretação de achados oftalmológicos e a sua importância para o diagnóstico.

PO 70

UM TRATAMENTO INOVADOR DE UM CASO GRAVE DE ESOFAGITE CÁUSTICA

Isabel Malta¹; Pedro Campelo¹; Sónia Barros¹;
Luís Relvas¹; Tânia Gago¹; Paulo Caldeira¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Descrição do caso: Um homem de 65 anos recorre ao serviço de urgência por disfagia e dor retroesternal após ingestão acidental de aproximadamente 50 ml de detergente industrial com pH 13 três dias antes. Foi realizada uma endoscopia digestiva alta que mostrou orofaringe intensamente hiperémica e ulcerações circunferenciais profundas em todo o esófago torácico e acima de 75% no esófago médio-distal, além de exsudados dispersos e membranas esbranquiçadas. Foi feito o diagnóstico de esofagite cáustica com a classificação 2B de Zargar.

O doente foi internado para vigilância e regime de IBP e sucralfato, além de dieta líquida e

alimentos pastosos. Devido à melhoria clínica, o paciente recebeu alta. Após 3 semanas, recorre novamente à urgência por disfagia grave, com intolerância a líquidos. A endoscopia digestiva alta mostrou mucosa esofágica com aspeto perolado, sem progressão além de 28 cm devido a estenose. A dilatação por balão TTS foi realizada sem intercorrências e o paciente tolerou o início da nutrição oral. Após 3 semanas o doente recorre novamente à urgência por queixas semelhantes. A endoscopia revelou estenose aos 28 cm e aos 35cm. Uma vez que a reestenose ocorreu muito precocemente, foi decidido realizar injeção intramucosa de corticosteróides associado à dilatação por balão. Às 7 semanas após procedimento o doente recorre novamente por disfagia. Uma vez que a injeção de corticosteróides prolongou o tempo de reestenose, optamos desta vez por aplicar corticosteróides na formulação de libertação prolongada (*depoŕ*) como forma de atuação local mais prolongada. Desde então, após 18 semanas deste procedimento, não ocorreu reestenose e o doente encontra-se sem queixas.

Conclusão: Este caso clínico demonstra uma esofagite cáustica de alto grau raramente observada e a ocorrência de estenose que é a complicação mais frequente, embora geralmente não tão precocemente. Visto que este paciente teve uma lesão de alto grau com ocorrência precoce de estenose, este poderia beneficiar de uma tentativa de injeção intramucosa de corticosteróides para evitar novas estenoses, que é uma técnica ainda carente de evidências, embora com bons resultados descritos. A injeção de corticóides resultou num aumento do tempo sem estenose comparativamente à dilatação isolada. Adicionalmente a injeção de corticóides de libertação prolongada mostrou, até ao momento, prevenção de reestenose, o que é um resultado bastante promissor.

PO 71

LINFOMA MALT E ADENOCARCINOMA GÁSTRICOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Lopes¹; Inês Costa Santos¹; Cristiana Sequeira¹; Mariana Coelho¹; Ana Carvalho¹; Élia Gamito¹; Ana Paula Oliveira¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: O adenocarcinoma gástrico (ADC) é a neoplasia gástrica mais comum, totalizando cerca de 90% das neoplasias gástricas. Por outro lado, os linfomas primários gástricos representam cerca de 5% dos tumores gástricos. Destes, o tipo histológico mais comum é o linfoma de células B da zona marginal do MALT (*mucosa-associated lymphoid tissue*). A ocorrência de ambas as entidades no mesmo doente é rara, tendo impacto na abordagem e prognóstico do doente.

Caso: Homem, 73 anos, sem antecedentes relevantes. Por anemia ferropénica, realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou mucosa do antro circunferencialmente hiperemiada, edemaciada, com áreas ulceradas e aspeto infiltrativo, prolongando-se pelo corpo baixo ao nível da pequena curvatura, cujas biópsias revelaram intenso infiltrado linfóide com células CD20+, CD3-, CD5-, CD10-, Ciclina D1-, compatíveis com linfoma MALT, e ainda ligeiros *Helicobacter pylori* (Hp). Do estadiamento, salienta-se TC com envolvimento ganglionar supra e infradiafragmático, correspondendo a estadio IV (sistema de estadiamento de Lugano); mielograma com infiltração por células linfóides compatível com Linfoma Não Hodgkin/ Zona Marginal. MALT- IPI *score* 2 (alto risco).

O doente foi encaminhado para consulta de Hematologia Oncológica, tendo realizado eradicação de Hp e quimioterapia com r-bendamustina. Repetiu TC seis meses após o diagnóstico, com redução franca das forma-

ções ganglionares supra e infradiafragmáticas, e EDA, com redução da extensão das alterações endoscópicas previamente documentadas, observando-se ainda, no antro préпилórico, zona elevada, aspeto infiltrativo, friável, com cerca de 20mm, cuja histologia revelou displasia de alto grau com foco de ADC tubular bem diferenciado, tipo intestinal de Lauren.

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar (RMD), tendo sido decidido repetir EDA, que confirmou os aspetos endoscópicos e histológicos previamente descritos, tendo o doente sido proposto para gastrectomia total, não tendo sido possível realizar linfadenectomia dado extenso processo inflamatório a envolver estruturas vasculares.

A histologia da peça operatória revelou linfoma MALT extenso que atingia a extremidade distal da peça e ADC tubular bem diferenciado tipo intestinal de Lauren no antro e junto ao *Piloro*, numa área estimada de 2cm [pT1aN-xMO], fazendo assim o diagnóstico de linfoma MALT e ADC gástrico, na forma de tumores independentes. TC de reavaliação aos 3 meses com remissão da doença a nível ganglionar.

Conclusão: O diagnóstico de linfoma MALT e ADC gástricos no mesmo doente é raro, sendo a distinção macroscópica entre as duas entidades difícil. Destaca-se o caso pela raridade do diagnóstico, sublinhando-se a importância de uma avaliação endoscópica cuidada e da realização de biópsias de qualquer área suspeita. O plano terapêutico deve ser decidido caso a caso em RMD.

PO 72

RUPTURE UNDER THE BRIDGE, WHICH WAY SHOULD I GO?

João Pedro Pereira¹; Mara Barbosa¹; Cátia Leitão¹; José Soares¹; Francisco Baldaque-Silva¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introduction: *Double pylorus is a very rare condition and is defined as a gastrointestinal fistula connecting stomach antrum and duodenal bulb. The frequency varies from 0.001 to 0.4% by upper gastrointestinal tract esophagogastroduodenoscopy (EGD) examination and it is more common in men than women. It may be congenital or acquired. In most cases, double pylorus is a complication of chronic peptic ulcer but can occur secondary to other acquired causes as gastric cancer.*

Case presentation/Discussion: *A 61-year-old man with history of alcohol abuse was admitted to the emergency department with gastrointestinal bleeding (melenas) without hemodynamic instability. Lab tests revealed anemia (hemoglobin 9.2g/dl). Upper endoscopy showed a double-pylorus deformity with a 20 mm ulcer with adherent clot on the way of a antro-bulbar fistula (Fig. 1). Underlying the clot a visible vessel was identified. After epinephrine injection one endoclip was applied with hemostatic success.*

As in this case, most dual pylorus are located on the side of the lesser curvature between the gastric antrum and the superior part of the duodenal bulb. Recurrent ulceration, bleeding and failure of epithelial formation in the fistula duct may occur due to poor epithelization of the fistulous tract which makes the diagnosis of double pylorus essential. This entity has non-specific symptoms such dyspeptic symptoms and its management should focus on factors that inhibit or damage mucosal healing. Therefore, our intervention should be to investigate Helicobacter pylori infection and

avoid NSAIDs, corticosteroids and toxic substances such as alcohol and smoking. In the majority of patients, double pylorus responds well to medical therapy. Surgical approach is indicated for cases with refractory symptoms like recurrent ulcers and recurrent bleeding episodes despite optimal medical therapy.

After 5 days, the patient was discharged under high doses of proton-pump inhibitors. Two months later, follow-up EGD showed that gastric ulcer has healed and persistence of double pylorus. Helicobacter pylori infection was found on histology of gastric biopsies and eradication treatment was prescribed.

Conclusion: *This case describes a case of gastrointestinal bleeding due to two pyloric ostia leading to the duodenum, also known as double pylorus.*

PO 73

NEOPLASIA GÁSTRICA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sara Lopes¹; Inês Costa Santos¹;
Cristiana Sequeira¹; Mariana Coelho¹; Ana Carvalho¹;
João Mangualde¹; Élia Gamito¹; Matilde Gonçalves¹;
Ana Paula Oliveira¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Apresenta-se o caso de uma mulher, 47 anos, referenciada do serviço de Urgência (SU) por quadro de suboclusão intestinal. O quadro teve início após ingestão de contraste oral para realização de TC eletiva de controlo de stents ureterais colocados em internamento recente por piodrose bilateral complicada de choque séptico com necessidade de aminas. Do estudo realizado destaca-se RMN abdominal com fibrose retroperitoneal.

Na consulta, além do episódio agudo autolimitado que motivou ida ao SU, apurou-se quadro mais arrastado de perda ponderal, queixas dispépticas e obstipação de agravamento recente, tendo já realizado endoscopia digestiva alta (EDA) com mucosa do antro

congestiva e histologia com metaplasia intestinal, *Helicobacter pylori* negativa. Na TC realizada aquando do episódio agudo destaca-se dilatação de ansas do delgado e espessamento da parede do transverso.

Realizou colonoscopia total que mostrou mucosa com zonas de aspeto nodular e erosionada no cego, ascendente distal, transverso e ângulo hepático, com biópsias sugestivas de processo inflamatório sem sinais de cronicidade.

Foi feita exclusão de doenças sistémicas infecciosas, inflamatórias e de deposição que podem cursar com aspeto infiltrativo da parede do cólon.

Dado agravamento paulatino, repetiu estudo endoscópico com agravamento dos achados, com mucosa do cólon erosionada, dura e friável, de forma segmentar e descontínua, e afeção do reto de novo com estenose circunferencial. Histologia com achados que se poderiam enquadrar em doença inflamatória intestinal. A EDA revelou mucosa do antro também erosionada e dura, com histologia sobreponível à da primeira EDA. Realizou ciclo de corticóide, sem efeito.

Complementou-se o estudo com enteroRM que revelou espessamento parietal do reto, espessamento peritoneal e ascite moderada. O líquido ascítico apresentava (LA) elevada celularidade e conteúdo proteico, sem células neoplásicas, pesquisa de BAAR negativo.

Foi proposta para laparoscopia diagnóstica, com aspetos sugestivos de carcinomatose peritoneal. A histologia apresentava apenas células mesoteliais, de origem indeterminada. Foi repetida laparoscopia, com agravamento da sementeira, com biópsias desta vez a mostrar infiltração por carcinoma de células isoladas, algumas em anel.

Repetiu EDA, com realização de biópsia sobre biópsia em zona de aspeto infiltrativo e erosionada, que mostrou carcinoma de células pouco

coesas com células em anel de sinete, fazendo assim o diagnóstico de adenocarcinoma (ADC) gástrico tipo difuso de Lauren, estadiado IV. A doente iniciou quimioterapia paliativa.

Os autores destacam o caso pelo desafio diagnóstico que o ADC gástrico difuso pode representar, sobretudo quando o quadro é indolente e a clínica predominante está relacionada com doença à distância, podendo mimetizar outras doenças sistêmicas, sendo importante manter um elevado nível de suspeição para malignidade.

PO 74

UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM PARA UMA ENTIDADE FREQUENTE

Inês Costa Santos¹; Cristiana Sequeira¹; Sara Lopes¹; Cláudio Martins¹; Ana Carvalho¹; Matilde Gonçalves¹; Ana Paula Oliveira¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A intussusceção resulta da invaginação de um segmento intestinal para o lúmen do segmento adjacente. Embora comum na infância, a sua prevalência é excepcionalmente rara no adulto.

Descrição do caso: Os autores relatam o caso de uma mulher de 83 anos, autônoma, com história conhecida de anemia ferropênica diagnosticada há 2 meses, com necessidade de suporte transfusional e sem estudo endoscópico por recusa da doente, que recorre ao serviço de Urgência por quadro de vômitos persistentes, dor abdominal difusa e diarreia com uma semana de evolução, sem perdas hemáticas visíveis. Ao exame objetivo apresentava bom estado geral, com abdómen mole e depressível, ligeiramente distendido. Analiticamente com Hb 12g/dL, leucocitose ligeira, PCR 1,7mg/dL e lesão renal aguda. A radiografia do abdómen apresentava distensão do transverso, com imagem no seu interior sugestiva de ansa colapsada, tendo realizado prontamente TC abdominopélvica,

que documentou marcada ectasia das ansas intestinais ileais, com múltiplos níveis líquidos, associados a colapso das ansas cólicas com irregularidade segmentar no transverso e descendente proximal, com estudo limitado pela ausência de contraste endovenoso, mas sem evidência de pneumatose intestinal, aéroportia ou pneumoperitoneu.

Perante a suspeita de oclusão intestinal, sem obstrução mecânica evidente, foi solicitada retossigmoidoscopia flexível, com progressão até ao descendente, onde se identificou pseudoformação nodular que ocupava a totalidade do lúmen, com mucosa semelhante à restante mucosa cólica, alterações sugestivas de invaginação intestinal.

Após consentimento da doente, foi realizada exploração cirúrgica, que revelou invaginação do íleon terminal e cólon ascendente através da porção proximal do cólon transverso. Após desinvaginação, foi objetivada massa pétreia ao nível do cego, envolvendo a válvula ileocecal, tendo sido realizada ressecção de 10cm do íleon terminal e hemicolecotomia direita, com anastomose íleo-cólica. Não se identificou carcinomatose peritoneal nem adenopatias mesentéricas, tendo sido colhido para exame citológico a pequena quantidade de líquido livre intra-abdominal presente. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de um adenocarcinoma mucinoso do cólon (pT3 N0 – estadiado II), com margens cirúrgicas livres. A citologia do líquido peritoneal foi negativa para células neoplásicas. Atendendo à idade e comorbilidades, foi decidida vigilância em consulta de Cirurgia.

Conclusão: Apresenta-se um caso de intussusceção ileocólica no adulto, uma causa rara de oclusão intestinal neste grupo etário. Ao contrário da intussusceção na infância, no adulto esta associa-se geralmente a uma etiologia secundária, sendo a mais frequente a neoplásica. Pretende-se, assim, alertar para

a necessidade de elevado índice de suspeição para neoplasia perante uma invaginação intestinal no adulto.

PO 75

AN UNUSUAL CAUSE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING IN AN HIV-INFECTED PATIENT

João Pedro Pereira¹; Cátia Leitão¹;
Gonçalo Miranda¹; José Soares¹;
Francisco Baldaque-Silva¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introduction: *Plasmablastic lymphoma (PBL) is a rare and aggressive subtype of diffuse large B-cell lymphoma that mainly affects patients infected with HIV in whom it tends to present in the oral cavity/jaw where the typical presentation is considered (1,3). In immunocompetent patients PBL are more common in the elderly population and in locations outside the oral cavity.*

Case presentation/Discussion: *A 50-year-old male with human immunodeficiency virus (HIV) and alcohol and HCV related cirrhosis, was admitted in our hospital due constitutional syndrome and anemia. A significant gastric wall thickening was detected on computerized tomography. During hospitalization, patient developed gastrointestinal bleeding (melena). Esophagogastroduodenoscopy (EGD) showed thickening and tortuosity of gastric body and fundus mucosa with indefinite margin between the folds, extensive irregular serpiginous ulcerations, and poor distensibility by air inflation. Biopsies specimens were obtained from the lesions and sent for histological assessment. Histopathologic analysis showed proliferation of lymphoid cells with immunohistochemistry positive for CD138, CD45 and Epstein-Barr virus (EBV) EBER confirming gastric lymphoproliferative involvement by a plasmablastic lymphoma.*

Although this type of lymphoma rarely af-

fects the gastrointestinal tract (GIT), GIT it is the most common extraoral site, accounting for approximately 30% of extraoral PBLs. It has also been reported in skin, lungs, nasopharynx, paranasal sinuses, lymph nodes, breast, and soft tissues.

As other lymphoma types, PBLs are generally presented with clinical features of fever, night sweats and weight loss. Endoscopy of the GI tract is helpful to reach the final diagnosis. According to the literature, the typical endoscopic findings during EGD include multiple dish-like lesions, ulcerations, blood-stained spots, or even nodular masses with active bleeding in the stomach, and erythematous flat lesions in the duodenum. Some features EGD previous described are consistent well with our patient. The diagnosis of PBL is challenging as its features overlap with lymphoma and myeloma. Its pathogenesis is still not fully understood, the EBV has been shown to be present in most cases and a small percentage of cases is associated with MYC gene rearrangement. Due to its rarity, it has not been easy to establish standard chemotherapy regimen. It has a very aggressive disease course comprising relapses, refractoriness to chemotherapy and very poor survival. Unfortunately, the patient died on day 10 of hospitalization due to multiple organ dysfunction in context of sepsis.

Conclusion: *This case shows endoscopic characteristics of an entity whose endoscopic features are still poorly understood and that is an extremely rare cause of upper gastrointestinal bleeding.*

PO 76

ICTERÍCIA OBSTRUTIVA

– UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE UM TUMOR RARO

Sara Lopes¹; Inês Costa Santos¹; Cristiana Sequeira¹; Mariana Coelho¹; João Mangualde¹; Élia Gamito¹; Matilde Gonçalves¹; Ana Paula Oliveira¹
¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Apresenta-se o caso de um homem, 66 anos, com história pessoal de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de perda ponderal, icterícia e colúria com 2 semanas de evolução. Negava febre, calafrios ou dor abdominal. Ao exame objetivo destacava-se icterícia das escleróticas. Analiticamente com alteração da bioquímica hepática, de predomínio colestático: ALT 468 U/L, AST 322 U/L, GGT 4374 U/L, FA 758 U/L, bilirrubina total 5 mg/dL e direta 4,1 mg/dL. Realizou ecografia abdominal que revelou vesícula biliar distendida, moderada dilatação da via biliar principal (VBP) com 15mm e ligeira dilatação das vias biliares intrahepáticas, não se identificando lesões obstrutivas nos segmentos visualizados.

O doente foi internado para estudo de icterícia colestática indolor. A avaliação inicial foi complementada com TC abdominal com administração de contraste endovenoso, que mostrou (VBP), com imagem suspeita na sua porção distal, a condicionar afunilamento da mesma. Analiticamente, CA 19-9 < 2.1 U/mL.

Foi realizada colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) que mostrou lesão polipoide sésil, de aspeto viloso, com cerca de 3 cm, localizada imediatamente acima da papila, que se biopsou. A papila não apresentava alterações. Na colangiografia confirmou-se a presença de estenose terminal da VBP, com cerca de 15 mm, por compressão/invasão pela lesão polipoide duodenal, com dilatação a montante. Foi colocada uma pró-

tese biliar plástica, com melhoria da icterícia. A histologia permitiu o diagnóstico de tumor neuroendócrino (TNE) bem diferenciado, G2. Para estadiamento, realizou TC tóraco, abdominal e pélvica sem evidência de doença à distância.

O doente foi encaminhado para consulta de grupo de cirurgia hepato-bilio-pancreática (CHBP).

Enquanto aguardava avaliação em consulta de CHBP, recorreu ao SU por quadro de colangite aguda, ligeira, admitindo-se disfunção da prótese. Iniciou antibioterapia empírica e repetiu CPRE, com observação da lesão polipoide já conhecida, mas com atingimento da papila, com prótese biliar in situ, tendo sido colocada nova prótese biliar plástica com maior comprimento, com melhoria do quadro.

O caso foi posteriormente avaliado em consulta de CHBP, tendo sido realizada duodeno-pancreatectomia cefálica, com estadiamento pT3N1.

Aos três meses após a cirurgia, o doente está assintomático, o doseamento cromogranina A normal e a PET/TC com 68Ga-DOTANOC sem alterações.

Os tumores neuroendócrinos (TNE) são tumores raros derivados do sistema neuroendócrino. A maioria dos TNE são encontrados no trato gastrointestinal, sendo o duodeno a terceira localização mais frequente. A maioria dos doentes com TNE são assintomáticos, sendo a lesão identificada em exames de rastreio. Destaca-se o presente caso dado tratar-se de uma etiologia rara de icterícia obstrutiva, com uma apresentação incomum.

PO 77

DOENÇA DE CROHN REFRACTÁRIA

– ARE TWO BETTER THAN ONE?

Ana Catarina Bravo¹; Bárbara Abreu¹; Joana Revés¹; Catarina Nascimento¹; Bárbara Morão¹; Carolina Palmela¹; Joana Torres¹; Marília Cravo²; Luísa Glória¹

¹Hospital Beatriz Ângelo ²Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A doença de Crohn é uma doença crónica, com extensão, severidade e atividade variáveis. Alguns doentes apresentam doença refratária à terapêutica instituída, com grande impacto na qualidade de vida.

Descrição do caso: Homem, 25 anos, com doença de Crohn ileo-cólica e perianal diagnosticada aos 16 anos, inicialmente tratado noutro centro com nutrição entérica exclusiva, e posteriormente com infliximab. Por abscessos perianais recidivantes com necessidade de múltiplas intervenções cirúrgicas, suspendeu terapêutica biológica. Iniciou seguimento no nosso centro em 2018, tendo sido retomado infliximab. Contudo, por níveis em vale indoseáveis e presença de anticorpos anti-infliximab, realizou switch para adalimumab em 2019. Verificou-se perda de resposta secundária, apesar de otimização terapêutica para adalimumab semanal. Laboratorialmente apresentava anemia, trombocitose e PCR 10,91mg/dL. Ecografia intestinal mostrava espessamento ligeiro do íleon terminal, e espessamento pancólico significativo de 5-6mm, com perda de estratificação e hipertrofia do mesentério. Colonoscopia mostrou atividade ileo-cólica severa (SES-CD 18). Do ponto de vista perianal, com fístula complexa com necessidade de desbridamento e fistulotomia. Por este motivo, iniciou ustecinumab em Agosto 2020, verificando-se excelente resposta da doença perianal com cicatrização de alguns trajetos fistulosos, ausência de novos episódios de abscesso e melhoria das queixas de drenagem. No entanto, apesar de

otimização para ustecinumab para cada 4 semanas, verificou-se persistência de anemia, trombocitose e elevação dos parâmetros inflamatórios, assim como de doença cólica grave por ecografia. Desta forma, foi proposto para terapêutica dupla com ustecinumab 4/4 semanas e vedolizumab 8/8 semanas, tendo iniciado este último em Abril 2021. Encontra-se sob terapêutica dupla há 17 meses, com melhoria clínica e analítica progressivas, apresentando atualmente 1-2 dejeções por dia, sem dor abdominal. Laboratorialmente sem anemia, trombocitose, PCR 1,87mg/dL, calprotectina 132 ug/g. Ecograficamente, após 1 ano de terapêutica combinada biológica, observava-se cicatrização transmural do íleon e melhoria ecográfica da pancolite, com áreas de normalização da espessura da parede, persistindo ainda alguma perda da estratificação e hipertrofia do mesentério. Repetiu colonoscopia em Agosto 2022, que mostrou melhoria endoscópica com áreas de cicatrização, mantendo ainda ulceração sobretudo no cólon esquerdo. Não se verificaram efeitos adversos da terapêutica dupla biológica.

Conclusão: Este caso clínico ilustra uma doença de Crohn ileo-cólica e perianal refratária à terapêutica médica com iconografia endoscópica e ecográfica rica. Pretende-se discutir os potenciais benefícios e riscos da terapêutica dupla com biológicos no contexto da doença de Crohn grave refratária.

PO 78

CARCINOMATOSE PERITONEAL NUM JOVEM: QUANDO UMA DOENÇA CLÁSSICA NOS SALVA

Ana Catarina Bravo¹; Bárbara Morão¹;
Bárbara Abreu¹; Joana Revés¹;
Catarina Nascimento¹; Catarina Frias-Gomes¹;
Rita Sérgio¹; Luísa Glória¹; Catarina Fidalgo¹
¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A presença de múltiplos nódulos sólidos peritoneais sugere como primeira hipótese diagnóstica a existência de carcinomatose. Contudo, existem causas não malignas que podem mimetizar esta entidade, com prognóstico e estratégia terapêutica muito dispar.

Descrição do caso: Homem, 35 anos, natural do Brasil, residente em Portugal há 2 anos. Sem antecedentes de relevo. Avaliado em consulta de Gastrenterologia por dor abdominal intermitente com cerca de 2 anos de evolução. Sem febre, perda de peso, suores noturnos ou clínica de hemorragia digestiva. Sem história familiar de neoplasia. Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou lesão de aspeto subepitelial gástrica com 3 cm (biópsias com gastrite *Helicobacter pylori* positiva). A TC abdomino-pélvica mostrou nódulo sólido com 3 cm entre a parede do estômago e o baço e múltiplos nódulos abdominais. Por suspeita de carcinomatose, fez ecoendoscopia com punção, que mostrou 1) área hipocóide com limites mal definidos, Doppler negativa, com 26x18mm, adjacente ao baço; 2) lesão hipocóide da muscular própria, heterogénea e com ulceração central, com 27x13mm, na grande curvatura do corpo do estômago distal; 3) lesão hipocóide da muscular própria, homogénea, com 30x30mm, no bulbo duodenal. O resultado da punção revelou inflamação granulomatosa não necrotizante, com células gigantes multinucleadas, sem a presença de BAAR's por coloração de Ziehl-Neelsen, com os mesmos

achados nas biópsias da mucosa gástrica. Foi ainda estudada a hipótese de sarcoidose.

Passados 2 meses, apresenta-se com uma massa abdominal palpável, cuja RM abdomino-pélvica revelou tratar-se de uma coleção na espessura do músculo reto abdominal esquerdo, com conteúdo líquido, parede espessada e algumas septações. Mantinha múltiplas lesões intra-abdominais, heterogéneas entre si, podendo traduzir diferentes fases evolutivas do processo granulomatoso de base, contudo sem possibilidade de exclusão de neoplasia. Realizada drenagem percutânea da coleção do músculo reto anterior sob controlo ecográfico, com pesquisa de DNA para *Mycobacterium tuberculosis*, que foi positiva. Iniciou antibiomas admitindo-se tuberculose disseminada, e antibioterapia com amoxicilina-ácido clavulânico por sobreinfecção bacteriana da coleção por *Streptococcus* parasanguinis, com boa evolução clínica. Neste momento o doente está assintomático e sem semiologia de massa abdominal.

Conclusão: Apresentamos um caso clínico, com respetiva iconografia, de tuberculose disseminada com localização abdominal. A tuberculose abdominal corresponde a cerca de 10-13% dos casos de tuberculose disseminada e tem uma apresentação clínica variável e inespecífica, dificultando o seu diagnóstico. Dada a sua natureza benigna e tratável, deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de massas abdominais, principalmente na presença de indivíduos pertencentes a grupos de risco.

Organização



Apoio Científico



CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA

Patrocínio Científico



Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia

Major Sponsors



Sponsors

Secretariado



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

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