

XXXVIII

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

27 e 28 OUTUBRO 2023

Penafiel Park Hotel

Minimizar o erro

Novas abordagens



Imagem: Ad Médic

PROGRAMA CIENTÍFICO

Presidente de Honra

José Pedrosa

Comissão Organizadora e Científica

Presidente: Jorge Silva

Secretária-Geral: Luísa Barros

Joana Pinto

Juliana Costa

Liliane Meireles

Pedro Moreira

Rita Barros

Rita Pimentel

Sara Monteiro

Tatiana Pacheco

Júri dos Prémios

COMUNICAÇÕES LIVRES

Presidente: Américo Silva

Rui Silva

Isabel Bastos

Ricardo Cardoso

Luís Lourenço

INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS

Presidente: Luísa Glória

Bernardino Ribeiro

Fernanda Maçosas

Nuno Ladeira

Marisa Linhares

CASOS CLÍNICOS

Presidente: Laura Carvalho

Germano Villas-Boas

Vitor Fernandes

Tarcísio Araújo

José Renato Pereira

XXXVIII

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Programa Científico

Sexta-feira | 27 de outubro

08:00h Abertura do Secretariado

08:30-10:00h **SESSÃO | COMUNICAÇÕES LIVRES**
Presidente: Jorge Fonseca
Moderadores: Ana Catarina Rego e Bruno Rosa

10:00-10:20h **SESSÃO ABERTURA**

10:20-10:50h Coffee-break

10:50-12:20h **MESA-REDONDA 1 | TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA AVANÇADA – ERROS COMUNS, NOVAS SOLUÇÕES**
Presidente: José Cotter
Moderadores: Carla Rolanda e David Horta

- | CPRE vs Ultrassonografia na patologia hepatobilio-pancreática
Pedro Costa Moreira
- | ESD vs EMR – *Overlap* ou indicações claras?
Aníbal Ferreira
- | 3º Espaço – Ao alcance de todos?
Nuno Nunes
- | Inteligência artificial – Será a solução?
Luis Lopes

12:20-13:00h **SIMPÓSIO | ELIMINAR A HEPATITE C NOS HOSPITAIS**

abbvie

- | Introdução – A estratégia Relink
Filipe Calinas
- | Projeto serviço gastro HFF/CHLC
Mariana Costa, Mário Jorge e Filipe Calinas
- | Discussão e Q&A
Filipe Calinas, Mariana Costa e Mário Jorge

13:00-14:00h Almoço

14:00-14:30h **CONFERÊNCIA 1 | PANCREATITE CRÔNICA: MINIMIZAR O ERRO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA IPE**



Moderadora: Isabel Medeiros
Palestrante: Enrique Domínguez Muñoz

14:30-15:00h **COMUNICAÇÕES DA ASSOCIATION NATIONALE DES HÉPATO-GASTROENTÉROLOGUES DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX DE FRANCE (ANGH)**

Presidente: Isabelle Cremers

| Cas clinique «Porte ouverte au pancréas»

Clémentine Alitti

| Etude VACCIR : Evaluation de la couverture vaccinale contre Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, le pneumocoque et les virus des hépatite A,B, de la grippe saisonnière, SARS-COV2 des patients atteints de cirrhose suivis dans 17 hôpitaux généraux français membres de l'ANGH

Aurore Baro

15:00-16:30h **MESA-REDONDA 2 | DESAFIOS EM HEPATOLOGIA**

Presidente: Ana Paula Oliveira
Moderadoras: Cristina Fonseca e Carla Marinho

| DILI vs Hepatite autoimune – Desafio diagnóstico

Ana Margarida Vieira

| Hepatite B crónica – Quando iniciar tratamento?

Joana Magalhães

| Quanto álcool é demasiado álcool?

Artur Antunes

| Atualizações na hepatite aguda alcoólica

Mariana Machado

16:30-17:00h Coffee-break

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

Presidente: António Curado
Moderadores: Helena Vasconcelos e Henrique Morna

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

20:00-21:00h Cocktail de boas-vindas

21:00h Jantar da Reunião

Sábado | 28 de outubro

08:00h Abertura do Secretariado

08:30-10:00h **SESSÃO | CASOS CLÍNICOS**
Presidente: Maria Antónia Duarte
Moderadores: Luisa Glória e Paulo Caldeira

10:00-10:30h **CONFERÊNCIA 2 | A ENDOSCOPIA EM 2040**
Presidente: António Bahudo
Palestrante: Mário Dinis Ribeiro

10:30-10:50h Coffee-break

10:50-11:30h **SIMPÓSIO | EXPERIÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DO INFLIXIMAB SC**
Moderador: Francisco Portela
Palestrantes: Paula Ministro e Luísa Barros



11:30-12:00h **INQUÉRITO NGHD**

| Resultados do inquérito nacional
Tatiana Pacheco

| Problemática da referenciação inter-hospitalar
Moderadora: Liliane Meireles
Rui Cernadas

12:00-13:30 **MESA-REDONDA 3 | DOENÇA INTESTINAL INFLAMATÓRIA – OTIMIZAÇÃO CLÍNICA**

Presidente: Raquel Gonçalves
Moderadores: João Baranda e Paula Ministro

| Nutrição em DII: Novas abordagens
Catarina Frias-Gomes

| Individualizar a terapêutica biológica – Minimizar erros
Joana Torres

| Vigilância por colonoscopia – Como otimizar
Ricardo Veloso

13:30-13:45h **Sessão de encerramento e entrega de prémios**

| Prémio Melhor Comunicação Livre



| Prémio Melhor Caso Clínico



| Prémio Melhor Instantâneo Endoscópico



13:45h Almoço de encerramento da reunião

Comunicações Livres

CL 01

RISCO CARDIOVASCULAR SUBCLÍNICO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – RESULTADOS PRELIMINARES

Sofia Ventura¹; Ângela Domingues¹; Luiz Ferreira¹; Joana Rodrigues¹; António Simões¹; Eugénia Cancela¹; Paula Ministro¹; Américo Silva¹
¹H Viseu

Introdução: Embora a evidência sem contraditória, doentes com doença inflamatória intestinal (DII) podem estar em risco de aterosclerose acelerada devido à inflamação crónica sistémica.

Objetivos: Avaliar o risco cardiovascular subclínico pela medição da espessura íntima-média carotídea numa coorte de doentes com DII sob terapêutica biológica comparativamente a um grupo controlo.

Métodos: Participaram no estudo 33 doentes com DII, 18 com colite ulcerosa (CU) e 15 com doença de Crohn (DC), com idade média $45 \pm 13,66$ anos, e 33 controlos com idade média de $43,8 \pm 13,74$ anos. Foram registados dados clínicos dos doentes e controlos no que concerne a fatores de risco cardiovascular (FRCV) clássicos, bem como dados analíticos da atividade biológica da doença (PCR, calprotectina fecal). A severidade endoscópica da DII foi avaliada utilizando o score endoscópico de Mayo para a colite ulcerosa e o score Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease para a doença de Crohn. O ecodoppler carotídeo foi realizado para medição da espessura íntima-média carotídea (CIM).

Resultados: Não foram encontradas dife-

renças estatisticamente significativas entre doentes e controlos no que concerne a valores obtidos na medição da CIM ($X^2(3) = 0,41$; $p = 0,93$), ou FRCV clássicos.

Foram comparados os doentes com e sem atividade biológica e/ou endoscópica no que concerne aos percentis obtidos na medição da CIM, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre estes ($X^2(3) = 0,77$; $p = 0,86$, $X^2(6) = 6,65$; $p = 3,64$, $X^2(4) = 2,6$; $p = 0,63$). A duração da doença e tipo de biológico não afetou os resultados da CIM.

Conclusão: O presente estudo não demonstrou um risco cardiovascular subclínico maior em doentes com DII sob terapêutica biológica em relação à população geral. São necessários estudos prospetivos e com um tamanho amostral maior para esclarecer a possibilidade de de risco de aterogénese acelerada na DII.

CL 02

DOENÇA HEPÁTICA ESTEATÓSICA E DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: SERÃO TODOS MASLD?

Patricia Sousa¹; Pedro Monsanto¹; Luis Silva¹; Patrícia Nicolau¹; Andreia Nascimento¹; Beatriz Bartissol¹; Gisela Rocheta¹; Susana Rodrigues¹; Sara Alberto¹; Paula Cunha¹; Maria Rosário Maldonado¹; Mariana Verdelho Machado¹
¹Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução e objetivos: A Doença hepática esteatósica (DHE) é 25% mais prevalente na doença inflamatória intestinal (DII) compa-

rativamente à população geral, apesar dos doentes com DII apresentarem disfunção metabólica menos frequentemente do que outras populações de risco para DHE. Pretendemos avaliar a prevalência da DHE associada a disfunção metabólica (MASLD) e comparar com a DHE não-MASLD em doentes com DII.

Métodos: Estudo prospectivo que avaliou doentes com DII seguidos em consulta externa. Esteatose e fibrose hepática foram avaliadas por Fibroscan®. Foi aplicado o questionário de frequência alimentar (FFQ) permitindo a quantificação da energia consumida e 44 nutrientes bem como o score de adesão à dieta Mediterrânica (PREDIMED). A composição corporal foi avaliada por impedância bioelétrica e a actividade física (AF) com o questionário internacional de AF.

Resultados: Foram incluídos 115 doentes, 42% homens, idade 46±14 anos. 44% com doença de Crohn. 48% (55 doentes) tinham DHE (CAP>248dB/m) e 11% fibrose avançada (elastografia>8kPa). Apenas 4 doentes com DHE (7%) não cumpriram critérios para MASLD. Comparativamente aos com DHE não-MASLD, os doentes com MASLD eram mais novos (43±2 vs. 51±2 anos, P=0,029), apresentaram menor gordura visceral (taxa gordura visceral 3±2 vs. 12±1, P=0,014), níveis mais baixos de aminotransferases e GGT (AST 13±2 vs. 23±1 UI/L, P=0,031; ALT 24±3 vs. 42±3 UI/L, P=0,003; GGT 25±6 vs. 47±6 UI/L, P=0,046), marcadores de inflamação inferiores (VS 2±2 vs. 11±2 mm/h, P=0,020; ferritina 8±4 vs. 155±24 ng/mL, P=0,001) e elastografia hepática mais baixa (4,5±0,5 vs. 6,3±0,4 kPa, P=0,035) e FAST score (0,12±0,01 vs. 0,19±0,02, P=0,0001). Não se verificaram diferenças relativamente à actividade física ou dieta, incluindo a adesão à dieta Mediterrânica, excepto um menor consumo de refrigerantes (0,75±0,25 vs. 3,38±0,87 unidades/semana, P=0,005), leite (0,125±0,125 vs. 3,01±0,655 unidades/

semana, P=0,001) ou álcool (0.07±0.14 vs. 9.15±18.60 g/dia, P=0,001).

Conclusão: A DHE é muito prevalente em doentes com DII, dos quais 9 em cada 10 têm MASLD. A DHE não-MASLD parece ser uma doença menos grave nos doentes com DII, podendo ser um percussor da MASLD ou uma entidade distinta.

CL 03

AValiação DO PROGRAMA DE RASTREIO DE CANCRO COLO-RETAL NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Andreia Guimarães¹; Nuno Dias¹; Ana Rebelo¹; Bruno Gonçalves¹; Dalila Costa¹; Margarida Gonçalves¹; Rita Costa¹; Sofia Mendes¹; Tiago Leal¹; Tânia Carvalho¹; José Damasceno¹; Ângela Rodrigues¹; Raquel Gonçalves¹

¹Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Braga

Introdução: O cancro colo-retal (CCR) apresenta elevada incidência e mortalidade, constituindo um dos alvos prioritários do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é apresentar os dados correspondentes ao programa regional de rastreio do CCR, de base populacional, num hospital terciário, com o intuito de avaliar o seu desempenho e qualidade.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo, unicêntrico e observacional. Foram selecionados todos os doentes que foram referenciados para realização de colonoscopia no nosso centro no âmbito do programa de rastreio, após teste imunoquímico fecal positivo, entre julho 2019 e junho 2023.

Resultados e conclusões: Foram realizadas 1027 colonoscopias. A idade média dos doentes foi de 59,4 ± 6,8 anos e 54,4% (n=556) eram do sexo masculino. Em 83,5% (n=858) dos exames a preparação foi considerada adequada (Escala de Boston ≥6). A taxa de intubação cecal foi de 96,6% (n=991). Do total de exames avaliados, foram identifica-

dos pólipos em 649 colonoscopias (63,2%). A taxa de deteção de adenomas foi de 54,6%, sendo o número médio de adenomas por colonoscopia de $1,2 \pm 1,7$. No sexo feminino, a taxa de deteção de adenomas foi de 44,2% e no sexo masculino de 63,5%. A taxa de deteção de lesões serradas foi de 4,5%. Foram identificados 9,8 % (n=120) de adenomas com dimensões \geq a 20 mm, dos quais 26,7% (n=32) removidos em piecemeal. Foram recuperados para análise histológica 93,5% dos pólipos removidos. Na avaliação histológica, 10,2% (n=125) dos adenomas apresentavam displasia de alto grau. Foram identificados 39 adenocarcinomas, dos quais 43,6% (n=17) correspondiam a pólipos malignos, perfazendo uma taxa de deteção de 3,8%.

Conclusão: Verificou-se cumprimento da generalidade dos critérios de qualidade com exceção da preparação intestinal, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias para otimização da mesma. A taxa de deteção de adenomas encontra-se de acordo com o descrito em estudos prévios que incluem colonoscopias realizadas após teste imunológico positivo, embora a taxa de deteção de adenocarcinoma tenha sido ligeiramente inferior. A remoção de lesões mais complexas, que são frequentemente referenciadas para consulta e exérese em contexto hospitalar, permite uma remoção e diagnóstico histológico mais céleres, diminuindo a sobrecarga dos serviços de saúde.

CL 04

MAFLD E FIBROSE CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA NA DIABETES: RESULTADOS INICIAIS DE UM ESTUDO PROSPETIVO

Inês Costa Santos¹; Madalena Teixeira¹; David Ferro Tomás¹; Sara Ramos Lopes¹; Cláudio Martins¹; Cláudia Cardoso¹; Filipa Carrega¹; Julieta Sousa¹; Ana Luísa Alves¹; Ana Paula Oliveira¹
¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A prevalência de fígado gordo associado a disfunção metabólica (MAFLD, metabolic (dysfunction) associated fatty liver disease) encontra-se largamente subestimada, apesar da sua incidência crescente, fruto do aumento mundial da obesidade e diabetes. Nos doentes com diabetes mellitus do tipo 2 (DM2) pode atingir os 55%. Um estadio mais avançado de fibrose hepática associa-se a um maior risco de eventos hepáticos e cardiovasculares, constituindo o principal preditor de mortalidade nos doentes com MAFLD.

Objetivos: Determinar a prevalência de MAFLD com fibrose clinicamente significativa (FCS) nos doentes com diabetes mellitus, particularmente DM2, fatores de risco para a mesma e desenvolver uma ferramenta laboratorial não invasiva para melhorar a sensibilidade na deteção de FCS nesta população.

Material e métodos: Estudo prospetivo unicêntrico, iniciado em março de 2023, incluindo doentes com diabetes (maioritariamente DM2), seguidos em consulta hospitalar de Diabetes e cumprindo critérios para MAFLD, nos quais foi aplicado o score não invasivo Fibrosis-4 (FIB-4) Index for Liver Fibrosis para aferição de fibrose hepática. Dado se pretender identificar FCS (definida pelos estadios F2-F4 em elastografia hepática transitória) e não apenas fibrose avançada (estadios F3-F4), foi utilizado o cut-off com maior sensibilidade (1,45), tendo os doentes com score superior sido convocados para realização de elastografia (Fibroscan®). Foram analisados

dados demográficos, biométricos e laboratoriais para determinação de fatores de risco adicionais. A análise estatística foi realizada com o software SPSS vv.29.

Resultados e conclusões: O score FIB-4 foi aplicado em 334 doentes, 19,2% (N=64) dos quais com resultado >1,45. Compareceram para realização de elastografia hepática 42 doentes (amostra analisada), 59,5% (N=25) do género masculino e idade média de 59 anos. O principal tipo de diabetes foi a DM2 (85,7%, N=36). A elastografia revelou FCS em 33,3% (N=14), 78,6% (N=11) dos quais com fibrose avançada. Na análise bivariada, destacou-se a glicose em jejum ($p=0,003$), AST ($p<0,001$), ALT ($p<0,001$), Colesterol HDL ($p=0,007$), Triglicéridos ($p=0,015$), FIB-4 ($p<0,001$) e IMC>25kg/m² ($p=0,036$) com diferença estatisticamente significativa entre os doentes com e sem FCS. Foi desenvolvido um modelo de regressão multivariada preliminar para predição de FCS nesta população, aliando FIB-4 e glicose em jejum, com R² de 81,2% e AUROC 0,976 ($p <0,0001$; 95% CI, 0,935-1,000), que será alvo de validação interna, dada a atual limitação amostral.

Apresentam-se os primeiros resultados deste estudo, que revelam uma prevalência importante de FCS nos doentes com MAFLD e diabetes mellitus, grupo que será alvo de abordagem multidisciplinar e intensificação terapêutica. A criação e validação de um score, com maior sensibilidade para FCS, poderá constituir uma nova ferramenta de estratificação de risco.

CL 05

PROFILAXIA SECUNDÁRIA NA HEMORRAGIA VARICOSA: EM BUSCA DO TIMMING ENDOSCÓPICO IDEAL

André Gonçalves¹; Diogo Simas¹; Plácido Gomes¹; Carina Leal¹; Catarina Martins¹; Helena Vasconcelos¹
¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A hemorragia varicosa é uma complicação potencialmente fatal da cirrose. O papel da endoscopia na profilaxia secundária encontra-se bem estabelecido, mas o seu timing não é consensual. O limite temporal de 4 semanas foi apontado como critério de qualidade, mas a sua aplicabilidade é complexa.

Objetivos: Comparar a mortalidade global e aos 12 meses de follow-up em doentes que iniciaram profilaxia dupla ≤ 120 dias e >120 dias.

Material/Métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico de uma população cirrótica que iniciou profilaxia secundária após episódio de hemorragia digestiva varicosa entre janeiro 2017-setembro de 2022. Excluídos doentes falecidos, transplantados ou com perda follow-up antes da primeira reavaliação endoscópica.

Resultados e conclusões: Incluídos 102 doentes (68% do sexo masculino; idade média de 60,75 \pm 10,8 anos), 60,8% com cirrose hepática CHILD-PUGH B, maioritariamente de etiologia alcoólica (62%). 70% dos doentes iniciou profilaxia secundária dupla dentro de 120 dias após o evento index. A mediana de follow-up foi de 13 meses com uma taxa de mortalidade global de 38,2%.

Em análise univariada, a idade avançada, um score CHILD, MELD e índice de Charlson mais elevados, um maior tempo de evolução da doença e o início da profilaxia secundária após os 120 dias aumentaram significativamente o risco de morte no 1º ano ($p<0,05$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em termos de mortalidade

por hemorragia digestiva varicosa entre os dois grupos ($p>0.05$).

Em análise multivariada, através de modelos de regressão de COX e após ajuste para variáveis de confundimento, o início de profilaxia secundária após os 120 dias do evento hemorrágico manteve-se como preditor independente do risco de morte no 1º ano (HR 4,06 IC 1,75-9,43; $p=0,001$).

A mortalidade no 1º ano foi estatisticamente superior nos doentes que iniciaram profilaxia secundária após os 120 dias da rutura varicosa (44% vs 17%; $p=0,004$).

Pese embora o caráter retrospectivo, o início da profilaxia dupla após os 120 dias do evento de index, associou-se a uma maior mortalidade, com um risco aumentado durante os primeiros 12 meses de follow-up.

CL 06

RENTABILIDADE DIAGNÓSTICA DA COLANGIOSCOPIA NA ESTENOSE BILIAR INDETERMINADA

Henrique da Costa Coelho¹; Fábio Correia¹; Gonçalo Alexandrino¹; Mariana Cardoso¹; Luís Lourenço¹; David Horta¹; Jorge Canena¹
¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: As estenoses biliares indeterminadas constituem um importante desafio diagnóstico e terapêutico na Gastreenterologia. Os métodos de imagem e citologia dificilmente conseguem diferenciar etiologias benignas e malignas. A colangioscopia permite a visualização direta da lesão e a realização de biópsias dirigidas.

Objetivos: Neste trabalho procuramos determinar o valor diagnóstico da colangioscopia na distinção entre estenoses biliares benignas e malignas. Definimos como outcome primário o valor do diagnóstico ótico e das biópsias dirigidas. Como outcome secundário estabelecemos a incidência de efeitos adversos.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes com estenose biliar indeterminada,

definida como estenose da via biliar em método de imagem sem diagnóstico histológico, submetidos a colangioscopia entre 2016 e 2023. Estenose benigna: confirmação de benignidade na peça cirúrgica ou avaliação imagiológica aos 12 meses comprovando estabilidade da lesão. Estenose maligna: confirmação de malignidade na peça cirúrgica ou avaliação imagiológica aos 12 meses comprovando progressão da lesão.

Efetuada a caracterização da população de acordo com género e idade. Os achados colangioscópicos avaliados incluem presença de neovasos, projeções vilosas, friabilidade e aspeto hiperproliferativo e impressão diagnóstica final (benigno/maligno).

Cálculo em percentagem dos valores de sensibilidade (S), especificidade (E), valor preditivo negativo (VPN) e valor preditivo positivo (VPP) do diagnóstico ótico por colangioscopia e da biópsia dirigida.

Resultados: População de 40 doentes (57,5% do sexo masculino, idade $66,55\pm 17,02$ anos). 30% das estenoses eram malignas ($n=12$), comprovadas pela avaliação da peça cirúrgica por anatomopatologista. O diagnóstico ótico apresentou: $S=91,7\%$; $E=89,3\%$; $VPN=96,2\%$; $VPP=78,6\%$. O diagnóstico por biópsia apresentou: $S=66,7\%$; $E=100\%$; $VPP=100\%$; $VPN=83,3\%$. Taxa de diagnósticos perdidos de 8,3% ($n=1$), correspondendo à percentagem de etiologias malignas que ficariam por diagnosticar através do recurso a esta técnica. O achado colangioscópico mais específico foi o aspeto hiperproliferativo ($E=90,9\%$).

A registar a ocorrência de eventos adversos em apenas 3 procedimentos, pancreatite aguda ligeira ($n=1$), hemobilia ($n=1$) e colangite ($n=1$), tratados conservadoramente.

Conclusões: A colangioscopia aparenta ser um método seguro e eficaz no diagnóstico etiológico da estenose biliar indeterminada, permitindo não só excluir com elevado grau

de confiança a etiologia neoplásica, prevenindo a iatrogenia associada a intervenções cirúrgicas desnecessárias, como também obter o diagnóstico atempado de neoplasia, impedindo atrasos na terapêutica.

CL 07

ELIMINAR A HEPATITE C A NÍVEL INTRA-HOSPITALAR – UM PASSO MAIS PRÓXIMO DA ERRADICAÇÃO DA DOENÇA

Madalena Teixeira¹; David Tomás¹; Sara Lopes¹;
Inês Costa Santos¹; Cristina Teixeira¹;
Ana Paula Oliveira¹

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

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) desafiou todos os países a eliminar o Vírus da Hepatite C (VHC) até 2030. Contudo, poucos países estão dedicados a cumprir este objetivo. Considera-se que 1 em cada 10 doentes que vão ao Hospital pertencem a populações de risco, assim, Calleja et al apresentou dez passos para eliminar o VHC nos Hospitais de forma a acelerar a eliminação desta causa de saúde pública.

Objectivo, material e métodos: O objetivo deste estudo foi analisar todos os pedidos de anticorpo anti-VHC num Hospital Distrital Português de Setembro de 2021 a Abril de 2023 (N=6005) e, assim, descobrir falhas no processo diagnóstico intra-hospitalar como ponto de partida para otimização do mesmo, seguindo alguns dos passos indicados por Calleja et al.

Resultados e discussão: As especialidades que fizeram um maior número de pedidos de anticorpo anti-VHC foram a Nefrologia (17,1%, n=1027) e a Infecçiology (15,8%, n= 950). A Gastrenterologia fez 5,2% dos pedidos (n=311), valor que se interpreta como insuficiente, tendo em conta que é a especialidade responsável pelo tratamento do VHC no Hospital em estudo. A Psiquiatria apresentou igual rentabilidade diagnóstica à Gastrentero-

logia (5,2%), sendo uma das especialidades com maior percentagem de testes positivos. De forma semelhante, a Cirurgia Geral e a Anestesiologia apresentaram elevadas taxas diagnósticas, apesar do reduzido número de pedidos entre estas duas especialidades. Considera-se assim relevante que se implemente o rastreio para todos os doentes avaliados em Psiquiatria, Cirurgia Geral ou em consulta pré-anestésica com fatores de risco para VHC. No total de pedidos realizados pela Medicina Interna, a taxa de testes positivos pedidos na Urgência Geral foi cerca de 3 vezes superior à percentagem de testes positivos pedidos no internamento ou consulta externa (4,0% vs 1,7%). Este dado corrobora que o serviço de urgência é o único local onde algumas populações de risco contactam com o sistema de saúde e, por isso, é necessário implementar protocolos de rastreio a este nível. Identificaram-se 20 doentes com anti-VHC positivo e sem pedido de carga viral subsequente. Este resultado comprova a importância da implementação do teste reflexo ou de um sistema de notificação eficaz ao serviço responsável pelo tratamento do VHC perante um resultado positivo. Identificaram-se ainda 10 doentes com carga viral positiva sem tratamento completo, sendo a falta de comparência à consulta subsequente o problema mais frequente. É importante simplificar o estudo pré-tratamento e a disponibilização do mesmo, reduzindo ao máximo o número de visitas hospitalares. **Conclusão:** Os Hospitais devem ser considerados um local oportunista para diagnóstico e eliminação do VHC. Acreditamos que, sem estas abordagens inovadoras, será difícil cumprir o objetivo da OMS até 2030.

CO 08

ATIVIDADE DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – SERÃO OS DOENTES CAPAZES DE CARACTERIZAR A SUA DOENÇA?

Sara Ramos Lopes¹; Inês Costa Santos¹; Madalena Teixeira¹; Cristiana Sequeira¹; Cristina Teixeira¹; Élia Gamito¹; Ana Paula Oliveira¹
¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A evidência de que os patient reported outcome measures (PROMs) são importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes com doenças inflamatórias do intestino (DII) é crescente. A utilização destas métricas na prática clínica, nomeadamente na monitorização da atividade da DII, não se encontra ainda bem definida.

Objetivos: Determinar se existe correlação entre a perceção do doente da atividade da sua doença, scores de atividade e avaliação global do médico assistente.

Material e métodos: Estudo transversal unicêntrico.

Foram aplicados o SIBDQ-PT, um PROM que avalia a qualidade de vida de doentes com DII, e um questionário piloto com questões relacionadas com a atividade da doença a doentes com DII avaliados consecutivamente em ambulatório.

A atividade da doença foi classificada em remissão, ligeira, moderada e grave. Considerou-se remissão se Harvey Bradshaw Index (HBI) ≤ 4 para a doença de Crohn ou Mayo Clinic Subscore (MCS) ≤ 2 para a colite ulcerosa. Foi avaliada a correlação entre atividade da doença pela perspetiva do doente, a avaliação global do médico assistente e scores clínicos. Foi ainda avaliada a correlação com a qualidade de vida do doente através do coeficiente de correlação de Spearman.

Resultados: Foram incluídos 105 doentes (sexo feminino: 52%; idade média: 44 \pm 15anos), dos quais 68% apresentavam Doença de Crohn. A duração média da DII foi de

9.6 \pm 8.1 anos. 39% foram internados pelo menos uma vez desde o diagnóstico e 25% dos doentes foram submetidos a alguma intervenção cirúrgica relacionada com a doença. 71% dos doentes estava medicado com biológicos.

Um quarto dos doentes (n=27) considerou que a sua doença estava em remissão. Destes, 56% encontravam-se em remissão profunda e 19% em remissão endoscópica. Verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a avaliação do doente e os scores HBI (média=2.5 \pm 6.5 pontos, r=0.400, p=0.001) e MCS (média=3.4 \pm 4.0 pontos, r=0.574, p<0.001).

Relativamente aos doentes que não consideraram estar em remissão, 42% avaliou a atividade da sua doença em ligeira, 23% em moderada e 9% em grave. O médico assistente considerou que 26% tinham doença ligeira, 22% doença moderada e 18% doença grave. As avaliações do doente e do médico assistente mostraram uma correlação positiva estatisticamente significativa (r=0.374; p<0.001).

O score médio do SIBDQ foi 28 \pm 11 pontos, tendo-se verificado uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a avaliação do doente da atividade da doença e o SIBDQ (r=0.508, p<0.001).

Conclusões: Os nossos dados sugerem que os PROMs poderão desempenhar um papel no seguimento dos doentes com DII, nomeadamente na melhoria das estratégias de seguimento, sobretudo em doentes com doença em remissão e boa capacidade de self-report.

CL 09

PREDITORES DE CLEARANCE BILIAR ESPONTÂNEA E CPRE DESNECESSÁRIA EM DOENTES COM COLEDOCOLITÍASE

Fábio Pereira Correia¹; Henrique Coelho¹;
Mónica Francisco¹; Gonçalo Alexandrino¹;
Joana Carvalho Branco¹; Jorge Canena¹;
Luís Carvalho Lourenço¹; David Horta¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A CPRE tem uma taxa de eventos adversos considerável (até 10%), devendo por isso ser reservada para procedimentos com intuito terapêutico. A coledocolitíase é a indicação mais frequente, contudo caso ocorra migração espontânea de litíase, a CPRE torna-se desnecessária. A incidência desta ocorrência e fatores preditores são alvo de discussão.

Objetivo: Avaliar fatores preditores de migração espontânea de litíase biliar em doentes com diagnóstico imagiológico de coledocolitíase e papila nativa, que se correlacionam com a realização de uma CPRE desnecessária.

Métodos: Estudo retrospectivo a partir de uma base prospetiva de doentes submetidos a CPRE por evidência imagiológica de coledocolitíase, entre janeiro de 2020 e junho de 2023, num centro com elevado volume (>400/ano). Foram analisados: características dos doentes, avaliação laboratorial, exames imagiológicos, tempo decorrido entre o diagnóstico de coledocolitíase e a CPRE, dados relativos às CPRE e complicações. Os doentes foram divididos em 2 grupos (presença ou ausência de litíase na CPRE), tendo sido realizadas análises univariáveis e análise de regressão logística para determinar fatores independentes de CPRE desnecessária.

Resultados: Foram incluídos 334 doentes (idade média 71,7 anos; 60,8% do sexo feminino): 256 (76,6%) com coledocolitíase na CPRE e 78 (23,4%) sem. A apresentação com pancreatite (OR 2.302, $p = 0.02$) e a colangi-

te aguda (OR 0.167; $p < 0.001$) foram diferentes entre os grupos, sendo que apenas a primeira demonstrou ser fator independente para migração espontânea de cálculos. Analiticamente, apenas o valor da bilirrubina prévia à CPRE revelou diferenças significativas entre os grupos (2,81 vs. 0,83 mg/dL; $p < 0.001$), sendo a bilirrubina < 2 mg/dl um preditor de CPRE desnecessária (OR 8,554; $p < 0.001$). O exame imagiológico que menos se correlacionou com CPRE desnecessária foi a TC (14,6%), seguido de ecografia (27,2%) e CPRM (41.1%) ($p < 0.001$). No que diz respeito a achados imagiológicos, a presença de cálculos com dimensões ≤ 5 mm (OR 18.2; $p < 0.001$) e um diâmetro de VBP < 10 mm (OR 2.650; $p < 0.001$) provaram ser fatores preditores de CPRE sem litíase. Dos doentes submetidos a CPRE até 7 dias após o diagnóstico, 16,3% não apresentavam litíase, face aos 37% quando a CPRE foi realizada após 7 dias ($p < 0.001$). Esse cut-off (CPRE > 7 dias após o diagnóstico) demonstrou ser fator preditor de CPRE desnecessária (OR 2.743, $p < 0.001$). Verificaram-se 5 pancreatites (4 ligeiras e uma grave) no grupo de doentes sem litíase na CPRE.

Conclusões: Nos doentes com fatores preditores para migração espontânea de cálculos, como a pancreatite biliar, bilirrubina < 2 mg/dL, cálculos ≤ 5 mm, VBP < 10 mm e diagnóstico > 7 dias, principalmente se combinados, deve-se ponderar a realização de um exame adicional de elevada sensibilidade (como a ecoendoscopia), de forma a minimizar a realização de CPREs desnecessárias e possíveis complicações.

Instantâneos Endoscópicos

IE 01

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO CURATIVO DE ADENOCARCINOMA EM LESÃO GIGANTE DO RETO

Francisca Corte 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; Vitor Carneiro¹; Maria Antónia Duarte¹
¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Doente do sexo masculino, de 79 anos de idade, realizou colonoscopia total, que evidenciou uma lesão polipóide do tipo laterally spreading tumor granular mista, com cerca de 80 mm de maior diâmetro, Paris 0-Ila+Is do reto, com dois nódulos dominantes, o maior com 15 mm, JNET 2b. Foi submetido a dissecação endoscópica da submucosa, com remoção da peça em bloco, sem intercorrências.

A avaliação anatomopatológica mostrou uma lesão de 70x50 mm, com 20 mm de espessura máxima, com características de adenoma tubular do cólon com displasia epitelial que variava entre baixo e alto grau, com área de adenocarcinoma de tipo intestinal, invasivo, moderadamente diferenciado (G2). A neoplasia invadia a porção superficial da submucosa (sm1), com budding (grau 1), sem linfagioses carcinomatosas nem angio-invasão. A peça apresentava margens de excisão livres, com menor distância à margem profunda de 1700 micras e menor distância lateral de 650 micras.

A dissecação endoscópica da submucosa (ESD) é uma técnica que permite a ressecção

em bloco de lesões colorretais com suspeita de invasão superficial da submucosa.

Os critérios de ressecção curativa das lesões colorretais atualmente aceites incluem a invasão superficial da submucosa (sm1), com neoplasia bem a moderadamente diferenciada e ausência de invasão linfovascular e de budding grau 2 ou 3.

Nas lesões colorretais sem outras características de mau prognóstico para doença metastática, o risco de adenopatias locorreionais é considerado praticamente nulo.

Com este caso, pretendemos mostrar a importância de uma correta avaliação endoscópica, bem como a relevância da ESD no tratamento de lesões gigantes com suspeita de invasão superficial da submucosa, afirmando-se como um substituto à cirurgia. O doente encontra-se em vigilância, sem necessidade de reintervenções.

IE 02

DESAFIO DO DIAGNÓSTICO À TERAPÊUTICA: RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE SÍNDROME DE BOERHAAVE

Francisca Corte 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

Apresentamos uma doente do sexo feminino, de 59 anos de idade, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por epigastralgia súbita, que

surgiu após episódios de vômitos alimentares, com irradiação para a região retroesternal e hemitórax esquerdo, tendo tido alta clínica. A doente não apresentava antecedentes pessoais relevantes.

Três dias depois, recorreu novamente ao SU, por manutenção das queixas. À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável e apirética. Analiticamente, apresentava leucocitose, neutrofilia e PCR 29.7 mg/dL. Na tomografia computadorizada (TC) torácica, observava-se hérnia do hiato com bolhas gasosas no mediastino, sugerindo hérnia do hiato complicada de mediastinite. Por suspeita de Síndrome de Boerhaave, realizou endoscopia digestiva alta, que confirmou a perfuração esofágica, com cerca de 2 cm, aos 36 cm da arcada dentária. A doente foi transferida para um centro com possibilidade de terapêutica endoscópica. Foi colocado um clip over-the-scope (OTSC) 6/12, sem encerramento completo da solução de continuidade, tendo-se optado pela colocação de prótese metálica totalmente coberta, fixada com Stentfix-OTSC®. Três dias depois, por SIRS mantido, com febre e fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida de novo, realizou TC torácica, que mostrou derrame pleural esquerdo loculado e uma coleção periprotésica, com 10.5x4 cm em continuidade com outra coleção, com 2.3x4.5 cm. Foi submetida a drenagem mediastínica e pleural por toracotomia esquerda do abscesso mediastínico paraesofágico e empiema pleural esquerdo. Em reavaliação imagiológica, 12 dias depois da cirurgia, observou-se migração da prótese esofágica para o lúmen gástrico. O trânsito esofágico não mostrou extravasamento extraluminar. A prótese foi removida, com campânula de Ballard, tendo-se constatado que o OTSC se soltou, por pressão mecânica. A mucosa do esôfago encontrava-se cicatrizada, com algum tecido de granulação. O trânsito esofágico não mostrou estenoses, nem extravasamento de con-

traste. A doente encontra-se assintomática, num follow-up de três meses.

O síndrome de Boerhaave é caracterizado pela presença de perfuração do esôfago, causada pelo aumento da pressão intra-esofágica, e cuja taxa de mortalidade pode atingir os 40%. O tratamento endoscópico tem sido a opção num número crescente de doentes, de modo a prevenir a formação de fistulas ou resolver leaks esofágicos. Para além dos clips through-the-scope e OTSC, próteses metálicas cobertas e sutura endoscópica, recentemente, a terapêutica endoscópica de vácuo tem mostrado resultados promissores.

Neste caso, a terapêutica endoscópica permitiu a resolução do defeito esofágico, sem necessidade de encerramento cirúrgico da perfuração, oferecendo uma alternativa eficaz e menos invasiva do que a cirurgia, que se encontra habitualmente associada a maior morbidade e maior tempo de internamento.

IE 03

COLECISTOGASTROSTOMIA: UMA ALTERNATIVA A CONSIDERAR NA OBSTRUÇÃO BILIAR

Andreia Guimarães¹; Bruno Gonçalves¹;
Tânia Carvalho¹; José Damasceno¹; Pedro Antunes²;
Ângela Rodrigues¹; Raquel Gonçalves¹

¹Hospital de Braga ²Hospital Pedro Hispano

Introdução: A drenagem da vesícula guiada por ecoendoscopia constitui uma alternativa, nos casos de obstrução biliar em que não é possível a realização de CPRE ou a drenagem da via biliar por ecoendoscopia.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma doente de 92 anos, admitida por icterícia obstrutiva e colangite aguda. Analiticamente destacava-se leucocitose (13700/mm³) com neutrofilia (88%) e um padrão de citocoléstase com hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 18,19 mg/dL). Dos achados imagiológicos de salientar dilatação da via biliar intra-hepática e da via biliar principal (VBP), com 18mm,

que se encontrava preenchida por conteúdo heterogêneo na sua porção intrapancreática, assim como litíase da vesícula biliar. A doente foi proposta para colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), não sendo possível a sua realização pela presença de neoplasia ulcerada e estenosante da transição bulbo-D2, que impedia o acesso do duodenoscópio à papila. Foi realizada ecoendoscopia, observando-se VBP dilatada, porém não foi possível a realização da coledoco-duodenostomia por má visualização da VBP em posição duodenal. Optou-se pela punção transgástrica da vesícula biliar, após verificar a patência do ducto cístico, com drenagem biliar eficaz para o antro gástrico. O procedimento decorreu sem evidência de complicações. A doente apresentou melhoria dos parâmetros inflamatórios e de citocolestase, contudo evoluiu desfavoravelmente durante o internamento, por intercorrência infecciosa que acabou por culminar no seu falecimento, cerca de 10 dias após o procedimento.

Conclusão: A colecistogastrostomia permite uma drenagem biliar adequada, quando há patência do ducto cístico, apresentando um perfil de segurança favorável quando comparada com outras técnicas, nomeadamente percutânea e cirúrgica.

IE 04

QUEM PROCURA SEMPRE ENCONTRA – REMOÇÃO ENDOSCÓPICA DE UMA ESPINHA COMPLETAMENTE PENETRADA NA PAREDE ESOFÁGICA

Sofia Gonçalves Bragança¹; Filipa Bordalo Ferreira¹;
Fábio Pereira Correia¹; Maria Ana Rafael¹;
Luís Carvalho Lourenço¹; Margarida Boavida¹;
Filipe Martins Freire¹; David Horta¹; Mariana Cardoso¹
¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A aquisição de experiência na disseção endoscópica da submucosa e o desenvolvimento de instrumentos especializados, como as facas de disseção, possibilitaram a adaptação

desta técnica para outros procedimentos. Assim, os corpos estranhos completamente penetrados na parede esofágica podem ser eficazmente removidos por endoscopia, evitando a necessidade de cirurgia.

Apresentamos o caso de uma doente de 36 anos, saudável, que recorreu ao serviço de urgência por odinofagia e sensação de corpo estranho na sequência de ingestão acidental de uma espinha de peixe. Após ter realizado uma nasofibrosopia, que não revelou alterações, efetuou uma tomografia computadorizada (TC), que identificou um corpo estranho filiforme com 25mm no esôfago cervical, aparentemente no lúmen, sem evidência de complicações. A endoscopia digestiva alta (EDA) demonstrou uma protusão da mucosa, ligeiramente erosionada, imediatamente distal ao esfíncter esofágico superior, sem se identificar a espinha. Foi realizada uma esofagoscopia rígida, que também não identificou o corpo estranho. A reavaliação por TC demonstrou o objeto na mesma localização, agora aparentemente no interior da parede esofágica. Após discussão multidisciplinar, envolvendo Gastrenterologia, Otorrinolaringologia (ORL) e Cirurgia Geral, decidiu-se pela tentativa de remoção endoscópica da espinha. Foi realizada ecoendoscopia, que identificou a presença de material ecogénico e com cone de sombra na segunda camada (*muscularis mucosae*) da parede esofágica, que se encontrava ligeiramente espessada, correspondendo à protusão erosionada na visão endoscópica. Após obtenção do consentimento informado, foi realizada EDA sob anestesia geral, na presença da ORL, que poderia intervir perante a impossibilidade de remoção endoscópica do corpo estranho ou na presença de complicações. Procedeu-se ao corte da mucosa junto à erosão com DualKnife-J, permitindo a exposição da espinha penetrada na parede esofágica, que foi posteriormente tracionada com pinça. A espinha de 25mm foi finalmente re-

movida 12 dias após a sua ingestão acidental. Com este caso, pretendemos partilhar e ilustrar, com fotografias e vídeos detalhados, a remoção endoscópica eficaz de um corpo estranho pontiagudo penetrado na parede esofágica.

IE 05

HEMORRAGIA MACIÇA POR FISTULIZAÇÃO DE COLEÇÃO PERIPANCREÁTICA – TRATAMENTO ENDOSCÓPICO COM CIANOACRILATO

Sofia Gonçalves Bragança¹; Filipa Bordalo Ferreira¹; Mónica Francisco¹; Fábio Pereira Correia¹; Luísa Martins Figueiredo¹; David Horta¹; Luís Carvalho Lourenço¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A penetração de uma coleção peripancreática para o estômago, condicionando hemorragia maciça, é uma complicação tardia grave de pancreatite aguda que geralmente necessita de tratamento endovascular ou cirúrgico emergente.

Apresentamos o caso de um doente com 52 anos, com um internamento recente por pancreatite aguda ligeira de causa etanólica. A ressonância magnética realizada após a alta demonstrou uma coleção peripancreática multiloculada com 5cm, em íntima relação com o estômago. O doente abandonou seguimento e foi novamente internado 5 meses depois por dor abdominal epigástrica intensa, náuseas e vômitos com 3 dias de evolução. Referia também desconforto nos quadrantes superiores do abdómen e perda ponderal desde o episódio prévio de pancreatite aguda. A tomografia computadorizada (TC) revelou uma coleção peripancreática heterogénea multiloculada com 7cm com origem no corpo e cauda do pâncreas, estendendo-se até ao corpo gástrico proximal e ao baço. Após melhoria clínica sob antibioterapia na primeira semana, apresentou hematemeses. A angiografia por TC demonstrou a coleção peripan-

creática, agora com 9cm, fistulizada para a parede gástrica e com hemorragia ativa com aparente origem em ramos da artéria gástrica esquerda ou da artéria esplénica. A hemoglobina atingiu um valor mínimo de 5,3 g/dL. A endoscopia digestiva alta revelou um abaulamento na parede posterior do corpo gástrico proximal com hemorragia em toalha com origem em orifícios fistulosos. Procedeu-se a injeção de cianoacrilato com lipiodol num orifício fistuloso e aplicação subsequente de pó hemostático, com controlo da hemorragia. A arteriografia da artéria gástrica esquerda e das artérias esplénicas confirmou obliteração dos vasos previamente sangrantes por material hiperdenso, sem necessidade de tratamento endovascular. O doente evoluiu favoravelmente e a TC realizada após 1 semana demonstrou uma coleção peripancreática apenas residual, preenchida por material hiperdenso.

Apresentamos um caso raro de uma coleção peripancreática penetrada para o estômago, condicionando hemorragia maciça, controlada através da injeção endoscópica de cianoacrilato. Neste caso, a injeção de cianoacrilato na coleção obliterou os vasos sangrantes e foi o tratamento definitivo deste doente, sem necessidade de abordagem terapêutica endovascular ou cirúrgica.

IE 06

TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA DE SLEEVE GÁSTRICO COM PRÓTESE AUTOEXPANSÍVEL ESOFAGODUODENAL MEGA-STENT

Francisco Vara Luiz¹; Gonçalo Nunes¹; Ivo Mendes¹; Carla Oliveira¹; Ana Pascoal¹; Cláudia Afonso¹; Susana Onofre¹; Patrícia Lages¹; Jorge Fonseca¹

¹Hospital Garcia de Orta

A gastrectomia vertical (sleeve) constitui um dos procedimentos bariátricos mais realizados. A deiscência de sutura é uma complicação pós-operatória com elevada morbimortalidade.

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 56 anos, com antecedentes de obesidade grau III (IMC 42 Kg/m²), submetida a cirurgia de sleeve gástrico duas semanas antes noutra instituição. Admitida por febre, dor abdominal e vômitos com início dois dias após a intervenção. Na tomografia computadorizada (TC) verificou-se extravasamento de contraste oral na face anterior do estômago, sendo identificada coleção com 13.5cm de diâmetro e bolhas gasosas no interior, entre a parede gástrica e o lobo hepático esquerdo. Foi iniciada antibioterapia com piperacilina+tazobactam, efetuada drenagem percutânea ecoguiada da coleção de conteúdo purulento e solicitada avaliação endoscópica para tratamento da deiscência. A endoscopia alta revelou pus no lúmen gástrico e solução de continuidade com 10mm na vertente gástrica da JEG, observando-se extravasamento de contraste para loca/recesso extraluminal a esse nível. Foram aplicados clips de marcação no ápex bulbar, antro pré-pilórico e esôfago médio-distal, e realizada fulguração dos bordos do orifício com árgon-plasma (40W, 2L/min). Após passagem de fio-guia 0.038" (Jagwire™) até ao jejuno, procedeu-se a colocação de prótese metálica autoexpansível totalmente coberta Niti™-MEGA™ (Mega-Stent) 28x230mm (Taewoong Medical), sob controlo fluoroscópico, que ficou ancorada no esôfago e na 2ª porção do duodeno. Realizada ainda fixação da extremidade proximal da malha à mucosa com 2 clips. A radiografia de tórax às 24h confirmou correto posicionamento e expansão da prótese. Na TC de controlo às 72h não se observou extravasamento, tendo a doente retomado dieta oral com tolerância. Após 8 semanas foi efetuada a remoção endoscópica do Mega-Stent, confirmando-se cicatrização completa da solução de continuidade descrita.

A abordagem endoscópica é frequentemente utilizada como primeira linha terapêutica em

deiscências após cirurgia esôfago-gástrica. A utilização de próteses metálicas autoexpansíveis constitui uma técnica eficiente, apresentando como limitações o risco de migração e a incapacidade de derivação completa do trânsito digestivo na presença de deiscências de grandes dimensões. O presente caso exemplifica a eficácia do Mega-Stent que se justifica pela possibilidade de exclusão completa do estômago operado e redução do risco de migração neste contexto.

IE 07

EXTENSA COLEÇÃO NECRÓTICA PERIPANCREÁTICA: UM CASO DE DUPLA DRENAGEM ENDOSCÓPICA

Mónica Francisco¹; Fábio Pereira Correia¹;
Joana Carvalho e Branco¹; Luís Lourenço¹;
David Horta¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

As coleções necróticas após pancreatite aguda necrotizante representam um desafio cursando frequentemente com infeção de difícil controlo. A abordagem preferida, de drenagem endoscópica transmural é limitada a coleções adjacentes ao trato gastrointestinal, enquanto que abordagem cirúrgica percutânea está associada a maior comorbilidade. Como alternativa surge a necrosectomia endoscópica percutânea: uma técnica apenas recentemente explorada com alguns casos descritos na literatura e com perfil de segurança aceitável.

Mulher de 80 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de síndrome parkinsoniano, recorreu por queixas de dor epigástrica e enfartamento precoce com um mês de evolução. Referia também episódio de dor abdominal intensa 4 semanas antes do início do quadro. Realizou endoscopia digestiva alta que identifica compressão extrínseca gástrica e, neste contexto, fez TC AP que revelou extensa coleção peripancreática com extensão à fossa ilíaca esquerda numa comprimento

máximo de 27cm. Analiticamente com elevação da PCR 5.3mg/dL. Admitiu-se gastric outlet obstruction syndrome por compressão de coleção peripancreática infetada secundária a pancreatite aguda. Optou-se pela início de antibioterapia de largo espectro e drenagem transgástrica de coleção com colocação de LAMS. Cumpriu múltiplos ciclos de antibioterapia ajustados ao isolamento bacteriológico e fúngico da drenagem. Apesar da melhoria imagiológica da porção peripancreática da coleção, a restante coleção manteve-se sobreponível. Após duas drenagens percutâneas ineficazes, decidiu-se drenagem percutânea com colocação de prótese metálica autoexpansível (PMAE) (120x25mm) e subsequentes necrosectomias endoscópicas. Houve melhoria clínica, endoscópica e imagiológica, pelo que se removeram as próteses. Para encerramento encerramento da fistula cutânea colocou-se penso de vácuo, com boa evolução da ferida. Não houve complicações locais do procedimento e a PMAE foi bem tolerada pela doente, com alta posterior.

Trata-se de um caso em que a realização de dupla drenagem endoscópica (transgástrica e percutânea) se revelou essencial para controlo de coleção peripancreática, com recurso a método pouco convencional de necrosectomia endoscópica, sem complicações associadas a este procedimento.

Apresentamos iconografia detalhada dos procedimentos, em formato de imagem e vídeo

IE 08

STENTFIX OTSC: UMA NOVA FERRAMENTA NO TRATAMENTO DE DEISCÊNCIAS DO TRATO DIGESTIVO SUPERIOR

Isabel Tarrío¹; Marta Moreira¹; Alda Andrade¹; Tarcísio Araújo¹; Rui Arrais Castro¹; Luís Lopes¹
¹H. Viana do Castelo

Introdução: A deiscência da anastomose (DA) esófago-jejunal após gastrectomia total constitui uma complicação relativamente fre-

quente (até 9% dos casos), estando associada a morbimortalidade. As próteses metálicas totalmente cobertas (PMTC) constituem uma opção terapêutica minimamente invasiva com elevada taxa de eficácia na sua terapêutica, mas têm risco de migração.

Caso: Homem de 69 anos, submetido a gastrectomia total laparoscópica, por adenocarcinoma do corpo gástrico proximal, com reconstrução em Y-de-Roux. Ao 3.º dia pós-operatório, febre, vômitos e dor abdominal, associada a subida de parâmetros inflamatórios (12000 Neutrófilos; PCR 25.6 mg/dL). Realizou TC TAP que identificou um hidropneumotórax de grande volume à direita e um fleimão com cerca de 5 cm adjacente ao coto duodenal. Iniciou antibioterapia de largo espectro e drenagem percutânea do hidropneumotórax, com saída de líquido biliar. Pela possível DA, realizou trânsito esofágico com gastrografina, que não revelou alterações. Evoluiu em choque séptico e em nova TC TAP observou-se extravasamento de contraste ao nível da anastomose esófago-jejunal e uma fistula esófago-pleural (FEP) à direita.

Foi então submetido a EDA, na qual se observou uma estenose intransponível da anastomose esófago-jejunal, com um orifício de deiscência cerca de 1 cm proximalmente à mesma. Colocou-se uma PMTC, sobre fio-guia e com controlo fluoroscópico, verificando-se a passagem de contraste para o lúmen jejunal. Para impedir a migração da prótese, fixou-se o seu topo proximal com um Stentfix OTSC®, simultaneamente ancorado no tecido esofágico e na malha da PMTC. Nova TC TAP confirmou o correto posicionamento da prótese e a passagem de contraste para as ansas jejunais, sem extravasamento.

O doente evoluiu favoravelmente, com diminuição gradual de drenagem torácica, descida de parâmetros inflamatórios e resolução da coleção abdominal, tendo iniciado dieta líquida após 10 dias.

Após 5 semanas, repetiu-se EDA, na qual se observou a PMTC in situ, fixa com o Stentix OTCS® que foi quebrado com o sistema Remove-DC Impulse (Ovesco®) e removido com pinça de corpos estranhos (PCE). Seguidamente, a PMTC foi removida com PCE. No final, avançou-se o endoscópio para a ansa jejunal, sem se evidenciarem sinais de deiscência, mesmo após instilação de contraste endoluminal.

O doente teve alta após 11 dias, sob dieta oral e com TC TAP a revelar a resolução praticamente total do derrame pleural.

Após 2 meses apresentou disfagia para sólidos e repetiu EDA, onde se observou uma estenose da anastomose esófago-jejunal, que foi dilatada com balão TTS até 10 mm. O doente mantém-se em programa de dilatações seriadas.

Conclusão: As PMTC são frequentemente usadas para o tratamento de patologia esofágica, como é o caso de DA. A PMTC esofágica foi eficaz no tratamento da FEP e o Stentfix OTCS® preveniu eficazmente a migração da prótese, tendo sido removido de forma simples e segura.

IE 09

GASTROENTEROANASTOMOSE POR ECOENDOSCOPIA NUM CASO DE OBSTRUÇÃO MALIGNA DUODENAL

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

¹H. Viana do Castelo

Introdução: O tratamento paliativo das obstruções malignas do segmento antro-piloro-duodenal é realizado através da colocação de próteses metálicas auto-expansíveis ou gastroenteronastomose cirúrgica, de acordo com a sobrevida do doente ou outros critérios, entre os quais os protocolos específicos das instituições.

A gastroenteronastomose guiada por ecoendoscopia (EUS-GE) surgiu como um proce-

dimento minimamente invasivo recente, que constitui uma terceira opção para a palição da obstrução do antro-piloro-duodenal. Esta técnica envolve a introdução de uma prótese de aposição luminal através do estômago para uma ansa de intestino delgado distal à obstrução, sob ecoendoscopia e habitualmente guiado por fluoroscopia.

Demonstra-se em vídeo o caso de uma doente com obstrução duodenal, submetida a EUS-GE paliativa.

Caso clínico: Doente de 64 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do jejuno proximal estágio III (pT4N2M0), submetida a enterectomia e colectomia segmentar esquerda em 2021. Dez meses após a cirurgia, iniciou intolerância alimentar, com náuseas e vômitos pós-prandiais. A TC abdominopélvica objetivou recidiva peritoneal e ganglionar precoce, identificando-se múltiplos implantes peritoneais, um deles com 45x40mm de maiores eixos axiais, que condicionava estenose da terceira porção do duodeno. Foi iniciada quimioterapia paliativa (FOLFIRI+cetuximab) sem se verificar significativa melhoria clínica ou imagiológica. Face à intolerância alimentar, foi realizada endoscopia digestiva alta que permitiu observar a presença de estenose ao nível de D3/D4. Após preenchimento das ansas jejunais com soro fisiológico e azul de metileno (por sonda entérica previamente colocada sob fluoroscopia), procedeu-se à colocação de uma prótese HotAxios™ com 15 mm x 10 mm através do antro gástrico, configurando a gastroenteroanastomose. Após 6 semanas, a doente mantinha via oral patente, conseguindo tolerar dieta cremosa. Faleceu após 3 meses, por evolução da neoplasia.

Conclusão: Com este caso, pretendemos demonstrar as diferentes etapas na envolvidas na realização deste novo procedimento endoscópico minimamente invasivo e complexo, que utiliza uma prótese de aposição luminal com eletrocautério, e em que o acesso ao

intestino delgado pode ser dificultado, entre outros, pela mobilidade deste. Nesta doente, a EUS-GE foi realizada de forma eficaz, segura e com boa durabilidade, mantendo-se a sua patência ao longo dos 3 meses de seguimento.

IE 10

LITOTRÍCIA GUIADA POR PANCREATOSCOPIA PER-ORAL NO TRATAMENTO DE CÁLCULOS PANCREÁTICOS COMPLEXOS

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

¹H. Viana do Castelo

Introdução: A formação de cálculos intrapancreáticos é uma complicação da pancreatite crónica, que pode resultar em obstrução dos ductos pancreáticos e seus ramos, com hipertensão ductal, manifestada clinicamente por dor abdominal. O tratamento passa pela descompressão ductal, sendo que a seleção da técnica está dependente do tipo e tamanho de cálculo. A fragmentação dos cálculos por litotricia intraductal/extra-corporal, seguida pela sua extração por CPRE, é uma opção terapêutica de primeira linha para cálculos complexos, disponível em centros especializados em terapêutica bilio-pancreática.

Demonstra-se em vídeo o caso clínico de um doente submetido a litotricia pancreática intraductal.

Caso clínico: Homem de 50 anos com antecedentes de pancreatite crónica de etiologia alcoólica e dor abdominal crónica, refratária à terapêutica médica (incluindo opióides). A TC abdominal revelou atrofia do parênquima pancreático, dilatação do ducto pancreático principal, calcificações pancreáticas e litíase da cabeça do pâncreas que foi melhor caracterizada por CPRM, na qual foram identificados múltiplos cálculos no ducto pancreático principal, com dimensões até 15mm. Analiticamente não apresentava alterações de relevo, nomeadamente hiperbilirrubinemia ou

elevação dos parâmetros de citocolestase hepática. Foi submetido a CPRE, na qual foi realizada pancreatografia que revelou a presença de múltiplos cálculos da porção cefálica do Wirsung, os maiores com cerca de 15 mm, que condicionavam dilatação a montante do ducto. Foram realizadas 3 sessões de litotricia com laser Holmium (800J -1800J), guiadas por SpyGlass™ DS (Boston Scientific®), com fragmentação da totalidade dos cálculos e posterior remoção com balão extrator. Não se registaram complicações intra ou pós-procedimento, tendo-se observado melhoria franca da dor abdominal.

Conclusões: A litotricia guiada por colangioscopia apresentou eficácia e segurança na terapêutica de cálculos pancreáticos complexos, resultando numa significativa melhoria da sintomatologia e qualidade de vida do doente. Na literatura existem ainda poucos casos descritos de litotricia intraductal guiada por pancreatoscopia, sendo raros aqueles que apresentavam cálculos com dimensões como as deste doente. São necessários ensaios clínicos randomizados que comparem as técnicas de litotricia extracorporal com a litotricia por pancreatoscopia per oral, de forma a determinar a terapêutica de primeira linha mais adequada.

Casos clínicos

CC 01

**ENCEFALOPATIA DE WERNICKE
– APRESENTAÇÃO CATASTRÓFICA
E ETIOLOGIA IMPROVÁVEL**

Margarida Rajão Saraiva¹; Daniel Conceição¹;
Joana Lemos Garcia¹; Ana Azevedo¹; Pedro Currais¹;
Carolina Simões¹; Isabel Claro¹
¹IPO Lisboa

A encefalopatia de Wernicke é uma doença neurológica potencialmente fatal. A sua causa, o défice de tiamina, associa-se maioritariamente ao alcoolismo crónico, embora possa também ocorrer em casos de desnutrição severa, hiperémese gravídica, doença psiquiátrica e diálise. A Encefalopatia de Wernicke por gastroparésia é uma ocorrência rara na literatura.

Descrição do caso: Homem, 72 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e gastroparésia de provável etiologia diabética com resposta parcial ao tratamento médico com procinéticos, antieméticos e também sob antidiabéticos orais.

Por adenocarcinoma gástrico, foi submetido a disseção da submucosa(DSM) curativa, 2 anos antes. Desenvolveu estenose pilórica 1 mês após DSM, refratária a dilatação endoscópica e não passível de colocação de prótese biodegradável por angulação cicatricial do estômago.

Recorre ao Serviço de Urgência por vômitos pós-prandiais com 2 semanas de evolução, emagrecimento(12%/1mês) e desorientação temporo-espacial nos últimos 2 dias. Ao exame objetivo apresentava-se parcialmente

orientado, hemodinamicamente estável, com desidratação mucocutânea. Foi internado, otimizada a terapêutica com procinéticos e colocada sonda nasogástrica em drenagem passiva. Análises à admissão sem alterações exceto compatíveis com cistite - iniciou anti-bioterapia empírica.

Durante o internamento, verificou-se depressão aguda do estado de consciência com estupor e oftalmoplegia bilateral, seguido de agitação e delirium. AngioTAC-CE excluiu evento vascular agudo e a análise citoquímica do LCR estava inalterada. Por suspeita clínica de Encefalopatia de Wernicke, iniciou tiamina endovenosa em dose terapêutica, anticonvulsivante, antibióticos em dose meningea e antivírico, enquanto aguardava resultados microbiológicos. O estudo por RMN-CE revelou hipersinal em T2 e FLAIR com restrição no estudo de difusão na região do teto de mesencéfalo, substância cinzenta peri-aquedutal e face mesial e dorsal dos tálamos - achados sugestivos de Encefalopatia de Wernicke. O restante estudo complementar, incluindo EEG e análise completa de LCR, excluiu outras etiologias.

Verificou-se melhoria progressiva da afasia, apraxia, ataxia e nistagmo. Após reabilitação motora e suplementação vitamínica, 6 meses depois, mantém défice mnésico de curta duração(S. Korsakoff). Apresenta recuperação nutricional, sem vômitos, sob medicação procinética e antiemética.

Conclusão: Este caso ilustra sequelas potencialmente irreversíveis de desnutrição e

relembra a entidade como diagnóstico diferencial. Este diagnóstico é sobretudo desafiante em doentes não alcoólicos, sendo o seu diagnóstico geralmente mais tardio.

CC 02

QUANDO A SOLUÇÃO SE TORNA UM PROBLEMA: HEMORRAGIA DIGESTIVA POR EROÇÃO DA ARTÉRIA ESPLÊNICA POR LAMS

Francisca Corte Real¹; Ana Catarina Rego¹; Nuno Nunes¹; José Renato Pereira¹; Isabel Inês Vieira¹; André Cabral Pacheco¹; Diogo Bernardo Moura¹; Carolina Chálim Rebelo¹; Margarida Flor de Lima¹; Filipe Taveira¹; Maria Pia Costa Santos¹; Vera Costa Santos¹; Nuno Paz¹; Maria Antónia Duarte¹

¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A drenagem das coleções peripancreáticas pode ser necessária quando se tornam sintomáticas, infetam, ou condicionam compressão em órgãos adjacentes. As próteses metálicas de aposição luminal (LAMS) têm sido amplamente utilizadas pela sua eficácia, no entanto, poderão estar associadas a alguns efeitos adversos, nomeadamente, hemorragia, que pode ser grave e ocorrer em até 25% dos doentes. Apresentamos um caso de uma hemorragia digestiva alta secundária a erosão da artéria esplénica por LAMS.

Doente do sexo masculino, de 49 anos de idade, com pancreatite aguda necrotizante (> 70% de necrose pancreática), moderada, de etiologia não esclarecida. Em tomografia computadorizada (TC) abdominal de reavaliação, seis meses depois, identificou-se uma volumosa coleção líquida peripancreática, com áreas intraquísticas de atenuação heterogénea, de 175x149x240 mm, compatível com walled-off necrosis. Esta coleção condicionava compressão do confluente espleno-mesaraico, que se encontrava com calibre lamelar/filiforme.

Foi efetuada drenagem da coleção, por uma

LAMS (Hot AXIOS™), sem intercorrências. Três semanas e meia depois, o doente recorreu ao Serviço de Urgência por hematemeses e lipotimia. Na endoscopia digestiva alta, evidenciou-se, na face posterior do corpo alto, a LAMS bem posicionada, com coágulos organizados no seu lúmen, sem evidência de hemorragia ativa. Realizou angio-TC abdominal, que revelou a extremidade extragástrica da LAMS a erodir a artéria esplénica.

Foi decidido embolizar a artéria esplénica previamente à remoção da LAMS. Procedeu-se, então, à sua extração, sem complicações. Três dias depois da embolização e extração da prótese, o doente desenvolve febre, com evidência de necrose esplénica, pelo que foi submetido a esplenectomia. Apresentou evolução clínica favorável e encontra-se assintomático, num follow-up de um ano.

Com este caso, pretendemos mostrar a abordagem de um doente com uma complicação pouco frequente, mas potencialmente fatal, secundária a LAMS.

CC 03

DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADA – UMA ETIOLOGIA INESPERADA

Sara Ramos Lopes¹; Inês Costa Santos¹; Madalena Teixeira¹; Cristiana Sequeira¹; Cláudio Martins¹; Cláudia Cardoso¹; Élia Gamito¹; Ana Carvalho¹; Ana Paula Oliveira¹

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

Introdução: A doença de Wilson (DW) é uma doença genética rara, decorrente de mutações no gene ATP7B, com conseqüente acumulação de cobre sobretudo no fígado e sistema nervoso central.

Caso: Os autores relatam o caso de uma mulher de 33 anos, natural do Butão, admitida por um quadro de icterícia, epistáxis e astenia com 2 semanas de evolução, sem outras queixas relevantes. Negava consumo

de álcool ou tóxicos. À observação, salientava-se escleróticas ictericas, ascite moderada e edemas dos membros inferiores. Analiticamente, a destacar anemia normocítica normocrômica, icterícia hepatocelular com bilirrubina total 7.5mg/dL, INR 2.4 e albumina 1.8g/dL. A tomografia computadorizada revelou fígado com sinais de doença hepática crônica, ascite e esplenomegalia, excluindo lesões obstrutivas ou focais hepatobiliopancreáticas e alterações vasculares.

Admitiu-se o diagnóstico de cirrose hepática descompensada com ascite, tendo sido internada.

Do estudo etiológico, salientava-se ANA positivo (1:160), anemia hemolítica Coombs positiva, aumento IgG (3500mg/dL), destacando-se ainda ferritina 564ng/dL e saturação transferrina >45%. Ceruloplasmina normal, cobre sérico 52mg/dL (80-155mg/dL). Realizou biópsia hepática transjugular para despiste de diagnóstico de hepatite autoimune, após a qual iniciou prednisolona 1mg/kg/dia. Dada a ausência de resposta à corticoterapia, prosseguiu investigação com doseamento do cobre na urina de 24horas que foi de 348mg (>60mg/ 24h). Não foram identificados anéis de Kayser-Fleischer nem alterações neuropsiquiátricas.

A histologia da biópsia revelou cirrose hepática com áreas de necrose e marcada deposição de cobre.

Perante estes resultados, assumiu-se o diagnóstico provável de DW, corroborado pelo estudo genético positivo com deteção da variante c.3584C>T em homozigotia no gene ATP7B, tendo a doente iniciado penicilamina.

Apesar da terapêutica instituída, verificou-se agravamento do quadro clínico e analítico com evolução para ACLF-3. A doente foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos e proposta para transplante hepático urgente.

A cirurgia e o pós-operatório foram pautados por várias intercorrências, tendo a doente fa-

lecido na sequência de intercorrências infecciosas.

Conclusão: Os autores destacam o caso pela sua raridade e desafio diagnóstico, dado o espectro de doenças que a DW pode mimetizar, exigindo um elevado nível de suspeição, alertando-se para a necessidade de considerar este diagnóstico em casos de possível hepatite autoimune que não respondem ao corticóide.

CC 04

COLECISTITE AGUDA ALITIÁSICA: UMA CAUSA RARA

Ana Catarina Bravo¹; Catarina Nascimento¹; Bárbara Morão¹; Joana Revés¹; Bárbara Abreu¹; André Bargas¹; Catarina Gouveia¹; Manuela Canhoto¹; Luísa Glória¹
¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A colecistite aguda alitiásica é uma forma de colecistite aguda causada por disfunção ou hipocinésia da vesícula. Apresenta etiologias diversas, que condicionam estase biliar, isquémia e necrose.

Caso clínico: Mulher, 41 anos, sem antecedentes pessoais, portadora de implante subcutâneo hormonal. Internada em Abril 2023 por colecistite aguda alitiásica, submetida a colecistectomia laparoscópica cuja peça confirmou colecistite crónica agudizada necrotizante. Intraoperatoriamente, com ascite perivesicular e fígado macronodular, compatível com cirrose. Analiticamente sem alterações, estudo de doença hepática negativo. Paracentese diagnóstica com GASA 0.9mg/dL, 398 leucócitos (16% polimorfonucleares), proteínas 4.7g/dL, citologia sem alterações. TC toraco-abomino-pélvico com fígado de aspecto cirrótico, realces hipervasculares milimétricos e moderada ascite, pelo que foi referenciada a consulta de Gastroenterologia. Duas semanas depois, realizou RMN abdominal, com alterações sugestivas de doença hepática crónica e aspetos sugestivos de

trombose crónica da veia supra-hepática direita, com permeabilidade mantida, e ascite em moderada quantidade. Recorreu ao serviço de urgência 1 semana depois por aumento do volume abdominal e dor abdominal difusa. À observação, com ascite sob tensão e sinais inflamatórios peri-cicatriz de laparoscopia, sem encefalopatia ou icterícia. Analiticamente sem alterações. Realizada TC abdomino-pélvica que mostrou derrame pleural à direita de novo, ascite volumosa e progressão da trombose, com envolvimento das veias supra-hepáticas direita, média e esquerda. Endoscopia digestiva alta sem varizes. Ecocardiograma sem alterações. Admitido quadro de Budd Chiari agudo não fulminante em doente com diagnóstico inaugural de cirrose e etiologia não esclarecida. Realizado estudo pro-trombótico, sem alterações, e iniciada anticoagulação, que mantém. Referenciada e discutida em reunião multidisciplinar de centro de referência, admitindo-se colecistite aguda alitiásica em contexto provável de isquémia associada ao Síndrome de Budd Chiari. Programado TIPS para Outubro 2023 por ascite refratária, mantendo acompanhamento para eventual transplante hepático e estudo em hepatologia e hematologia.

Conclusão: O Síndrome de Budd Chiari é uma patologia rara que resulta da obstrução do fluxo venoso a jusante do fígado. Apresentamos um caso de uma possível colecistite aguda alitiásica no contexto de isquémia associada a este síndrome, do nosso conhecimento o único descrito na literatura, alertando para esta possível manifestação.

CC 05

UMA ETIOLOGIA RARA DE CIRROSE HEPÁTICA: UM NOVO CULPADO?

Inês Costa Santos¹; Madalena Teixeira¹; Sara Ramos Lopes¹; Cláudio Martins¹; Ana Carvalho¹; Matilde Gonçalves¹; Ana Paula Oliveira¹
¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A alteração das provas hepáticas deve ser sempre investigada, com estudo analítico e imagiológico. Contudo, quando este é negativo, a biopsia hepática assume um papel importante, podendo ser determinante no estabelecimento de um diagnóstico.

Descrição do caso: Os autores relatam o caso de um jovem de 22 anos, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos, apenas com história de COVID-19 de gravidade ligeira em janeiro de 2022, referenciado à Consulta de Gastrenterologia por alterações da bioquímica hepática de novo (ALT 476U/L, AST 139U/L, GGT 135U/L, FAlc e BilT normais) em análises de rotina realizadas em março de 2022. Encontrava-se assintomático e sem alterações ao exame objetivo. Não havia medicação crónica, introdução recente de fármacos ou produtos de ervanária, nem contexto epidemiológico para zoonoses.

Foi realizada uma extensa investigação etiológica, com exclusão de agentes hepatotrópicos (VHA, VHB, VHC, VHE, EBV, CMV, Borrelia, Brucella, Coxiella, Rickettsia e Mycobacterium tuberculosis), etiologias autoimunes, metabólicas, bem como de doenças hematológicas, nomeadamente linfoproliferativas. A TC abdominopélvica com CIV documentou ligeira hepatomegalia com esteatose, sem lesões focais, e discreta esplenomegalia, sem ascite. Durante o período de investigação, o doente manteve elevação da enzimologia hepática sobreponível, com aparecimento de trombocitopenia ligeira. Permaneceu assintomático, sem sinais de descompensação de doença hepática.

Perante o estudo negativo, foi decidida a realização de biópsia hepática percutânea, que revelou achados de cirrose hepática, com presença de fibrose septal e nódulos de regeneração, apresentando o restante parênquima áreas com lesão de hepatite de interface, necrose hepatocelular focal e, como achado proeminente, numerosos hepatócitos gigantes multinucleados. A presença de hepatócitos gigantes multinucleados, com mais de 4 a 5 núcleos, na presença de outras lesões de hepatite permitiu o diagnóstico de hepatite de células gigantes pós-infantil (HCGPI), infelizmente já em fase cirrótica.

Apesar de se encontrar assintomático e com função hepática preservada, atendendo ao mau prognóstico desta entidade e seu diagnóstico em fase avançada, o doente foi encaminhado para consulta de transplante hepático.

Conclusão: A hepatite de células gigantes é um achado histológico comum em várias doenças hepáticas pediátricas. Contudo, é uma entidade extremamente rara no adulto, correspondendo a 0,1-0,25% das doenças hepáticas, sendo também infrequente a sua apresentação com rápida progressão para cirrose. A sua principal etiologia é autoimune, seguida da viral em até 20% dos casos. A associação temporal entre a infeção por SARS-CoV-2 do doente e o início da lesão hepática faz com que este vírus não possa ser descurado enquanto potencial agente etiológico da HCGPI, não existindo ainda nenhum caso reportado na literatura.

CC 06

RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSMURAL DE LESÕES PERIAPENDICULAR – A EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO

Alda Andrade¹; Isabel Tarrío¹; Marta Moreira¹; Helena Ribeiro¹; Rui Arrais Castro¹; Tarcísio Araújo¹; Luís Lopes¹

¹ULS Alto Minho - Hospital Viana do Castelo

A ressecção endoscópica transmural (EFTR) consiste numa técnica relativamente recente para a ressecção de lesões colorrectais, particularmente com localização no pólo cecal, na proximidade do íleon terminal ou no orifício apendicular.

Descreve-se a experiência inicial do nosso centro com EFTR, utilizando-se o sistema FTRD (Ovesco), após marcação dos bordos da lesão com sonda de coagulação.

(1) Mulher de 59 anos, sem antecedentes de relevo, realizou colonoscopia de rastreio onde foi identificada lesão subepitelial com cerca de 7 mm no cego, adjacente ao recesso apendicular. Realizada EFTR (tempo do procedimento - TP: 60 minutos), com sucesso técnico e sem intercorrências. Histologia: leiomioma; margens de ressecção livres.

(2) Homem de 47 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, realizou colonoscopia de rastreio onde foi identificada lesão polipóide sésil com 10 mm no orifício apendicular. Lesão excisada por EFTR (TP: 40 minutos), sem intercorrências imediatas. Histologia: pólipó serrado sésil com displasia de baixo grau (DBG) e margens de ressecção livres.

(3) Homem de 84 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Realizou colonoscopia de rastreio onde se identificou lesão polipóide com 17 mm no cego, em torno do orifício apendicular e estendendo-se para dentro deste. Realizada a sua excisão por EFTR (TP 35 minutos), com sucesso. Histologia: adenoma tubuloviloso com DBG; margens de ressecção livres.

Em todos os casos, realizou-se colonoscopia após o procedimento, tendo-se observado o over-the-scope-clip in situ, sem sinais de complicações.

Todos os doentes realizaram profilaxia antibiótica durante 5 dias. Um doente (2) desenvolveu apendicite aguda ao segundo dia pós-procedimento, tendo sido tratado conservadoramente. Não existiram casos de hemorragia ou perfuração.

Nesta primeira amostra de doentes, a EFTR revelou-se uma técnica com elevado sucesso técnico, que permitiu a ressecção em bloco e obtenção de amostras com qualidade para avaliação histopatológica. As complicações associadas ao procedimento puderam ser resolvidas de forma não invasiva.

CC 07

THE GUT-LUNG AXIS: A CASE OF AN UNUSUAL EXTRAINTestinal MANIFESTATION IN CROHN'S DISEASE

Fábio Pereira Correia¹; Mónica Francisco¹; André Fabiano¹; Joana Carvalho Branco¹; Luís Carvalho Lourenço¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Apresentamos o caso de um homem de 60 anos, fumador (30 UMA), com o diagnóstico de doença de Crohn A3L3B1 em 2020 após colonoscopia de rastreio onde se observaram alterações inflamatórias do íleon terminal e cólon ascendente, além de volumosa lesão polipóide ao nível do ângulo hepático não passível de ressecção endoscópica. A enteroRM mostrava um espessamento do íleon terminal e cólon ascendente. Após TC de estadiamento que não apresentava alterações, o doente foi submetido a hemicolecomia direita em Março de 2021. O diagnóstico histológico revelou um adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau e mucosa envolvente com alterações inflamatórias crónicas. Após a cirurgia, tendo em conta a ausência de sintomatologia e o tabagismo como único fator de risco para

recorrência, optou-se por incentivar a cessação tabágica e protelar o início de terapêutica até reavaliação endoscópica. Em Março de 2022, por queixas de tosse não produtiva com 3 meses de evolução, o doente realizou TC torácica que mostrava múltiplos nódulos pulmonares sólidos (os maiores com 10 mm) e algumas adenopatias mediastínicas. Concomitantemente repetiu colonoscopia onde era evidente inflamação difusa do neóleon terminal com pequenas úlceras superficiais (score de Rutggerts i2). Por se manter em remissão clínica e perante achados pulmonares suspeitos não esclarecidos, optou-se por não iniciar terapêutica imunossupressora. Da investigação etiológica dos nódulos pulmonares destacava-se IGRA negativo, enzima conversora da angiotensina de 31 U/L (N < 52 U/L) e TC abdominopélvica sem alterações. O lavado broncoalveolar mostrou alterações inflamatórias inespecíficas. Na ecoendoscopia endobrônquica observaram-se adenopatias mediastínicas, a maior com 20 mm, cujas biópsias não revelavam células neoplásicas. Repetiu TC tórax de alta resolução ao fim de 3 meses, constatando-se uma franca redução do número e dimensões dos nódulos pulmonares, assim como uma redução significativa das dimensões das adenopatias. Após extensa investigação etiológica e tendo em conta o carácter migratório e regressão espontânea dos nódulos/adenopatias, considerou-se tratar de nódulos migratórios inflamatórios em relação com doença de Crohn. Após discussão multidisciplinar, foi iniciada terapêutica combinada com infliximab e azatioprina com muito boa resposta, sendo que aos 6 meses de follow-up havia uma resolução completa da sintomatologia e dos nódulos inflamatórios.

O envolvimento pulmonar por nódulos inflamatórios é uma manifestação rara da doença de Crohn. Por se tratar de um diagnóstico de exclusão e ter impacto no plano terapêutico é essencial uma investigação minuciosa, priori-

zando-se a exclusão de condições infecciosas e neoplásicas. Este caso e a sua iconografia pretendem consciencializar para o espectro de doença multissistémica que pode estar presente na doença inflamatória intestinal.

CC 08

UM NOVO FENÓTIPO DE SÍNDROME DE POLIPOSE JUVENIL?

Andreia Guimarães¹; Tânia Carvalho¹;
Dália Fernandes¹; José Damasceno¹; João Soares¹;
Tiago Leal¹; Bruno Arroja¹; Raquel Gonçalves¹

¹Hospital de Braga

Introdução: As síndromes hereditárias de neoplasia digestiva são uma predisposição genética que aumentam o risco de determinados cancros, sendo fundamental identificar o seu genótipo/fenótipo, para permitir adequar a vigilância oncológica.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um doente 38 anos referenciado à consulta de cirurgia geral por lesões polipóides gástricas, suspeitas de neoplasia, em endoscopia digestiva alta (EDA) realizada no exterior. Uma vez que as biópsias eram negativas para adenocarcinoma/displasia, realizou-se nova EDA que mostrou várias áreas polipóides eritematosas de aspeto viloso, extensas e dispersas, principalmente no corpo e cárdia. Nas múltiplas biópsias realizadas foram identificados apenas pólipos hiperplásicos, sem displasia. O doente realizou também colonoscopia onde se identificou um pólipo pediculado com 50mm do cólon transversal médio removido em 2 fragmentos (serreado sem displasia) e cerca de 10 pólipos com 5-10mm dispersos por todo o cólon, removidos 2 maiores (hiperplásicos). Na avaliação da história familiar percebeu-se que a mãe foi submetida a gastrectomia total por polipose gástrica associada a hipoalbuminemia e hemicolectomia direita por polipose do cego em 2004 (sem aceso a histologia das peças cirúrgicas). O estudo do delgado estava normal. No seguimento, realizou colonosco-

pias e os pólipos removidos são identificados como hiperplásicos.

O doente foi submetido a estudo genético com painel de poliposes que detetou uma deleção de aproximadamente 301,5kb que envolvia a totalidade do gene SMAD4, classificada como patogénica. As variantes patogénicas no gene SMAD4 estão associadas à síndrome de Polipose Juvenil (SPJ), à síndrome de Myhre e à Polipose Juvenil/Telangiectasia Hemorrágica Hereditária. Dado o contexto clínico, na consulta de genética médica assumiu-se tratar-se de uma síndrome de Polipose Juvenil, com transmissão autossómica dominante. O doente aguarda investigação do intestino delgado com videocápsula endoscópica e repetição da colonoscopia para remoção dos pólipos remanescentes e, posteriormente, entrará num regime de rastreio endoscópico a cada 3 anos. A sua mãe vai ser testada para esta mutação.

Conclusão: A SPJ caracteriza-se por pólipos hamartomatosos do trato gastrointestinal, especificamente no estômago, intestino delgado e colorretais, histologicamente característicos. Os doentes com SPJ associado a mutações do SMAD4, têm maior tendência a desenvolver pólipos gástricos e maior risco de cancro gástrico. Do conhecimento dos autores, não está descrito este fenótipo de pólipos hiperplásicos/serreados nos doentes com esta patologia.

CC 09

CLOSTRIDIÓIDES DIFFICILE NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: INFEÇÃO OU MARCADOR DE INFLAMAÇÃO?

Mónica Francisco¹; Henrique Costa Coelho¹;
Sofia Bragança¹; Joana Carvalho e Branco¹;
Ana Maria Oliveira¹; Alexandra Martins¹; David Horta¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A doença inflamatória intestinal representa um fator de risco para a infeção por Clostridioides difficile (CD), particularmente na

doença ativa. A influência da imunossupressão, nomeadamente da terapêutica biológica, no curso da infeção a CD permanece desconhecida e o seu uso controverso.

Apresentamos uma série de dois casos clínicos de colite ulcerosa (CU) complicada de infeção a CD em que o controlo da doença inflamatória com infliximab (IFX) se revelou essencial para a resolução do quadro.

Caso 1: Sexo masculino, 18 anos, com diagnóstico de pancolite ulcerosa sob terapêutica com IFX desde há 8 meses, internado por quadro clínico com uma semana de evolução de diarreia sanguinolenta com 10 dejeções por dia, acompanhado de dor abdominal e febre.

Do estudo analítico complementar destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios (PI) com leucocitose 10 500/uL, PCR 15,4 mg/dL e VS 79 mm/h, pesquisa positiva de antígeno (Ag) e toxina de CD e coproculturas negativas. A retossigmoidoscopia (RSF) objetivava Score de Mayo 3. Assumiu-se colite ulcerosa aguda grave (CUAG) com infeção a CD não grave pelo que iniciou vancomicina oral e corticoterapia sistémica. Ao terceiro dia de evolução, por ausência de resposta à corticoterapia sistémica e níveis séricos de IFX < 2 ug/ml à admissão, decidiu-se terapêutica de resgate com IFX 10 mg/Kg. Após 4 dias, registou-se melhoria clínica (<5 dejeções/dia sem sangue) e diminuição sustentada de PI. Um mês após a toma de resgate de IFX, sob descontinuação de corticoterapia, constatou-se resposta clínica sustida e analítica franca (PCR 0,43 mg/dL, VS 17 mm/h).

Caso 2: Mulher, 36 anos, médica, com antecedentes de proctite ulcerosa com 8 anos de evolução. Após infeção respiratória aguda desenvolveu bicitopenia que motivou suspensão de azatioprina. Duas semanas depois iniciou diarreia com sangue. Apesar de medicada em ambulatório com budesonido MMX teve agravamento até 7 dejeções. Recusou interna-

mento e auto-medicou-se com prednisolona 1 mg/Kg/dia. Recorreu ao Serviço de Urgência uma semana depois por manutenção dos sintomas. Do estudo complementar, destacava-se discreta elevação dos PI (PCR 2,15mg/dL, sem leucocitose) anemia (hemoglobina 10,9g/L) e pesquisa de Ag e toxina CD positivos. A RSF mostrava extensão de doença até pelo menos ao cólon descendente e Score de Mayo 3. Admitiu-se CUAG com infeção a CD não grave e iniciou corticoterapia sistémica endovenosa e vancomicina oral. Ao quarto dia de evolução, por ausência de resposta à corticoterapia sistémica e toxina CD negativa, decidiu-se terapêutica de resgate com IFX 5mg/Kg. Registou-se resposta clínica às 24h, teve alta e manteve remissão clínica e analítica à data (PCR 2.3mg/dL sem leucocitose).

Apresentamos dois casos em que a terapêutica com IFX se revelou segura e essencial ao tratamento da CUAG em contexto de infeção a CD, postulando-se que o papel do CD tenha sido mais de marcador de inflamação / bystander.

CC 10

COLANGIOPATIA DE CUIDADOS INTENSIVOS (CACI) COM HISTOLOGIA ATÍPICA – A RARIDADE NUMA DOENÇA RARA

Diogo Simas¹; Plácido Gomes¹; André Ruge¹; Pedro Russo¹; Liliana Eliseu¹; Helena Vasconcelos¹
¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A CACI é uma doença rara que integra os diagnósticos diferenciais de colestase do doente crítico. Está associada a estenoses, dilatações e cilindros nas vias biliares intra-hepáticas (VBIH), tipicamente persiste após o evento inicial e evolui rapidamente para cirrose, sendo o transplante o único tratamento definitivo.

Homem de 48 anos, previamente saudável, com internamento prolongado em unidade de cuidados intensivos (UCI) após acidente com queda de cinco metros associada a po-

litraumatismos. Durante o processo de reabilitação no ambulatório teve doença COVID-19 ligeira, altura em que se detetou colestase, a que se associaram icterícia, colúria e prurido de difícil manejo, sendo internado no serviço de gastroenterologia. Retrospectivamente, apurou-se a existência de colestase bioquímica desenvolvida no decurso do internamento em UCI, cerca de 3 meses antes. A CPRM mostrou estenoses segmentares das VBIH em ambos os lobos e estenose da via biliar principal proximal. O estudo etiológico de colangiopatias foi negativo, incluindo doseamento de IgG4 sérica e VIHs. Realizou CPRE que revelou redução do calibre do canal hepático comum e múltiplas estenoses das VBIH, complementada com colangioscopia evidenciando extenso molde biliar fusiforme e alterações inflamatórias de todo o epitélio biliar desde a emergência do cístico até ao hilo e VBIH, com edema, friabilidade e exsudato membranoso, mais marcadas no hilo e desvanecendo-se perifericamente, aspetos não característicos de colangite esclerosante primária; colocadas duas próteses biliares plásticas. As biópsias revelaram colangite xantogranulomatosa (CXG) agudizada. Manteve colestase progressiva, apesar do tratamento com ácido ursodesoxicólico e da intervenção endoscópica, e prurido de difícil controlo, tendo sido referenciado a consulta de transplantação hepática. .

A CXG é um diagnóstico muito raro, habitualmente associada a colangites de repetição, como é o caso da CACI. Contudo, este é o primeiro caso descrito que associa estas duas entidades.

Posters

PO 01

ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA EM ESÓFAGO DE BARRETT: OUTCOMES DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Luís Correia Gomes¹; Daniel Conceição¹;
Pedro Currais¹; Carolina Simões¹; Isabel Claro¹
¹IPO Lisboa

Introdução: O Esófago de Barrett (EB) é uma condição pré-maligna com incidência crescente nos países desenvolvidos associando-se a um risco aumentado de adenocarcinoma esofágico. A progressão de epitélio metaplásico para displasia ocorre numa pequena percentagem de doentes. No entanto, uma vez presente, estes doentes possuem um elevado risco para progressão para adenocarcinoma. A introdução de terapêuticas minimamente invasivas, como a terapêutica ablativa por radiofrequência (RFA) alterou o paradigma no manejo dos doentes com epitélio displásico em EB.

Objetivo: rever a eficácia, segurança e dados de follow-up em doentes com EB submetidos a RFA.

Métodos: Estudo coorte de doentes com EB submetidos a RFA e que mantiveram vigilância endoscópica com biópsias.

Resultados: 39 doentes (87,2% homens, idade: 70,26±9,92 anos, 53,3% com hérnia de hiato). 10 ainda em programa de erradicação. Quanto à extensão do EB, a maioria (71,8%) apresentava segmento curto. Motivo de referência para RFA: 32 com lesão visível (6 DBG, 11 DAG e 15 ADC) e 7 com displasia em

mucosa plana (6 DBG e 1 DAG).

Dos 29 doentes que completaram erradicação do EB, realizaram uma média de 2,24 sessões de RFA, a maioria com sonda de RFA90 focal. Durante a terapêutica de erradicação ocorreu recidiva de lesão displásica em 6 doentes (3 DBG ; 3 DAG), todas tratadas endoscopicamente. 1 dos doentes desenvolveu estenose, manejada com dilatação. A presença de hérnia de hiato aparente estar relacionada com uma maior necessidade de um maior número de RFA, no entanto sem significância estatística. (p=0,57).

Durante a vigilância (tempo médio pós erradicação: 41,81±34,1 meses), houve recorrência de EB em 2 doentes.

Conclusão: A ablação do EB, segundo as recomendações da ESGE, está aconselhada em todos os doentes com lesões em mucosa plana e em lesões visíveis após tratamento das mesmas. Os dados do nosso centro demonstram que a RFA é uma técnica com uma elevada eficácia e com um excelente perfil de segurança devendo ser a terapêutica ablativa de escolha no manejo dos doentes com EB.

PO 02

FÍSTULA COLECISTOBULBAR ASSOCIADA SÍNDROME DE BOUVERET E OBSTRUÇÃO ILEAL – RELATO DE CASO

Angela Pinto Domingues¹; Ricardo Araújo¹;
Eugénia Cancela¹; Catarina Silva¹; Sofia Ventura¹;
Cláudio Rodrigues¹; Caroline Soares¹; Américo Silva¹
¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de
São Teotónio, EPE

Introdução: A fistulização entre a vesícula biliar e o trato gastrointestinal consiste numa entidade clínica rara, podendo resultar na migração de um cálculo pelo trajeto. Apresenta-se com sintomas inespecíficos, tornando-se difícil o seu diagnóstico. Apresentamos um caso clínico de fistula colecistoentérica associada a obstrução ileal por cálculo e a síndrome de Bouveret.

Caso clínico: Sexo masculino de 65 anos, autónomo, recorreu ao serviço de urgência por quadro de vômitos com 3 dias de evolução e quadro arrastado de dores abdominais, enfartamento pós-prandial, anorexia e perda ponderal com 3 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação dos quadrantes superiores e fossa ilíaca direita. Analiticamente com discreta leucocitose neutrofílica, anemia e proteína C reativa de 3,99mg/dL. Fez ecografia e TAC abdominais que demonstraram a presença de vários nódulos hipodensos hepáticos dispersos, colelitíase exuberante sem espessamento parietal, e conteúdo intragástrico heterogéneo a nível do antro condicionando distensão a montante. Foi internado para estudo complementar. Realizou RMN abdominal que caracterizou as lesões hepáticas como hemangiomas e identificou distensão gástrica, duodenal e do jejuno proximal, com hipercaptação parietal do bulbo duodenal e aparente fistulização entre a vesícula biliar e o duodeno. Pela intolerância alimentar e vômitos persistentes, foi efetuada endoscopia digestiva alta que identificou volumoso cálculo (~5-7cm de diâmetro) no

lúmen gástrico, não obstrutivo, e aparente orifício a nível bulbar, podendo corresponder à fistula previamente descrita. Sem identificação de lesões obstrutivas gastroduodenais justificativas da dilatação jejunal. Foi submetido a laparotomia exploradora, tendo sido identificados dois cálculos, um a nível gástrico e outro a nível ileal próximo da válvula ileocecal. Efetuada gastrolitotomia e enterolitotomia, tendo sido complicada com deiscência das anastomoses e choque séptico.

Conclusão: O presente caso ilustra um quadro de obstrução intestinal e obstrução à drenagem gástrica condicionados pela fistulização e posterior migração de um cálculo entre a vesícula biliar e o trato gastrointestinal. Apesar de ser uma entidade clínica rara, é importante o seu reconhecimento precoce, dado que tem implicações terapêuticas e prognósticas.

PO 03

SÍNDROME DE WILKIE – CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL EM DOENTE JOVEM

Angela Pinto Domingues¹; Ricardo Araújo¹;
Eugénia Cancela¹; Sofia Ventura¹;
Cláudio Rodrigues¹; Caroline Soares¹; Américo Silva¹
¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de
São Teotónio, EPE

Introdução: A síndrome da artéria mesentérica superior, também conhecida como síndrome de Wilkie, consiste numa doença vascular rara causada por uma angulação diminuída a nível da raiz da artéria face à aorta abdominal, causando compressão das estruturas adjacentes. As duas estruturas mais frequentemente envolvidas são o duodeno e a artéria renal esquerda. Para o seu tratamento pode-se optar por terapêutica de suporte ou terapêutica cirúrgica. Apresentamos um caso clínico que reporta esta entidade clínica rara e que necessitou de terapêutica cirúrgica para melhoria sintomática.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 19 anos, autônoma, sem antecedentes pessoais conhecidos e sem medicação habitual. Recorreu por múltiplas vezes ao serviço de urgência por quadro de náuseas e vômitos, mas sem demonstração de alterações na radiografia abdominal e no estudo analítico realizado. Refere episódios semelhantes desde a infância, compatíveis com atraso do esvaziamento gástrico, mas com maior frequência nos últimos meses. Apresentava perda ponderal associada. Em maio de 2023, por novo episódio de vômitos biliares associado a dor epigástrica intensa, foi realizada uma ecografia abdominal que demonstrou ligeira dilatação piolocilical esquerda, mas sem identificação de causa obstrutiva, sem outras alterações nos restantes órgãos. Efetuada TAC abdominal que identificou um ângulo aorto-mesentérico de 21° ($N > 28^\circ$) e uma distância aorto-mesentérica de 4mm ($N > 10$ mm), sugerindo a existência de uma síndrome de Wilkie. Também se observou uma compressão da veia renal esquerda pela veia mesentérica superior, configurando o diagnóstico de síndrome de Nutcracker. Foi decidido internamento para otimização nutricional e decisão terapêutica. Por ausência de via oral, foi introduzida nutrição parentérica total por cateter venoso central, com posterior introdução gradual de dieta oral, mas sem tolerância eficaz à mesma. Efetuou trânsito esofágico e gastro-duodenal que não identificou alterações esofágicas ou gástricas, mas observou um atraso na passagem de contraste da 2ª para a 3ª porção duodenal, confirmando a suspeita clínica prévia. Pela intolerância à alimentação oral e após discussão com Cirurgia Geral, decidiu-se pela realização de uma duodenojejunosomia laparoscópica, que decorreu sem intercorrências. Após a alta hospitalar, cerca de 1 mês após a cirurgia, recorreu ao serviço de urgência por novo episódio de vômitos. Efetuada endoscopia digestiva alta para avalia-

ção da anastomose entérica, que não revelou alterações. Sem novos episódios desde então, estando atualmente assintomática.

Conclusão: A síndrome da artéria mesentérica superior consiste numa entidade clínica rara, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de todos os doentes jovens com dor abdominal.

PO 04

TROMBOSE NEOPLÁSICA DA VEIA PORTA – QUANDO A TROMBOSE PORTAL É A PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DA NEOPLASIA

Angela Pinto Domingues¹; Ricardo Araújo¹; Sofia Ventura¹; Cláudio Rodrigues¹; Caroline Soares¹; Américo Silva¹

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

Introdução: A trombose da veia porta pode estar associada a uma variedade de distúrbios, incluído a cirrose e hipertensão portal, neoplasia, infeção intra-abdominal e sequela de cirurgia abdominal.

Caso clínico: Apresentamos dois casos clínicos de trombose da veia porta em relação com neoplasias do trato hepatobiliopancreático. Homem, 59 anos, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual. Irmão falecido com neoplasia pancreática. Decorrente do estudo de dor abdominal, foi diagnosticado com extensa trombose da veia porta e esplénica, sem características de cronicidade. Após a alta, foi efetuado estudo complementar em regime de consulta externa, com os seguintes resultados: TAC toracoabdominopélvica com identificação da trombose previamente conhecida e uma pequena lesão nodular com 5mm no segmento VI hepático, não caracterizável por esta técnica, mas posteriormente caracterizada como quisto biliar simples pela RM; estudo endoscópico do tubo digestivo normal; estudo de trombofilias negativo. Cerca de 4 meses após o episódio inaugural, foi internado por quadro de hemorragia digestiva

alta com sede em rotura de variz esofágica, tendo sido efetuada terapêutica endoscópica. Efetuada angio-TAC abdominal que identificou a conhecida trombose e múltiplas áreas nodulares hepáticas hipodensas em relação com enfarte local e múltiplos nódulos sugestivos de etiologia neoplásica. Para melhor caracterização, repetiu RMN abdominal que identificou incontáveis formações nodulares de características imagiológicas suspeitas no parênquima hepático, com dimensões até 4cm, vários nódulos esplênicos, o maior com 6cm de diâmetro, irregularidade no corpo e a cauda pancreática e espessamento peritoneal sugestivo de carcinomatose peritoneal. Pelo agravamento progressivo do estado geral, optou-se por privilegiar medidas de conforto, não se tendo prosseguido com investigação etiológica adicional. O segundo caso trata-se de um homem de 76 anos com antecedentes de cirrose hepática de etiologia alcoólica, sem acompanhamento médico regular. Internado por trombose da veia porta para estudo adicional. A TAC toracoabdominopélvica inicial, para além da conhecida trombose portal, demonstrou a existência de uma adenopatia do hilo hepático com 34x22mm. AFP ligeiramente aumentada. No decorrer do restante estudo etiológico, foi diagnosticado com mieloma múltiplo de novo. Ao controlo ecográfico, dado o aumento dimensional da adenopatia, surgimento de múltiplos nódulos hepáticos de novo e agravamento progressivo do estado geral, decidiu-se pela realização eco-endoscopia com punção da adenopatia. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de um hepatocarcinoma.

Conclusão: A trombose da veia porta consistiu na manifestação inicial de neoplasias hepatobiliopancreáticas agressivas nos dois casos clínicos apresentados, não tendo sido evidentes nos exames imagiológicos iniciais.

PO 05

TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE VÁCUO NO TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO TARDIA APÓS DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA RETAL

Sofia Ventura¹; Jéssica Chaves²;
Ana Clara Vasconcelos²; Inês Sá²;
Mário Dinis-Ribeiro²; Diogo Libânio²
¹H Viseu ²IPO – PORTO

Introdução: A terapêutica endoscópica de vácuo é uma alternativa terapêutica no manejo de fístulas ou perfurações gastrointestinais, as quais se associam a elevada morbimortalidade.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 43 anos de idade, sem antecedentes relevantes, referenciada por apresentar um lateral spreading tumor (LST) do reto com dimensão de 90 mm envolvendo 50% da circunferência (limite distal a 12 cm da margem anal). A doente foi submetida a disseção endoscópica da submucosa (ESD); devido à fibrose submucosa, ocorreu uma laceração profunda da muscularis propria no final do procedimento, tendo sido aplicados dois clips (TTS) e administrados antibióticos de largo espetro. No dia seguinte, a doente desenvolveu sépsis e uma TAC de urgência revelou ar livre no mesorreto e densificação dos tecidos adiposos perirectal/presacral com extravasamento de contraste. A retosigmoidoscopia mostrou um orifício de aproximadamente 12mm, junto aos cliques TTS anteriormente colocados, que comunicava com uma cavidade abecedada de 15mm, compatível com perfuração tardia. Foi iniciada terapia endoluminal a vácuo (EVT) com um Endo-S-PONGE® (B.Braun Medical B.V., Melsungen, Alemanha) de 2cm, parcialmente intraluminal, sem complicações imediatas. A doente foi mantida sob nutrição parentérica, antibioterapia e substituição da esponja de EVT duas vezes por semana, com um total de quatro

substituições. A evolução foi favorável com resolução da sépsis, diminuição da extensão da cavidade e granulação tecidual completa. A doente teve alta após 16 dias e permaneceu assintomática e com encerramento completo em 1,5 meses.

Conclusão: Tanto quanto é do nosso conhecimento, este é o primeiro caso de encerramento bem sucedido de uma perfuração retal tardia utilizando EVT. O EVT pode ser utilizado para tratar fistulas em todo o trato gastrointestinal sem eventos adversos importantes e potencialmente evitando a necessidade de ostomia/cirurgia.

PO 06

DOENÇA DE CROHN PERIANAL E PERINEAL COMPLEXA – O USO DE UPADACITINIB NUM CASO REFRACTÁRIO

Bárbara S. Abreu¹; Joana Revés²;
Catarina Nascimento²; Lídia Roque Ramos²;
Carolina Palmela²; Joana Torres²; Mariana Sousa²
¹Hospital Beatriz Ângelo / Hospital das Forças Armadas ²Hospital Beatriz Ângelo

A Doença de Crohn perianal, complexa e refratária a anti-TNF, constitui um desafio terapêutico pela ausência de alternativas terapêuticas aprovadas. O upadacitinib, um inibidor oral seletivo da Janus quinase, foi recentemente aprovado para o tratamento da Doença de Crohn luminal, moderada a grave, com dados preliminares promissores na doença fistulizante. Apresentamos, quer pelo seu interesse didático, quer pela iconografia, um caso de doença perianal e genital grave, com resposta positiva ao upadacitinib.

Homem, de 25 anos, com diagnóstico de Doença de Crohn perianal (A1L2B3p) aos 12 anos, ab initio com necessidade de drenagem de abscessos perianais de repetição e tratado com azatioprina e antibioterapia. Um ano depois, iniciou terapêutica com infliximab com boa resposta inicial, mas com posterior perda de resposta por imunogenicidade, transitan-

do para adalimumab. Em 2019, apesar de colostomizado atendendo à doença perianal refratária, manteve doença perianal e perineal complexa, em agravamento com múltiplos abscessos e extensão para a coxa com extensa destruição tecidual. Desde 2019, mantém tratamento com adalimumab quinzenal e azatioprina 200mg, com fraca resposta e incapacidade em encerrar as extensas feridas perineais.

Avaliado na nossa instituição, pela primeira vez, em janeiro de 2023, objetivando-se destruição franca da normal arquitetura perineal, com múltiplas cavidades abcedadas envolvendo, não só, a região perianal, mas também a bolsa escrotal, pénis e base da coxa. Analiticamente com anemia (Hb 11,9g/dL), embora sem aumento dos parâmetros inflamatórios e com apirexia mantida. Imagiologicamente apresentava trajeto fistuloso crónico com ponto de partida anterior do canal anal, fistulando-se para várias localizações: ulceração junto à base do pénis, escroto e face medial da coxa esquerda. Decidida admissão hospitalar para tratamento, tendo realizado drenagem e desbridamento de tecido desvitalizado e instituída terapia de pressão negativa, seguida de cuidados de pensos diferenciados diariamente. Posteriormente, foi discutido em reunião multidisciplinar, tendo iniciado tratamento off-label com upadacitinib 45mg/dia, com boa evolução clínica e laboratorial. Manteve apirexia e bom controlo glicémico, com cicatrização gradual das feridas operatórias e das feridas perianais. Necessidade ainda de reconstrução da face interna da coxa e região inguinal com autoenxerto cutâneo, com boa resposta. Por manutenção de alguma drenagem e ausência de cicatrização completa das ulcerações genitais às 12 semanas, foi realizado período de indução alargado tendo completado 24 semanas com upadacitinib, com posterior redução da dose para 30mg/dia. Este caso ilustra o desafio do manejo da

doença inflamatória intestinal, nomeadamente da Doença de Crohn com afetação perianal complexa e extensa, no qual a multidisciplinaridade do tratamento contribuiu para o sucesso do mesmo.

PO 07

DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÃO DO CEGO E DE LESÃO DO RETO DE GRANDES DIMENSÕES

Francisca Corte 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; Vitor Carneiro¹; Maria Antónia Duarte¹
¹Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A disseção endoscópica da submucosa (ESD) é uma técnica que permite a resseção em bloco de lesões colorretais com suspeita de invasão superficial da submucosa, particularmente lesões do reto, ou lesões que não se conseguem remover pelas técnicas convencionais. Este procedimento associa-se a menor taxa de recidiva, quando comparada com a mucosectomia.

Apresentamos dois casos de lesões de grandes dimensões do cego e do reto, excisados por ESD.

Caso I: Doente do sexo masculino, de 67 anos de idade, com lesão polipóide do reto, Paris 0-Is, de 55 mm de diâmetro, JNET 2b, submetido a ESD. A avaliação anatomopatológica da lesão mostrou um adenoma tubulopapilar, com displasia de baixo grau e margens de excisão livres. A lesão media 55x50 mm.

Caso II: Doente do sexo feminino, de 65 anos de idade, realizou colonoscopia total que evidenciou uma lesão Paris 0-IIa, laterally spreading tumor do tipo granular homogéneo, JNET 2b, de 60 mm de maior diâmetro, localizada no cego, na face oposta à válvula íleocecal, sobre uma prega, sem envolvimento do orifício do apêndice. Tendo em conta a

presença de non-lifting sign, foi proposta para ESD. A avaliação anatomopatológica classificou como adenoma tubulopapilar misto, com áreas de adenoma clássico e áreas de pólipos serrado, cuja displasia epitelial era de baixo grau, com margens de excisão livres. A lesão media 60x30 mm.

Com estes casos, pretendemos enfatizar a importância da ESD no tratamento curativo de lesões de grandes dimensões, particularmente das que têm risco de invasão superficial da submucosa.

PO 08

DILATAÇÃO NA COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA: A ABORDAGEM NA ESTENOSE DE DUCTO DOMINANTE

Francisca Corte 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 colangite esclerosante primária é uma patologia colestática hepática crónica, caracterizada pela inflamação e fibrose dos ductos hepáticos intra e extra-hepáticos. Na presença de uma estenose dominante, é determinante a exclusão de colangiocarcinoma. A citologia com escova do ducto principal por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é a primeira linha na presença de estenoses de ducto principal e apresentam uma especificidade superior a 95% para deteção de patologia maligna. A dilatação endoscópica é o método a utilizar na presença de estenoses dominantes benignas. A colocação de stents está reservada para os casos em que a dilatação não teve sucesso.

Apresentamos uma doente do sexo feminino, de 36 anos de idade, que referia dor abdominal tipo cólica. Na avaliação analítica, com alteração das provas hepáticas (AST 68 U/L,

ALT 73 U/L, FA 93 U/L, GGT 356 U/L, sem hiperbilirrubinemia). Tem antecedentes pessoais de colite ulcerosa sob adalimumab e colangite esclerosante primária de pequenos ductos com 11 anos de evolução, sob ácido ursodesoxicólico. Realizou colangiografia por Ressonância Magnética, que revelou dilatação da via biliar principal (12 mm), em relação com estenose da transição entre o terço médio e o terço distal, em bico de lápis.

Na CPRE, foi efetuado pré-corte, com faca de Mori, seguida de esfínterectomia. A via biliar extra-hepática apresentava estenose dominante do terço inferior. Foi decidida dilatação com balão through-the-scope até aos 7 mm, com boa drenagem biliar subsequente, e foi efetuada colheita de material para citologia com escova.

O colangiocarcinoma é raro em doentes com colangite de pequenos ductos. Estima-se que 23% dos doentes com colangite esclerosante primária progrida para colangite esclerosante de grandes ductos em, aproximadamente, 7,4 anos. Com este caso, pretendemos mostrar a abordagem de uma estenose da via biliar extra-hepática, num doente com colangite esclerosante primária de pequenos ductos que desenvolve uma estenose dominante.

PO 09

TUMOR DE VANEK: UM TIPO RARO DE PÓLIPO GÁSTRICO

Caroline Almeida Soares¹; Francisco Pires¹; Sofia Ventura¹; Cláudio Rodrigues¹; Ângela Domingues¹; Paula Ministro¹
¹H Viseu

Os pólipos gástricos são geralmente achados incidentais na endoscopia digestiva alta (EDA) e são tipicamente assintomáticos. Os tipos mais comuns são os pólipos hiperplásicos e os de glândulas fúndicas. O pólipo fibróide inflamatório (PFI) ou tumor de Vanek é extremamente raro e representa menos de 0.1% dos pólipos gástricos.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 62 anos com antecedentes de síndrome de sobreposição Sjogren/esclerose sistêmica que foi referenciada a consulta de gastroenterologia por formação subepitelial com cerca de 10 mm na face posterior do antro pré-pilórico, em EDA de ambulatório. Realizou estudo complementar com ecoendoscopia alta que demonstrou uma lesão com espessamento da 2ª camada (mucosa profunda), hipocogénica e homogénea. Optou-se pela excisão endoscópica da lesão com recurso a ansa diatérmica tendo o exame histológico revelado características compatíveis com PFI.

Os PFI são lesões pseudotumorais com origem na mucosa ou submucosa e são geralmente considerados lesões benignas. A maioria localiza-se no antro e tem dimensões inferiores a 15 mm. O diagnóstico definitivo implica ressecção endoscópica ou cirúrgica com análise histopatológica e imunohistoquímica. Os autores descrevem este caso pela sua raridade e iconografia recolhida.

PO 10

PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA – NEM SEMPRE CIRROSE HEPÁTICA, NEM SEMPRE OS AGENTES HABITUAIS

José Damasceno e Costa¹; Andreia Guimarães¹; Tânia Carvalho¹; Rita Seara Costa¹; Raquel Gonçalves¹
¹Hospital de Braga

A peritonite bacteriana espontânea (PBE) é uma infeção do líquido ascítico que ocorre na ausência de uma fonte intra-abdominal, sendo definida por uma contagem de polimorfonucleares neutrófilos (PMN) no líquido ascítico ≥ 250 cells/mm³. Ocorre frequentemente em doentes com cirrose hepática, sendo rara noutros contextos, e os principais agentes etiológicos são as bactérias Gram negativo. Doente de 68 anos, com antecedentes de diabetes mellitus, doença renal crónica e insuficiência cardíaca terminal, que recorre ao

serviço de urgência por vômitos alimentares e aumento do perímetro abdominal com 3 dias de evolução. A contagem diferencial de células no líquido ascítico revelava 2078 PMN, tendo sido internado por PBE sob anti-bioterapia com piperacilina/tazobactam. Nos primeiros dias de internamento, desenvolveu lesão renal aguda com anúria, tendo necessitado de hemodiálise. O líquido peritoneal às 48h mostrava uma redução >25% na contagem de PMN, traduzindo resposta favorável. Na cultura do líquido peritoneal, foi isolada *Listeria monocytogenes*, tendo sido alterada a antibioterapia para ampicilina. Pela possibilidade de decapitação pelo antibiótico prévio, decidiu-se realizar 14 dias de antibioterapia, embora não houvesse evidência de bacteriemia. Após revisão do processo clínico e exclusão de doença hepática, o doente foi transferido para os cuidados de Medicina Interna no restante internamento, tendo evoluído favoravelmente e recuperado a função renal.

A PBE é uma complicação frequente em doentes com cirrose hepática, mas pode ocorrer raramente em doentes com ascite de outras etiologias. Na ausência de recomendações específicas, o tratamento faz-se de forma semelhante ao da PBE em doente cirrótico. O caso descrito mostra um doente com ascite no contexto de insuficiência cardíaca terminal que desenvolveu PBE por *Listeria monocytogenes*, um agente etiológico excepcionalmente raro. A listeriose pode ocasionar doença invasiva em doentes suscetíveis, particularmente imunocomprometidos. Especula-se que a PBE por este agente advenha de colonização do trato digestivo por ingestão de alimentos contaminados, seguida de translocação bacteriana.

PO 11

CASO ATÍPICO DE HEPATITE ALCOÓLICA AGUDA

José Damasceno e Costa¹; Andreia Guimarães¹; Tânia Carvalho¹; Margarida Gonçalves¹; Rita Seara Costa¹; Raquel Gonçalves¹
¹Hospital de Braga

A hepatite alcoólica aguda (HAA) é diagnosticada clinicamente pela presença de um rácio aminotransferase do aspartato (AST)/aminotransferase da alanina (ALT) > 1.5 (com valores geralmente não superiores a 300 UI/L), hiperbilirrubinemia > 3 mg/dL e icterícia, associadas a consumo excessivo de álcool até pelo menos 6 semanas antes da admissão. O diagnóstico é realizado após exclusão de outras causas de doença hepática.

Doente de 40 anos, com antecedentes de cirrose hepática alcoólica, Child-Pugh A, complicada com hipertensão portal. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal no hipocôndrio direito com 1 dia de evolução, sem febre, sem fármacos hepatotóxicos recentes e sem contexto epidemiológico relevante. Encontrava-se em abstinência alcoólica há 2 semanas. Analiticamente, com elevação de transaminases com padrão hepatocelular (AST 741 U/L; ALT 308 U/L), sem alteração de função hepática. A investigação etiológica foi negativa e não havia evidência imagiológica de trombozes vasculares. Foi admitido para internamento, verificando-se ainda um agravamento de função e lesão hepáticas, para um máximo de AST 1352 U/L, ALT 990 U/L, bilirrubina total 10,90 mg/dL e INR 2,40, sem encefalopatia hepática. Foi realizada biópsia hepática transjugular, que mostrava proliferação ductular reativa e lesões necroinflamatórias exuberantes com corpos acidófilos e bilirrubinostase, associadas a infiltrado inflamatório polimórfico, com predomínio neutrofílico. Assumiu-se provável HAA (score de Maddrey 91.7 pontos), embora com atipias,

tendo o doente iniciado prednisolona 40mg/dia. A evolução analítica foi oscilante, mas com tendência global para melhoria, tendo o doente tido alta com prednisolona oral durante 4 semanas.

O diagnóstico de HAA é geralmente linear quando estão presentes as características e história típicas. A hiperbilirrubinemia e leucocitose são achados comuns, que suportam o diagnóstico. Por vezes, a apresentação pode ser atípica, nomeadamente com elevações mais exuberantes de aminotransferases ou até com hepatite predominantemente colestática. Neste caso, o diagnóstico foi realizado após exclusão de outras causas de doença hepática e tendo em conta alguns elementos de suporte (rácio AST/ALT, hiperbilirrubinemia e histologia hepática com evidência de reação ductular, bilirrubinostase e numerosos neutrófilos).

PO 12

ENDOTIPSITE – A FACE MENOS CONHECIDA DA BACTERIEMIA PÓS-TIPS

José Damasceno e Costa¹; Andreia Guimarães¹; Tânia Carvalho¹; Joana Alves¹; Luísa Graça¹; Rita Seara Costa¹; Raquel Gonçalves¹

¹Hospital de Braga

O shunt portossistémico intra-hepático transjugular (TIPS) é um procedimento minimamente invasivo que envolve a criação de uma comunicação artificial entre as circulações portal e sistémica, para descompressão da hipertensão portal, sobretudo nos casos de hemorragia digestiva varicosa e ascite recorrentes e/ou refratários. O TIPS pode apresentar várias complicações, tanto locais como sistémicas.

Doente de 64 anos, com antecedentes de cirrose hepática associada ao consumo de álcool, Child-Pugh A, complicada com hipertensão portal, com múltiplos episódios de hemorragia digestiva alta por rutura de varizes esofágicas, é internado eletivamente

para realização TIPS. Após o procedimento, nas primeiras 24 horas, desenvolveu dor abdominal no hipocôndrio direito e, ao 3º dia, febre. Após rastreio séptico, foi iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e vancomicina. As análises mostravam um agravamento de função hepática e elevação dos parâmetros inflamatórios e o EcoDoppler abdominal revelava um TIPS não funcionante. Todas as hemoculturas isolaram *Staphylococcus capitis*, permitindo descalar a antibioterapia para cefazolina após teste de suscetibilidade. Após exclusão de etiologias mais prováveis, e apesar de não terem sido objetivadas vegetações ou trombos, foi assumido o diagnóstico de provável infeção associada ao TIPS, dada a imagem de TIPS não funcionante associada a bacteriemia e clínica de dor abdominal. O doente cumpriu 2 semanas de antibioterapia eficaz, tendo tido alta para o hospital de dia de Infeciologia, onde continuou antibioterapia intravenosa em ambulatório com daptomicina diária, durante um total de 14 semanas. A evolução foi favorável, com negatificação das hemoculturas e permeabilidade do TIPS na reavaliação imagiológica.

A infeção associada ao TIPS, ou endotipsite, é uma complicação grave, com elevada mortalidade e raramente reportada por provável subdiagnóstico. As infeções precoces (< 120 dias) estão geralmente associadas a seeding durante o procedimento. A definição ainda é controversa, mas geralmente o diagnóstico definitivo implica a objetivação de bacteriemia persistente e de um trombo ou vegetação no interior do TIPS. Quando a patência do TIPS é duvidosa, uma bacteriemia sem outra fonte evidente de infeção permite um diagnóstico provável. A duração do tratamento não está bem definida, embora seja frequentemente recomendado um mínimo de 6 semanas de antibioterapia intravenosa.

PO 13

PRÓTESES DE APOSIÇÃO DE LÚMEN PARA A DRENAGEM DE COLEÇÕES PÉLVICAS LÍQUIDAS

Marco Raposo Pereira¹; Ana Caldeira¹;
Inês Pestana¹; Joana Barreiro¹; António Banhudo¹
¹Hospital Amato Lusitano

Introdução: Um abscesso pélvico pode decorrer de uma complicação de um procedimento abdominopélvico ou como resultado de uma patologia subjacente. Sempre que possível, devem ser abordados de forma conservadora com antibioterapia. Em alguns casos, a drenagem torna-se necessária, sendo a drenagem percutânea ecoguiada ou guiada por TC o gold standard.

A drenagem de abscessos pélvicos por ecoendoscopia foi descrita pela primeira vez em 2003, enquanto o uso de próteses metálicas de aposição de lúmen (LAMS) foi descrita pela primeira vez em 2011 para a abordagem de coleções pancreáticas sintomáticas.

Objetivo: Estabelecer se a drenagem por ecoendoscopia com colocação de LAMS é uma alternativa viável e igualmente eficaz para a drenagem de coleções pélvicas líquidas.

Métodos: Os doentes foram referenciados para drenagem por ecoendoscopia quando coleções pélvicas líquidas foram identificadas em outros métodos de imagem, tendo sido obtido o consentimento informado.

Todos os procedimentos foram realizados sob monitorização e sedação profunda administrada por anestesiolista. Foi utilizado um ecoendoscópio linear PENTAX® e uma plataforma Hitachi HI VISION Preirus e, para a punção, o sistema Hot AXIOS™ com próteses com 15 ou 20mm de diâmetro.

O outcome primário era o sucesso clínico do procedimento.

Resultados: Foram incluídos 6 doentes no estudo, 5 do sexo masculino (83.3%), com uma

idade média de 69 anos.

Em 50% dos casos, existia uma condição médica subjacente, enquanto os restantes resultaram de um procedimento médico.

O diâmetro da coleção variava dos 39 aos 100mm, com um valor médio de 72.5mm. Em 5, foi utilizada uma LAMS de 15mm de diâmetro.

O tempo médio de permanência foi de 6.7 dias.

Nenhum doente necessitou de drenagem cirúrgica ou percutânea adicional. Contudo, 1 doente foi submetido a uma colostomia de derivação por outra indicação.

Todos apresentaram uma drenagem bem sucedida após a colocação de LAMS, ainda que um doente tenha tido uma recorrência imediata. Esse mesmo doente desenvolveu também uma coleção simultânea em outra localização, mas não foi necessário realizar nova intervenção, dado o tamanho reduzido das coleções.

Não foram relatadas complicações.

Conclusão: A drenagem guiada por ecoendoscopia com colocação de LAMS tem demonstrado ser um procedimento mais eficiente e com melhor perfil de segurança quando comparado com outros métodos e deve ser considerada uma alternativa válida para a drenagem de abscessos pélvicos.

O maior diâmetro da LAMS permite a drenagem transmural e a passagem direta do endoscópio através do stent para inspeção e desbridamento. O seu maior diâmetro reduz o risco de obstrução e a sua forma de haltere minimiza o risco de migração.

O nosso trabalho sugere que a drenagem de coleções pélvicas líquidas com LAMS é um procedimento minimamente invasivo, que está associado com uma melhoria global na qualidade de vida. Ainda assim, são necessários mais estudos prospetivos.

PO 15

METÁSTASE DE CARCINOMA HEPATOCELULAR NA PAREDE TORACOABDOMINAL 15 ANOS APÓS HEPATECTOMIA

Ana Victor¹; Ana Correia Victor Pascoal¹

¹HGO

Introdução: A recorrência tardia de Carcinoma Hepatocelular (CHC) após hepatectomia está associada ao sexo masculino, à cirrose e à agressividade do CHC inicial. Geralmente é intra-hepática e raramente pode ser intra e extrahepática. Não estão descritos casos de metástases extra-hepáticas isoladas.

Descrição do caso: Mulher de 69 anos, leucodermica, sem hábitos alcoólicos ou tabágicos submetida há 15 anos a Hepatectomia parcial por CHC em fígado não cirrótico. Apresentava desde há 3 meses massa epigástrica com cerca de 6 cm de diâmetro, dura, aderente aos planos profundos, à esquerda do ramo vertical de cicatriz de laparotomia de Mercedes. Tinha bom estado geral e de nutrição, estava anictérica, sem estigmas cutâneos de doença hepática crônica e sem ascite. A avaliação analítica era normal nomeadamente hemograma, tempo de protrombina, bilirrubina, transaminases, enzimas de colestase e Alfafetoproteína - 7.4 ng/mL. Foram excluídas causas de doença hepática nomeadamente viral (VHB e VHC) auto-imune (ANA,ASMA, AMA) e metabólica (HOMA, alfa1 antitripsina, cinética do ferro)

A TC e a RM abdominal evidenciaram em localização extraperitoneal na parede abdominal anterior na região epigástrica, nódulo sólido hipervascular, com 5,4x5,2 cm de diâmetro. Status pós hepatectomia esquerda. Parênquima hepático restante de aspecto normal e sem lesões suspeitas.

A biópsia do nódulo foi compatível com CHC bem diferenciado. Foi operada por Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Cirurgia Torácica

tendo sido excisada metástase da parede toracoabdominal anterior com ressecção marginal de cartilagens costais esquerdas e ressecção parcial de diafragma e parede abdominal anterior em bloco tendo o defeito sido encerrado com retalhos locais. O exame anatomopatológico identificou CHC bem diferenciado concordante com exame do tumor hepático em hepatectomia realizada há 15 anos.

Durante 3 anos fez tratamento com Sorafenib com avaliação analítica normal e RM abdominal sem evidência de tumor.

Conclusão: A recorrência tardia de CHC após hepatectomia pode ocorrer em doentes sem factores de risco. Pode manifestar-se por metástase extra-hepática não associada a recorrência intra-hepática. Este caso ilustra a dificuldade de definir o tempo adequado de vigilância após hepatectomia.

PO 17

DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UM TUMOR NEUROENDÓCRINO DO INTESTINO DELGADO

Andreia Guimarães¹; Ana Rebelo¹; António Caires¹;

Eduarda Gonçalves¹; Tânia Carvalho¹;

José Damasceno¹; Joaquim Costa Pereira¹;

Ângela Rodrigues¹; Raquel Gonçalves¹

¹Hospital de Braga

Introdução: O diagnóstico dos tumores neuroendócrinos (TNE) do intestino delgado constitui um desafio tendo em conta a multiplicidade das formas de apresentação, podendo mimetizar outras patologias; pela inespecificidade dos exames de diagnóstico e pela potencial inacessibilidade aos estudos endoscópicos convencionais.

Caso clínico: Homem de 46 anos, com antecedentes de polineuropatia amiloidótica familiar recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal nos quadrantes superiores desde há 1 ano, com agravamento progressivo e diarreia sem sangue desde há 1 mês. Apresentava também perda ponderal de 8,5% nas

últimas 2 semanas. Analiticamente apresentava elevação dos marcadores inflamatórios. Realizada tomografia computadorizada (TC) abdominal que revelou estenose do íleon terminal de aspecto inflamatório com dilatação de ansas a montante. Foi internado em pausa alimentar com melhoria progressiva. Efetuada colonoscopia que revelou estenose ulcerada e intransponível do íleon terminal. A histologia mostrou distorção da arquitetura com edema e fibrose da lâmina própria, com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e focos de ulceração aftóide, sem displasia. Quatro dias após a alta, recorreu ao serviço de urgência por recorrência das queixas. Repetida TC abdominal constatando-se a presença de um abscesso de 3 cm adjacente ao íleo terminal. Admitido diagnóstico provável de Doença de Crohn com complicação penetrante. Foi efetuada drenagem percutânea do abscesso, com isolamento de *Bacteroides fragilis* e *Streptococcus anginosus*, tendo cumprido antibioterapia dirigida. Após discussão das opções terapêuticas com o doente foi decidida cirurgia. Submetido a ileocelectomia laparoscópica com anastomose ileocólica latero-lateral, sendo identificada aparente fístula do delgado ao meso do sigmoide durante a cirurgia. A avaliação histológica revelou neoplasia epitelial que invade toda a espessura da parede e serosa do íleon, com expressão de CAM 5.2, sinaptofisina e cromogranina e Ki-67 <1%, compatível com tumor neuroendócrino G1 e um implante peritoneal na parede cólica.

Conclusão: Os TNE apresentam um comportamento indolente com sintomas inespecíficos o que resulta frequentemente num diagnóstico tardio, com doença avançada à apresentação. Deve manter-se uma suspeição elevada para este diagnóstico em doentes com suspeita de DII uma vez que o diagnóstico e tratamento precoces podem alterar significativamente o prognóstico.

PO 18

SÍNDROME BADAS: UMA RARA MANIFESTAÇÃO EXTRAINTESTINAL DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

André Gonçalves¹; Diogo Simas¹; Plácido Gomes¹; Sandra Barbeiro¹; Helena Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A Síndrome artrite-dermatose associada ao intestino (BADAS) é uma dermatose neutrofilica rara, que pode associar-se temporalmente com a atividade da doença inflamatória intestinal (DII). A apresentação clínica inespecífica torna o seu diagnóstico difícil. Os autores apresentam um quadro de BADAS associado a um flare de DII.

Caso clínico: Mulher de 31 anos, com internamento por quadro inaugural de pancolite ulcerosa agudizada, com boa resposta à corticoterapia. Alta com prednisolona e messalazina que por motum próprio não cumpriu. Recorre ao serviço de urgência uma semana depois por febre, poliartralgias e rash papulopustular generalizado. Sem contexto epidemiológico, viagens recentes ou introdução de novos fármacos. Apresentava uma dermatose simétrica, com lesões papuloustulares violáceas com 2-5 mm, localizadas sobretudo nas superfícies extensoras dos membros superiores.

Analiticamente, com aumento dos parâmetros inflamatórios e anemia microcítica ligeira. Estudo etiológico exaustivo sem achados relevantes. Iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone, com melhoria parcial das lesões cutâneas e das poliartralgias. Contudo, agravamento do ponto de vista gastrointestinal ao 4º dia de internamento, com quadro de diarreia sanguinolenta (>5 dejeções/dia) e achados endoscópicos compatíveis com score de Mayo de 3 pontos. Evolução favorável após escada terapêutica para corticoterapia endovenosa com resolução das queixas gastrointestinais, articulares e dermatológicas.

A análise histológica das lesões dermatológicas revelou edema dérmico com infiltração neutrófilica peri-vascular com leucocitoclasia – achados sugestivos de BADAS.

Aos 3 meses de follow-up a doente encontra-se estável do ponto de vista clínico sob terapêutica de manutenção com Infliximab.

Conclusão: O tratamento da síndrome da BADAS pressupõe o tratamento da DII subjacente e a inibição do sobre crescimento a nível intestinal, sendo a resposta à antibioterapia isolada inconsistente. Os corticóides constituem, por isso, a base do tratamento.

PO 19

OBSTRUÇÃO DUODENAL POR BALÃO INTRAGÁSTRICO: UMA COMPLICAÇÃO GRAVE DE UM PROCEDIMENTO NÃO ENDOSCÓPICO

Tânia Carvalho¹; Bruno Gonçalves¹;
Andreia Guimarães¹; José Damasceno¹;
Dália Fernandes¹; Raquel Gonçalves¹
¹Hospital de Braga

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma jovem de 38 anos, sem antecedentes ou medicação habitual, que recorre ao serviço de urgência por dor abdominal intensa e constante nos quadrantes superiores, com cerca de 12 horas de evolução. A doente referiu colocação de balão intragástrico, sem apoio endoscópico, no dia anterior. À palpação abdominal, apresentava dor exuberante nos quadrantes superiores, contudo sem defesa ou sinais de irritação peritoneal. Na tomografia computadorizada abdominal, observa-se balão de 12 cm preenchido no duodeno, sem evidência de perfuração livre mas com derrame peritoneal na escavação pélvica. A doente foi submetida a laparoscopia exploradora em que foi observado derrame peritoneal na escavação pélvica e perihepático de aspecto seroso, com distensão duodenal com mucosa de aspeto isquémico pela presença de balão intraluminal. Foi realizada endoscopia intra-operatória

com remoção do balão e observada parede duodenal ulcerada de forma contínua e circunferencial, mas sem perfuração. Por risco elevado de perfuração, ficou em vigilância 4 dias na unidade de cuidados intermédios, com evolução favorável. Realizou reavaliação endoscópica 12 dias após, que demonstrou, na segunda porção do duodeno e contralateral à papila, um “pseudo-divertículo” na localização prévia do balão, com diminuição franca do tamanho e com mucosa de granulação na larga maioria do divertículo. A doente ainda se encontra internada, para reiniciar alimentação oral, mas com evolução favorável.

Conclusão: As complicações associadas ao balão intragástrico incluem a obstrução intestinal, contudo, na maioria dos casos esta deve-se à desinsuflação parcial do balão com migração intestinal, principalmente para o íleo/cólon. Neste caso, suspeita-se que a insuflação do balão ocorreu no duodeno. Em muitos casos, há necessidade de cirurgia com enterectomia/colectomia segmentar, para remoção do balão. Com este caso, também se pretende demonstrar, em vídeo, a remoção do balão por via endoscópica.

PO 23

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GRAVE PÓS BIÓPSIA PROSTÁTICA TRANSRETAL

Sara Ramos Lopes¹; Inês Costa Santos¹;
Madalena Teixeira¹; Cristiana Sequeira¹;
João Mangualde¹; Élia Gamito¹; Ana Paula Oliveira¹
¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A hemorragia pós biópsia prostática transretal é habitualmente ligeira e resolve com tratamento conservador. Todavia, em 1% dos casos, o quadro é grave, com necessidade de intervenção.

Caso: Um homem de 62 anos, sem antecedentes relevantes ou medicação habitual, foi submetido a a biópsia prostática transretal no

âmbito da investigação diagnóstica de um nódulo prostático. Sete dias após a biópsia, inicia quadro de hematoquézias de sangue vivo com instabilidade hemodinâmica associada. Analiticamente, salientava-se queda da hemoglobina de 15.9 para 7.1g/dL. Foram instituídas medidas de ressuscitação volêmica. O tamponamento retal não foi eficaz a controlar a hemorragia. Foi realizada retossigmoidoscopia urgente, que revelou um volumoso coágulo no reto baixo, que se destacou, identificando-se imediatamente acima da linha pectínea, na parede anterior do reto, zona puntiforme, erosionada, com vaso visível, que durante o procedimento iniciou hemorragia pulsátil. Foi aplicado 1 clip hemostático, com eficácia, tendo sido reforçada hemostase com mais 2 clips. Não se verificaram novos episódios de perdas hemáticas, não tendo havido necessidade ulterior de transfusão de unidades de concentrado eritrocitário ou intervenções adicionais, tendo o doente tido alta 24h após o procedimento.

Conclusão: Os autores destacam o caso, não só pela raridade de se tratar de uma hemorragia tardia, grave, pós biópsia prostática, mas sobretudo pelo sucesso do tratamento endoscópico. Neste caso, a colocação de clips hemostáticos foi um procedimento seguro, eficaz e pouco invasivo. Apresenta-se iconografia ilustrativa.

PO 24

10 ANOS DE DISFAGIA – QUANDO O TEMPO NOS DÁ O DIAGNÓSTICO

Ana Catarina Bravo¹; Catarina Nascimento¹; oana Revés¹; Bárbara Morão¹; Bárbara Abreu¹; André Bargas¹; Luísa Glória¹; Carolina Palmela¹
¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Os distúrbios de motilidade esofágica englobam um conjunto de patologias com critérios de diagnóstico estabelecidos, embora nem sempre estes nos dêem o diagnóstico final.

Caso clínico: Homem, 71 anos, com antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, asma, hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crónica, referenciado a consulta de Gastreterologia em 2013 por quadro com 4 anos de evolução de disfagia intermitente para sólidos e líquidos, pirose, regurgitação e dor torácica ocasional. Realizou endoscopia digestiva alta, sem alterações a destacar, com exceção de um ligeiro ressalto ao ultrapassar a junção gastro-esofágica. Fez biópsias esofágicas, que excluíram esofagite eosinofílica. O trânsito esofágico mostrou a existência de ondas esofágicas não propulsivas nos 2/3 distais. A manometria convencional mostrou um relaxamento normal do esfíncter esofágico inferior (EEI), mas aumento da amplitude de contração do esófago distal, compatível com esófago em quebra-nozes (2013). Iniciou nifedipina e omeprazol, com ligeira melhoria. Perdeu seguimento, tendo regressado à consulta em 2019, referindo agravamento da disfagia, principalmente para líquidos, e perda de peso (12% em 1 ano). Repetiu endoscopia digestiva alta, que revelou um esófago tortuoso, sem outras alterações. A manometria de alta resolução (HRM) mostrou um normal relaxamento do EEI e 70% de ondas hipercontráteis (DCI médio 12500 mmHg.s.cm), compatível com esófago hipercontrátil. O trânsito esofágico mostrou novamente ondas esofágicas não propulsivas, mais proeminentes no esófago distal, com aparência em saca-rolhas. O doente iniciou diltiazem, e posteriormente amitriptilina, que não tolerou devido a efeitos adversos. Verificou-se um agravamento progressivo da disfagia, que se tornou diária, e regurgitação significativa. Repetiu HRM em Março 2023, com 81 anos, que mostrou compromisso do relaxamento do EEI (IRP mediano 31 mmHg), associado a 100% de ondas falhadas com >20% de panpresurização e 20% de ondas prematuras, compatível com o diagnóstico de acalásia tipo 3.

Foi-lhe proposta miotomia, que recusou, tendo realizado injeção de toxina botulínica, com melhoria sintomática significativa ao follow up de 3 meses.

Conclusão: Apresentamos um caso de acalásia diagnosticada apenas 10 anos após a primeira consulta, pretendendo salientar a avaliação diagnóstica de um doente com disfagia não orgânica, e enfatizar a história natural da acalásia e potencial dificuldade no seu diagnóstico numa fase inicial.

PO 25

“O QUE DIZEM OS TEUS OLHOS?” – MOSE NA PUNÇÃO POR ECOENDOSCOPIA

Ana Catarina Bravo¹; Catarina Nascimento¹;
Bárbara Morão¹; Joana Revés¹; Bárbara Abreu¹;
André Bargas¹; Rui Loureiro¹; Luísa Glória¹;
Catarina Fidalgo¹

¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A punção por agulha fina por ecoendoscopia (EUS-FNB) é atualmente o procedimento de escolha para amostragem de lesões sólidas da parede digestiva ou órgãos adjacentes. Têm sido estudados métodos para maximizar a sua performance, sendo que estudos recentes mostraram que a Macroscopic On-Site Evaluation (MOSE) por ecoendoscopista pode ser comparável com à Rapid On-site Evaluation (ROSE) por anatomopatologista.

Objetivos: Avaliar a performance da MOSE em EUS-FNB, usando a agulha 22G tipo franseen.

Material e métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico, incluindo os doentes que realizaram EUS-FNB com agulha 22G tipo franseen para caracterizar lesões sólidas, com descrição padronizada do MOSE, entre abril 2021 e setembro 2023. Foi avaliada a performance do MOSE, tendo-se considerado rendimento diagnóstico a obtenção de uma citologia diagnóstica, e acuidade diagnóstica o quociente entre os casos corretamente diagnosticados e o número total de casos. O diagnóstico final

foi feito com base na patologia da peça operatória ou na evolução clínica/imagiológica. A sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) foram calculados considerando lesão maligna e benigna como resultado positivo e negativo, respetivamente.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 57 pacientes, 53% homens, e foram realizadas 60 punções (57% pancreáticas, 25% subepiteliais, 3% hepáticas/biliares, 3% ganglionares, 3% supra-renais, 8% perirectais). As lesões apresentavam uma dimensão mediana de 30 mm (intervalo inter-quartil (IIQ) 20-40 mm), foram feitas uma mediana de 3 (IIQ 2-4) passagens e o ecoendoscopista detetou material filamentar em 100% dos exames. Em 91% dos exames, foram obtidos fragmentos brancos, com uma dimensão máxima mediana de 5 mm (IIQ 3-10 mm). Houve rendimento diagnóstico em 92% dos exames, com uma acuidade diagnóstica de 90%. A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN foi, respetivamente, 97%, 100%, 100% e 94%. Verificou-se hemorragia auto-limitada em 1 dos exames. A obtenção de fragmentos ≥ 4 mm associou-se a maior rendimento diagnóstico ($p=0.01$), ao contrário da cor do fragmento.

Este estudo sugere que o uso do MOSE está associado a um elevado rendimento diagnóstico, sendo que a obtenção de fragmentos ≥ 4 mm aumenta a probabilidade de obter uma citologia diagnóstica, e a uma elevada acuidade diagnóstica, sensibilidade, especificidade, VPP e VPN.

PO 26

NÃO HÁ BELA SEM SENÃO – RELATO DE CASOS DE TOXICIDADE GASTROINTESTINAL ASSOCIADA À IMUNOTERAPIA

Ana Catarina Bravo¹; Catarina Nascimento¹; Bárbara Morão¹; Joana Revés¹; Bárbara Abreu¹; André Bargas¹; Carlota Baptista¹; Madalena Machete¹; João Godinho¹; Pedro Simões¹; Catarina Gomes¹; José Alberto Teixeira¹; Luísa Glória¹

¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A imunoterapia tem revolucionado o tratamento de várias neoplasias, mas está associada a possíveis efeitos adversos gastrointestinais imunomediados.

Caso clínico: Mulher, 33 anos, com diagnóstico de carcinoma invasivo da mama em Março23, tendo iniciado pembrolizumab em Maio23. Após 2 meses, elevação das transaminases (valor máximo AST 82UI/L, ALT 314 UI/L), sem colestase ou hiperbilirrubinémia. Assumida hepatite por toxicidade hepática grau 3 secundária ao pembrolizumab, tendo suspenso o fármaco. Iniciou prednisolona 60 mg, com desmame progressivo, com resolução completa das alterações.

Homem, 64 anos, com diagnóstico de carcinoma pavimento-celular do pulmão e carcinoma urotelial, com metastização, em Junho22, tendo iniciado pembrolizumab em Agosto22. Em Outubro22, elevação dos parâmetros de citolestase e hiperbilirrubinémia (valor máximo AST 546UI/L, ALT 636UI/L, FA 1734UI/L, gGT 6803UI/L, bilirrubina total 5.99mg/dL, conjugada 5.01mg/dL). Assumida hepatite por toxicidade hepática grau 3 secundária ao pembrolizumab, tendo suspenso o tratamento. Iniciou prednisolona 60 mg, com agravamento sob corticoterapia. Biópsia hepática compatível com hepatite auto-imune like. Iniciou micofenolato de mofetil e ácido ursodesoxicólico, com evolução inicialmente favorável, mas re-agravamento analítico posterior. Documentada progressão da doen-

ça oncológica, tendo o doente falecido em Maio23.

Homem, 53 anos, com diagnóstico de melanoma em 2012, com metástase em trânsito isolada ressecada cirurgicamente em Junho22, tendo iniciado nivolumab em Novembro22. Em Abril23, apresenta-se com emagrecimento involuntário. Realizou TC AP, com evidência de heterogeneidade da cauda do pâncreas, cuja biópsia por ecoendoscopia revelou pancreatite crónica com áreas de atipia ligeira que não permitiam excluir adenocarcinoma. HbA1c 6%, sem evidência de insuficiência exócrina, IgG4 e CA19.9 dentro da normalidade. A PET-TC com 18-FDG mostrou captação nodular suspeita na transição corpo-cauda, tendo-se decidido cirurgia. Submetido em Julho23 a pancreatectomia corpo-caudal, tendo a peça confirmado pancreatite crónica, que se assumiu em possível relação com o nivolumab, pelo que se optou por suspender a terapêutica.

Homem, 72 anos, com diagnóstico de carcinoma pavimento-celular com primário oculto (em biópsia de metástase hepática) em Janeiro23. Iniciou pembrolizumab em Abril23. Em Agosto23, queixas de diarreia (4-5 dejeções/dia, sem sangue), coproculturas e pesquisa de toxina de Clostridium Difficile negativa. Assumida provável colite grau 2 secundária ao pembrolizumab, tendo iniciado prednisolona 40 mg, já com alguma melhoria clínica, aguardando colonoscopia.

Conclusão: Apresentamos este relato de casos para salientar a diversidade de possíveis efeitos adversos gastrointestinais associados à imunoterapia, bem como a sua abordagem.

PO 27

UM CASO DE DOENÇA CELÍACA E COLITE ULCEROSA

Marco Pereira¹; João Pinto¹; Joana Barreiro¹;
António Bahudo¹

¹Hospital Amato Lusitano

A Doença celíaca (DCe) e a doença inflamatória intestinal, que engloba a Colite Ulcerosa (CU) e Doença de Crohn (DC), são enteropatias imunomediadas crónicas, que parecem partilhar uma patofisiologia semelhante, tendo em conta o contributo da genética, fenómenos imunológicos e ambiente intestinal. Mas, embora já tenha sido previamente reportada uma associação entre ambas, a sua relação permanece incerta.

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 44 anos, com história conhecida de CU desde 2017, a cumprir sulfasalazina 1000mg 2id, mas sem seguimento habitual e cuja última colonoscopia, em 2021, era compatível com CU esquerda, score endoscópico Mayo (SEM) 1. Havia sido previamente seguida por quadro recorrente de anemia ferropénica em consulta de Medicina Interna, em 2019, a qual abandonou sem ter completado o estudo.

Recorre no início de 2023 ao Serviço de Urgência por síncope, tendo o estudo analítico revelado anemia ferropénica com Hb 7.3 g/dL. Doente referia estar em remissão clínica para a CU sob sulfasalazina, sem episódios de diarreia grave nos últimos 2 anos, nem perdas hemáticas gastrointestinais ou vaginais.

A doente foi referenciada a consulta de Gastroenterologia e submetida a estudo endoscópico, com a endoscopia digestiva alta a revelar bulbo e DII com atrofia vilositária, tendo sido realizadas biópsias dos dois segmentos. A colonoscopia revelou, por seu lado, do canal anal aos 15cm, mucosa congestiva, perda do padrão vascular e erosões milimétricas (SEM

2), tendo sido realizadas biópsias dos vários segmentos, incluindo íleon terminal. O estudo anatomopatológico veio confirmar alterações enquadráveis em DCe (grau 3 de Marsh-Oberhuber) e com CU do cólon esquerdo, com atividade moderada ao nível do reto.

O estudo adicional revelou uma calprotectina fecal de 34 mg/Kg e a serologia da DCe com anticorpos anti-Endomisio IgA positivo forte e anticorpos anti-Transglutaminase IgA 630 U/mL (negativo < 7 U/mL).

Confirmou-se, assim, um diagnóstico de DCe em conjugação com a CU e a doente realizou reposição de ferro, foi medicada com mesalazina e referenciada à consulta de nutrição, estando a cumprir dieta isenta de glúten.

A DII e a DCe são doenças inflamatórias crónicas, cuja patogénese está alicerçada na disfunção do sistema imunológico e, que se acredita, partilhem uma associação genética. Os estudos demonstram que existe provavelmente uma relação bidirecional entre a DCe e a DII, sendo o risco de desenvolver DII 9 vezes superior em doentes com DCe, sobretudo DC. O risco de DCe também parece estar na DII, mas em menor extensão. O reconhecimento de sintomatologia sobreponível entre ambas e o estabelecimento de um diagnóstico correto, permite que possa ser instituída uma terapêutica adequada, melhorando o prognóstico destes doentes.

ABORDAGEM NA GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA (PEG): INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, ANTES E APÓS

Lisete Silva¹; Conceição Lopes¹; Lurdes Moreira¹; Honório Faria¹; Ana Almeida¹; Ana Novo¹; Celeste Lima¹; Célia Almeida¹; Daniela Martins¹; Dúmia Rodrigues¹; Edite Azevedo¹; Fernanda Queirós¹; Hernâni Alves¹; Maria José Rego¹; Sameiro Fernandes¹; Palmira Araújo¹; Paula Azevedo¹; Paula Correia¹; Telma Andrade¹

¹Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A alimentação é uma necessidade humana básica importante na conservação e/ou recuperação do estado de saúde.

O aumento da esperança de vida, o envelhecimento da população é uma realidade. Portugal atualmente, é o quarto país da União Europeia mais envelhecido.

À medida que o número de idosos aumenta, também aumenta o número de idosos doentes, (Costa D, 2021), o que constitui um desafio nos cuidados de saúde aos idosos.

Neste contexto, surge a desnutrição, para além de estar associado ao aumento de complicações clínicas para o doente aumenta a necessidade de cuidados de saúde.

A desnutrição em idosos institucionalizados constitui um facto importante, o aumento de admissões hospitalares, períodos de internamentos mais prolongados e indivíduos desnutridos apresentam maior taxa de mortalidade, sendo necessário o seu diagnóstico e intervenção precoce. (Marinho R, et al., 2018).

Assim, a avaliação do estado nutricional deve acompanhar o processo individual do idoso, prevenindo patologias mais graves.

Esta condição clínica tem sido objeto de estudo, no entanto, vários são os métodos para otimizar a ingestão nutricional: suporte nutricional oral, alimentação por sonda entérica e

nutrição parentérica (Diretrizes Clínicas NICE nº 32, 2017).

Com o aumento das Gastrostomias Percutâneas Endoscópicas (PEG) realizadas na Unidade de Gastro, surgiram dúvidas, por parte dos pares, relativamente ao procedimento, complicações, manuseamento, manutenção e, substituição da mesma.

Este trabalho versará sobre intervenções de enfermagem, antes e após a colocação de PEG, que permite o suporte nutricional adequado a pessoas com patologias agudas ou crónicas que impliquem perda da capacidade de alimentação oral.

A equipa de enfermagem do Centro de Ambulatório, considera pertinente fazer a ponte com os profissionais de saúde, com o objetivo de identificar as necessidades e as respetivas estratégias para promover a uniformização dos cuidados.

A metodologia partiu da análise da literatura através de pesquisa nas bases de dados EBS-COhost, Medline®, Cinahl, Nursing & Allied Health collection, Cochrane; Mediclatina, de 2017 a 2022.

Conclusão: Concluímos que existe semelhança nos cuidados da alimentação por sonda nasogástrica e a PEG, mas persistem algumas dúvidas entre os profissionais de saúde.

Este trabalho permitirá adquirir conhecimentos, habilidades e competências para melhorar a qualidade de cuidados a prestar à pessoa com PEG e, melhorar a qualidade de vida destes.

PO 29

PSEUDOTUMOR INFECCIOSO – UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Carla Oliveira¹; Francisco Vara Luiz¹; Ana Vitor¹;
Cláudia Afonso¹; Ivo Mendes¹; Irina Mocanu¹;
Vitor Fernandes¹; Jorge Fonseca¹

¹Hospital Garcia da Orta

Introdução: A actinomicose é uma doença granulomatosa rara, crónica e lentamente progressiva, causada por bactérias *Actinomyces*, anaeróbias gram-positivos. É comensal da orofaringe, tubo digestivo e aparelho genital femininos foram descritos casos de infecção em diferentes localizações (musculo-esquelético, pulmonar, digestivo, sistema nervoso central, etc.), manifestando-se habitualmente como massa inflamatória que mimetiza neoplasia (abcesso frio). Os autores relatam um caso raro de actinomicose colónica.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, hipotireoidismo e Diabetes mellitus não insulino-tratada. Recorreu a consulta por quadro de obstipação crónica, agravada nas últimas semanas, dor nos quadrantes inferiores do abdómen e falsas vontades. Tinha previamente realizado estudo endoscópico, incompleto por fixação da transição recto-sigmóide.

As análises mostravam anemia e elevação de parâmetros inflamatórios. A tomografia abdominal revelou uma massa de aspecto inflamatório no cólon sigmóide, com aparente imagem de corpo estranho (osso?). Realizou endoscopia digestiva baixa com endoscópio alto, com fixação difícil de franquear, observando-se mucosa esbranquiçada na sigmóide distal, cujas biópsias foram inconclusivas. Dada a evolução para oclusão intestinal, foi realizada ressecção cirúrgica segmentar, dificultada por aderências e inflamação. Ahistopatologia revelou massa necrosada, com

corpúsculos amarelados e organismos filamentosos fungóides, gram positivos, sugestivo de actinomicose.

Um mês após a cirurgia, verificou-se agravamento clínico com distensão abdominal. O estudo endoscópico mostrou sub-estenose da anastomose por pseudotumor, cujas biópsias mostraram inflamação inespecífica. Os autores consideraram que o quadro correspondia a manutenção de processo infeccioso de actinomicose. Após avaliação pela equipa de infecciologia, foi medicada com Amoxicilina durante 6 meses, com resolução clínica, analítica e endoscópica.

Conclusão: Embora a *Actinomyces* spp é uma bactéria saprófita da mucosa do tubo digestivo, em casos de traumatismo ou erosão da mucosa, é possível a evolução para infecção invasiva. A afectação do cólon é a mais frequente, podendo ocorrer semanas a anos após o evento desencadeante (p.ex. cirurgia de apendicite ou diverticulite aguda). Embora o tratamento indicado de primeira linha é a antibioticoterapia prolongada, nos casos complexos a cirurgia é inevitável, podendo ser a única forma de chegar ao diagnóstico.

PO 30

LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA POR SILDENAFIL, UM CASO RARO.

Madalena Teixeira¹; David Tomás¹; Sara Lopes¹;
Inês Costa Santos¹; Cristina Teixeira¹;
Ana Paula Oliveira¹

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

A lesão hepática induzida por fármacos (DILI – drug-induced liver injury) é um dos distúrbios hepáticos mais desafiantes, quer pela multiplicidade de fármacos, produtos de ervanária e suplementos alimentares com potencial hepatotóxico, quer pela apresentação incharacterística desta condição, sem a presença de biomarcadores específicos. Estas circunstâncias fazem com que o diagnóstico da DILI

requeira um elevado grau de suspeição e uma cuidada exclusão de etiologias alternativas. Um homem de 45 anos desenvolveu um quadro de astenia, anorexia e náuseas com semanas de evolução. Associadamente, descreveu quadro de icterícia com colúria e acolia, de início posterior. Quando foi inicialmente visto no Serviço de Urgência, apresentava hiperbilirrubinémia de 5 mg/dL à custa da direta (3,5mg/dL), elevação marcada das transaminases com AST 2374 U/L e ALT 2562 U/L e aumento da FA (350 U/L) e GGT (100 U/L). O exame objetivo revelou icterícia e ligeiro desconforto à palpação do hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. O doente foi internado por Hepatite Aguda de etiologia a esclarecer. Do estudo etiológico destaca-se avaliação negativa para hepatite A, B, C, E, CMV, EBV e auto-imunidade. A ecografia abdominal não apresentou alterações patológicas. Relativamente a consumo de medicamentos o doente referiu ter iniciado toma de Sildenafil 200mg 2 a 3 comprimidos por semana 3 semanas antes do início do quadro. Negava outra medicação, produtos de ervanária ou consumo de álcool excessivo. O doente evoluiu favoravelmente sem critérios de insuficiência hepática. Cerca de 1-2 meses após suspensão do Sildenafil, apresentou-se clinicamente assintomático e com total normalização analítica do perfil hepato-biliar. Este caso ilustra o processo diagnóstico extenso subjacente ao diagnóstico da DILI, neste caso por Sildenafil. O Sildenafil é um agente vasoativo frequentemente usado por doentes com disfunção erétil. É geralmente bem tolerado e é considerado uma causa rara de toxicidade hepática, havendo poucos casos descritos. O mecanismo de ação de toxicidade hepática ainda não é conhecido, assim como o período de latência para a lesão, mas pensa-se que ocorrerá predominantemente no espaço de 1-8 semanas após toma do fármaco. O padrão de elevação de enzimas

hepáticas varia, mas os casos mais convincentes descrevem um padrão misto, como o caso apresentado, ou colestático ligeiro. A insuficiência hepática aguda associada a este fármaco é ainda mais rara, havendo apenas um caso descrito.

PO 31

OCCLUSÃO DA ARTÉRIA GÁSTRICA ESQUERDA, UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE POLIMIALGIA REUMÁTICA

Madalena Teixeira¹; David Tomás¹; Sara Lopes¹; Inês Costa Santos¹; Cristina Teixeira¹; Ana Paula Oliveira¹

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

A isquémia gástrica é uma condição médica rara e potencialmente grave. A baixa prevalência desta condição deve-se em parte à rede complexa de artérias que irrigam o estômago.

Um homem de 71 anos, obeso, diabético, hipertenso e com dislipidémia, DPOC e cardiopatia isquémica foi admitido no SU por prostração e dessaturação periférica de oxigénio. Ao exame físico apresentava um abdómen distendido, timpanizado, pouco depressível. Não tinha cirurgias prévias e, para além da medicação para as patologias descritas, fazia múltiplos analgésicos por mioartralgias. Foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por insuficiência respiratória global e necessidade de ventilação invasiva. Fez TC tóraco-abdómino-pélvica que evidenciou aeroportia e isquémia gástrica com ar na artéria gástrica esquerda (AGE). Tendo em conta a presença de vasos patentes adequados à perfusão gástrica, estabilidade clínica e melhoria imagiológica documentada nas 24 horas após a admissão, decidiu-se não se realizar terapêutica de revascularização e iniciou-se hipocoagulação. Foi feita endoscopia alta que revelou mucosa do fundo e corpo gástrico congestionada e ulcerada, com focos de necrose. O estudo

de trombofilias e o Holter foram negativos. Foi feita antibioterapia e anti-fúngico empiricamente, contudo, apesar da redução dos parâmetros inflamatórios, o doente manteve picos febris, diários, de predomínio vespertino. Clinicamente apresentava apenas mioartalgias de longa data, em ambos os ombros, joelhos e coxo-femorais, com agravamento após repouso. Analiticamente importa referir VS 80mm/h e ANA, Anti-CCP e FR negativos. Após rastreio séptico negativo e investigação de síndrome febril indeterminado inconclusiva, foi realizada uma PET/CT com FDG, que revelou captação aumentada de FDG a nível osteo-articular, sobretudo nas esterno-costo-claviculares e na região sacro-coccígea de forma bilateral e simétrica. Assumiu-se o diagnóstico de Polimialgia Reumática (PMR) e foi iniciada prednisolona 15mg/ dia com resolução do quadro.

A oclusão da AGE pode associar-se a aterosclerose, estados de hipercoagulabilidade ou doenças vasculares. O caso em análise refere-se a um doente com síndrome metabólico e consequentemente alto risco de aterosclerose. Para além disso, o doente apresenta PMR, doença inflamatória crónica que tem sido associada à aceleração da aterosclerose, através do dano arterial pela inflamação. Assim, este diagnóstico de PMR torna-se um fator de risco particularmente relevante diante de um quadro de isquémia arterial de um território pouco comum.

PO 32

PLASMAFERESE TERAPÊUTICA NA PANCREATITE POR HIPERTRIGLICERIDEMIA: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Madalena Teixeira¹; Carla Costa²; Ângela Simas²; Carlos Pereira²

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

Introdução: A hipertrigliceridemia é uma causa bem estabelecida de Pancreatite Aguda (PA), representando cerca de 35% de todas as etiologias. O risco de desenvolver PA aumenta progressivamente com triglicéridos (TG) superiores a 500mg/dL. O grau de elevação de TG associa-se à severidade da pancreatite aguda induzida por hipertrigliceridemia (PAHTG). Para além das medidas gerais, tem sido sugerido por estudos observacionais que, em doentes selecionados, a insulina e plasmaferese (PF) podem ter um papel na abordagem destes doentes.

Objectivo, material e métodos: Apresentamos um estudo observacional retrospectivo de doentes diagnosticados com PAHTG grave tratada com PF numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) desde Janeiro de 2013 e Março 2023.

Resultados: Dos 19 doentes incluídos neste estudo, 89% eram homens (n=17) e a média de idade à apresentação do diagnóstico foi de 41±7 anos. Cerca de 90% dos doentes eram obesos com IMC médio de 29±3 kg/m². A média do score de APACHE II foi 9±7 e a maioria dos doentes não necessitou de suporte de órgão (n=16, 84%). Todos os doentes selecionados tinham hipertrigliceridemia grave à admissão (1225 a 4700 mg/dL) e foram submetidos a PF nas primeiras 48h desde admissão na UCI. Os níveis de TG foram medidos antes e depois de cada plasmaferese. 68% dos doentes precisaram apenas de um tratamento para reduzir os TG para um valor abaixo de 500mg/dL (n=13), 26% precisaram

de dois tratamentos (n=5), e 5% precisaram de 4 (n=1). Um total de 27 PF foram realizadas. A média de redução de TG por tratamento foi de 67% e a média de redução de TG no primeiro tratamento de 74%. O volume médio de substituição foi de 3683 mL \pm 859 mL, e a solução de reposição mais usada foi a combinação entre albumina e cristaloides (n=12, 44%) e albumina apenas (n=11, 41%). A técnica foi interrompida principalmente por pressão transmembrana elevada no sistema. Não houve interrupções da técnica por complicações associadas ao doente. Apesar de se ter usado heparina em todos os doentes como hipocoagulação, não se registaram complicações hemorrágicas. Hipotensão arterial ocorreu em 7% das plasmafereses e foi resolvida em todos os casos com administração de cristaloides. A duração média de internamento na UCI foi de 7 \pm 11 dias e a média de duração média de internamento hospitalar foi de 17 \pm 21 dias. A mortalidade hospitalar foi de 5% (n=1).

Conclusão: PF provou ser eficiente em reduzir os TG na PAHTG e com apenas 1 a 2 sessões na maior parte dos casos. Registou-se uma baixa taxa de complicações associadas ao procedimento. Contudo, como não há comparação entre PF e tratamentos standard, o impacto desta técnica nos outcomes clínicos ainda é incerto. São necessários estudos randomizados prospectivos para delinear uma abordagem eficiente para PAHTG.

PO 33

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: UM DIAGNÓSTICO RARO

David Ferro Tomás¹; Madalena Teixeira¹;
Inês Costa Santos¹; Ricardo Pereira¹;
Sara Ramos Lopes¹; Cláudia Cardoso¹;
Ana Luísa Alves¹; Ermelinda Pedroso¹;
Ana Paula Oliveira¹

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

Introdução: O Pseudomixoma Peritoneal (PMP) é uma doença rara, caracterizada pela acumulação de líquido mucinoso no abdómen devido à rutura de tumores que produzem mucina. Estes tumores geralmente originam-se no apêndice e ovário, e por vezes, no pâncreas, bexiga ou cólon.

Caso: Homem de 73 anos, admitido no serviço de urgência por aumento do perímetro abdominal com cerca de 3 meses de evolução. No exame objetivo documentou-se ascite sob tensão. Analiticamente com anemia (Hb 10.9 microcítica, hipocrômica e aumento dos parâmetros inflamatórios (Proteína C-Reativa-9.71 mg/dL) Na ecografia abdominal apresentava estrutura hiperecogénica reticular difusa dispersa por todo o abdómen. Realizou TC-abdominal que corroborava volumosa ascite de conteúdo não puro, sem outras alterações.

Em contexto de internamento, para estudo etiológico, foi possível realizar paracentese diagnóstica com saída de líquido gelatinoso/mucinoso que revelou: ADA 5.5; Albumina 2.3; Glicose 120; LDH 178; Proteínas 4.9; Amilase 18. Exame bacteriológico: Negativo. Gradiente albumina sero-ascítico < 1. Na avaliação citológica apresentava células mesoteliais com ligeira atipia, nucléolo visível, isoladas e agregados morulares.

Completo estudo analítico com marcadores tumorais (CEA, CA 19.9, PSA, Alfa-fetoproteína) que foram negativos e realizou TC-TAP sem alterações patológicas para além das

descritas. A A endoscopia digestiva alta e baixa que não documentaram lesões da mucosa. Na marcha diagnóstica foi submetido a laparoscopia que documentou ascite translúcida com conglomerados de mucina envolvendo o grande epíloon, colon e mesos. As biópsias apresentaram abundante muco extracelular com adenocarcinoma mucinoso com diferenciação gastrointestinal (AE1/AE-3+, CK20+, p53+, CDX2+, CK7-). Em discussão multidisciplinar inter-hospitalar foi decidida a realização de cirurgia citoredutora e eventual quimioterapia adjuvante.

Conclusão: O pseudomixoma peritoneal constitui uma entidade clínica rara com diagnóstico tardio. Na sua avaliação é importante o diagnóstico diferencial com mesotelioma quístico benigno, mesotelioma maligno do peritoneu e carcinomatose peritoneal. O tratamento passa por cirurgia citoredutora e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. O prognóstico é geralmente bom, com 69–75% de sobrevida aos 5 anos nos doentes submetidos a tratamento.

PO 34

O PAPEL DA ECOENDOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE SARCOIDOSE

Margarida Portugal¹; Marta Eusébio¹;
Isabel Carvalho¹; Bruno Peixe¹; Paulo Caldeira¹
¹Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: A ecoendoscopia (EUS) tem vindo a destacar-se como uma ferramenta útil na avaliação de adenopatias/massas mediastínicas. A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica, de etiologia desconhecida, caracterizada histologicamente pela presença de granulomas não-caseosos. Atinge mais frequentemente os pulmões e os gânglios intratorácicos, cursando nomeadamente com adenopatias mediastínicas. É uma patologia de difícil diagnóstico, implicando uma abordagem multidisciplinar.

Descrição do caso: Descrevem-se dois casos

de sarcoidose diagnosticados no último ano por EUS. O caso 1 refere-se a um homem, 51 anos, sem antecedentes de relevo, com tosse produtiva e dispneia com sibilância para médios esforços. Analiticamente com aumento da enzima conversor da angiotensina sérica (48 U/L). A tomografia computadorizada (TC) torácica mostrou no mediastino múltiplas adenopatias, várias das quais calcificadas, paratraqueais, hilares e subcarinais e, ao nível do parênquima pulmonar, múltiplos nódulos dispersos bilateralmente infracentrítricos. A broncofibroscopia evidenciou árvore brônquica permeável com mucosa edemaciada e hiperemiada, sem alterações no exame do lavado broncoalveolar. Realizada, posteriormente, EUS que mostrou várias adenopatias mediastínicas, celíacas e hilares com centro hiperecogénico. Foi feita punção de uma adenopatia celíaca com agulha FNB 22G, cujo resultado mostrou tratar-se de linfadenite granulomatosa não necrotizante. Assumida sarcoidose estadio II. O caso 2 refere-se a uma mulher, 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, com queixas de anorexia, sudorese noturna e poliartalgias das grandes e pequenas articulações com 3 anos de evolução. Realizou TC toracoabdominal por suspeita de doença mieloproliferativa que revelou múltiplas adenopatias supradiaphragmáticas, mediastínicas e hilares bilateralmente. A EUS confirmou adenopatias mediastínicas, volumosas, heterogéneas e hipocogénicas e adenopatias subdiaphragmáticas nomeadamente celíacas e perihepáticas com centro hiperecogénico, tendo sido realizada punção de adenopatia do espaço subcarinal, de grandes dimensões, com agulha FNB 22G, 3 passagens transesofágicas. As biópsias revelaram doença granulomatosa não necrotizante. Admitida sarcoidose estadio I.

Conclusão: A sarcoidose representa um desafio diagnóstico face à sua expressão clínica

variável. Enfatiza-se a importância de equacionar a realização de EUS, principalmente no caso de se verificar dificuldade no diagnóstico desta entidade, por se revelar um método minimamente invasivo e de elevada acuidade diagnóstica.

PO 35

HEMORRAGIA COMO COMPLICAÇÃO DE MUCOSECTOMIA – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Sofia Gonçalves Bragança¹; Ana Catarina Garcia¹; Gonçalo Alexandrino¹; Mariana Nuno Costa¹; Luís Carvalho Lourenço¹; David Horta¹
¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A ressecção endoscópica (RE) associa-se a uma redução da incidência do cancro colorretal de 76-90%. No entanto, trata-se de um procedimento invasivo e não isento de complicações. A hemorragia é a complicação mais frequente e apresenta incidência variável (1,5-2,8% hemorragia intraprocedimento [HIP]; 0,3-6,1% hemorragia pós-polipectomia [HPP]). A anticoagulação (AC), localização no colón direito, dimensão > 30mm e utilização de hemoclip (HC) profilático no colón direito são fatores de risco (FR) para HPP. O risco de HIP aparenta ser superior nas lateral spreading tumor (LST) e nos pólipos (Pps) > 40mm. **Objetivos:** Analisar a taxa de hemorragia associada à RE colorretal (HIP e HPP) e relacionar com características do doente, dos Pps e da técnica utilizada.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo, a partir de uma base de dados colhida prospectivamente, relativo a um período de 6 anos (janeiro 2014 a dezembro 2019). Incluídos doentes submetidos a mucosectomia (EMR) de PPs grandes não pediculados (>20mm). Analisaram-se dados demográficos, as características dos Pps e a técnica de RE. Definiu-se HIP como hemorragia detetada durante o procedimento e submetida a terapêutica endoscópica e HPP como hemorra-

gia nos 30 dias após o procedimento e que motivou vinda ao hospital. Análise estatística realizada com SPSS® (teste X2, teste exato de Fishers, odds ratio).

Resultados: Na amostra de 361 doentes (64% do sexo masculino; idade média de 56 anos), a taxa de hemorragia global foi de 19,3% (HIP 16,9% e HPP 3%). Cerca de 22% encontrava-se antiagregado (AAG)/AC o que se associou a risco acrescido de HPP (p-value>0.05). A maioria das HPP não necessitou de suporte transfusional e realizou-se colonoscopia sem terapêutica endoscópica. A maioria dos Pps eram LST (n=282) e apresentavam score SMSA 3-4 (n=260), o que se associou a maior incidência de HIP (p-value 0,047). O colón direito foi a localização mais frequente (65,7%) e não foi verificada diferença na incidência de HPP face ao colón esquerdo. Aproximadamente 25% dos Pps apresentava dimensão >30 mm o que se associou a maior incidência de HIP (p-value 0.001). Metade dos Pps foram submetidos a EMR em bloco com ansa diatérmica (53%) o que se associou a menor incidência de HIP (p-value 0,016). Foram aplicados HC em 51% dos Pps (intuito: 68% (n=123) profilático; 32% (n=57) terapêutico [HIP]). A taxa de HC profilático foi de 36% no colón direito e 30% no colón esquerdo, tendo-se associado a redução do risco de HPP (OR 0,159; IC 95% [0,006 ; 3,835]).

Conclusões: A incidência de HPP assemelhou-se aos valores reportados a nível internacional, contudo a incidência de HIP foi superior (sem dados de series nacionais disponíveis). A EMR revelou-se segura em doentes sob AAG/AC, apesar do risco acrescido de HPP. A complexidade dos Pps definida pelo score SMSA aparentou sinalizar risco acrescido de HPP. A aplicação de HC profilático associou-se a redução do risco de HPP.

PO 36

HAMARTOMA BILIAR MULTIQUÍSTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Margarida Portugal¹; Marta Eusébio¹;
Isabel Carvalho¹; Bruno Peixe¹; Paulo Caldeira¹;
Jorge Lamelas²; Ana Maria Carvalho²

¹Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

²Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE / Hospital de Curry Cabral

Introdução: A patologia das vias biliares, intra ou extra-hepática, é comum na prática clínica, sendo essencial uma correta distinção entre lesões malignas e benignas. Dentro das entidades benignas, destacam-se o hamartoma dos ductos biliares, entidade rara, frequentemente assintomática e diagnosticada de forma incidental.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma mulher, 64 anos, com antecedentes de neoplasia da mama direita submetida a mastectomia e radioimunoterapia em 2019. Atualmente, sob hormonoterapia, sem evidência de recidiva. Enviada para investigação de achado ecográfico (dilatação das vias biliares) documentado no seguimento da doença neoplásica. Clinicamente assintomática. Analiticamente sem alterações das provas hepáticas. A colangio-ressonância magnética (RM) mostrou marcada dilatação das vias biliares intra-hepáticas a montante do segmento proximal do canal hepático esquerdo, sem evidência imagiológica expansiva endoluminal, parietal ou extrínseca na região da estenose, tendo-se equacionado o diagnóstico de neoplasia mucinosa papilar intraductal do ducto biliar. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar, tendo-se optado por terapêutica cirúrgica (hepatectomia esquerda + ressecção da via biliar principal). A avaliação anatomopatológica revelou área multinodular com múltiplas estruturas quísticas, multiloculada preenchidas por conteúdo seromucinoso, revestidos por epitélio de tipo biliar, sem displasia. A imunohistoquímica revelou CK7+

e CK20-. Os achados histopatológicos confirmaram o diagnóstico de hamartoma biliar multiquístico.

Conclusão: O hamartoma biliar, ou Complexo de Von Meyenburg, caracteriza-se por dilatações quísticas nos ductos biliares revestidas por tecido fibroso. Os achados imagiológicos podem mimetizar lesões secundárias, principalmente em doentes com antecedentes oncológicos, sendo essencial a realização de biópsia para o diagnóstico definitivo. Realça-se a importância do reconhecimento desta entidade, frequentemente negligenciada, evitando um diagnóstico incorreto de malignidade, com impacto no prognóstico do doente.

PO 37

ESTENOSES INTESTINAIS MULTISSEGMENTARES: UMA ABORDAGEM PRAGMÁTICA A UMA ETIOLOGIA POUCO CLARA

Plácido Gomes¹; Diogo Simas¹; André Ruge¹;
Cristina Amado¹; Artur Antunes¹;
Helena Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: Quadros de obstrução intestinal constituem um verdadeiro desafio diagnóstico pelo vasto leque de etiologias subjacentes, desde inflamatórias a neoplásicas ou traumáticas. No confronto entre pistas diagnósticas decorre a necessidade de uma abordagem pragmática e exaustiva à marcha diagnóstica. **Caso:** Os autores reportam o caso de uma mulher de 62 anos, raça Africana, que recorre por quadro com 2 meses, caracterizado por episódios suboclusivos de diarreia aquosa diurna e noturna, sem perda ponderal. Como antecedentes, de destacar vitiligo e Tiroidite de Hashimoto em fase de hipotiroidismo. Realizou radiografia abdominal com níveis hidroaéreos de cólon e delgado; TC abdominal que revelou várias áreas de espessamento parietal do cólon sigmóide, descendente, ângulo hepático, e da última ansa ileal; dilatação

assimétrica da árvore biliar intra-hepática, sem lesões focais; espessamento do urotélio à direita a par de espessamento vesical; e uma imagem anaxial direita, com componentequistico e calcificações, com cerca de 80 mm. Na colonoscopia identificou-se no sigmóide médio, uma estenose circunferencial com mucosa eritematosa, com raras erosões e outra não franqueável no descendente médio de características similares. Na endoscopia, o antro apresentava-se algo atrofico, com uma área de convergência de pregas de aspeto cicatricial e nodular cuja anatomia patológica revelou um infiltrado inflamatório inespecífico. A Entero-RMN descreveu adicionalmente uma estenose curta do jejuno com estratificação da parede; e a CPRM descreveu uma irregularidade dos contornos das vias biliares intra-hepáticas, favorável com a hipótese de Colangite Esclerosante. As imunoglobulinas, ANCA, a par do IGRA eram normais. Assumiu-se um provável diagnóstico de Doença de Crohn, tendo realizado um ciclo de corticoterapia com resolução das queixas. Foi avaliada por Ginecologia, que dadas as características ecográficas e CA 125 discretamente aumentado, assumiu possibilidade de neoplasia do ovário, tendo sido proposta para anexectomia. Dada suspeita de neoplasia e diagnóstico presuntivo de Doença de Crohn com doença extensa, iniciou Vedolizumab, mantendo-se em remissão clínica. Na ureterorrenoscopia identificou-se área de hiperémia na parede vesical, tendo a histologia revelado infiltração por carcinoma de células em anel de sinete. Optou-se pela repetição da endoscopia digestiva alta, que se apresentou similar, com exceção de estenose curta (de novo) no segmento D2 do duodeno. A histologia gástrica confirmou um adenocarcinoma de células em anel de sinete. Assumiu-se a possibilidade de Tumor de Krukenberg.

Conclusão: Perante um quadro com características de Doença de Crohn com conco-

mitante diagnóstico estabelecido de adenocarcinoma de células em anel de sinete de apresentação invulgar, discute-se o diagnóstico diferencial das estenoses do tubo digestivo face à incerteza etiológica.

PO 38

DOENÇA EOSINOFÍLICA: UM QUADRO GASTROINTESTINAL SUBDIAGNOSTICADO

Plácido Gomes¹; Diogo Simas¹; André Ruge¹; Artur Antunes¹; Helena Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A hipereosinofilia constitui um distúrbio hematológico que resulta do aumento dos eosinófilos reativo (secundário) ou primário, em contexto de doença mielo ou linfoproliferativa. Aumentos sustentados dos eosinófilos podem resultar lesão visceral por citotoxicidade, pelo que se torna preponderante uma investigação etiológica rica dado que o tratamento é dirigido à causa.

Caso: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 52 anos, com queixas de disfagia progressiva para sólidos, dor abdominal em cólica e diarreia aquosa diurna e noturna com 3 meses de evolução; associada a uma perda ponderal de cerca de 5%. Dos antecedentes destaca-se história pessoal de rinite e sinusite alérgica a par de história familiar de asma. Salienta-se ainda internamento 13 anos antes por quadro de dor abdominal com tomografia abdominal a evidenciar múltiplas estenoses a envolver antro gástrico, duodeno, ansas ileais, jejunais e cólon; e evidência de hipereosinofilia, sem diagnóstico estabelecido. No presente episódio, destaca-se a presença de hipereosinofilia (18600 células/ μ L) e IgE total elevado (2021 mg/dl). O esfregaço de sangue periférico, LDH, ANA, ANCA e imunoglobulinas encontravam-se normais; o estudo bacteriológico e parasitológico das fezes revelou-se negativo. A tomografia computadorizada denotou espessamento e edema parietal a envolver antro gástrico e ansas intestinais

do delgado congruentes com a hipótese de reação inflamatória, associado a ligeiro derrame peritoneal. Na endoscopia digestiva alta, apesar da presença de resíduos alimentares, foram excluídas lesões obstrutivas; ao exame anátomo-patológico verificou-se a presença de eosinófilos e atividade inflamatória a nível do duodeno e antro gástrico. A colonoscopia realizada no exterior não apresentava alterações. Atendendo à possibilidade de síndrome eosinofílica primário foi ainda requisita a avaliação por hematologia e efetuado o estudo de PDGFR e FIP1L1-PDGFR. Perante os achados, colocada a hipótese de síndrome hipereosinofílica secundário a doença eosinofílica com atingimento do trato gastrointestinal. Neste sentido, iniciado ciclo de corticoterapia com rápida resolução das queixas e normalização do hemograma.

Conclusão: Perante uma hipereosinofilia persistente com quadro abdominal preponderante a doença eosinofílica gastrointestinal é um importante diagnóstico diferencial a considerar. Pretende-se assim alertar para uma patologia pouco frequente, subdiagnosticada cujo tratamento se encontra bem estabelecido e associado a um prognóstico favorável.

PO 39

UM CASO DE SÍNDROME DE OSLER-WEBER-RENDU: NEM SEMPRE UM DIAGNÓSTICO DO DOENTE JOVEM

Plácido Gomes¹; Diogo Simas¹; André Ruge¹; Artur Antunes¹; Helena Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

O síndrome de Osler-Weber-Rendu trata-se de doença hereditária, autossómica dominante que decorre da mutação de genes codificadores de proteínas essenciais à angiogénese. Da disrupção desta via metabólica resulta o enfraquecimento da parede vascular. Manifesta-se frequentemente na forma de epistaxis, anemia sintomática ou hemorragia digestiva, tipicamente com início em idade jovem.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 86 anos, com múltiplas visitas ao serviço de urgência por episódios recorrentes de epistaxis e perdas hemáticas gastrointestinais em associação com anemia grave e necessidade frequente de transfusão de concentrado eritrocitário. Salienta-se ainda internamento alguns meses antes por insuficiência cardíaca descompensada em contexto de anemia agudizada por hemorragia digestiva alta com sede em angiectasia vascular antral, intervencionada com recurso a coagulação por árgon plasma (APC); nesta altura, perante a ausência de recorrência de perdas e diagnóstico de fibrilhação auricular a doente foi avaliada por cardiologia e atendendo ao risco-benefício iniciou hipocoagulação com edoxabano. Dos antecedentes pessoais destaca-se ainda história familiar de epistaxis em irmãos e filho. Ao exame objetivo apresentava palidez mucocutânea e presença de hemangiomas nos lábios, cavidade oral e dedos das mãos. À avaliação endoscópica alta seriada verificou-se presença de alterações compatíveis com Ectasia Vascular Antral Gástrica tratada com APC. A colonoscopia não apresentou alterações de relevo. Perante a suspeita de um síndrome malformativo arteriovenoso, foi efetuado estudo imagiológico com tomografia computadorizada com contraste arterial sem presença de malformações arteriovenosas ao nível do Polígono de Willis, vasos do pescoço, tórax, abdómen e pelve, excetuando aneurisma da aorta ascendente. O estudo enteroscópico por cápsula não apresentou alterações. De acordo os critérios de Curação, este caso enquadra-se num quadro definitivo de Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (HHT) uma vez que cumpre com 3 dos 4 critérios, nomeadamente, história familiar de HHT, epistaxis recorrente espontânea e múltiplas telangiectasias. Neste âmbito, requisitou-se estudo genético com pesquisa de mutação ENG, ACVRL1, SMAD4 e GDF2. A par do risco

hemorrágico, suspendeu a anticoagulação, tendo sido proposta para encerramento percutâneo do apêndice auricular esquerdo.

O síndrome de Osler-Weber-Rendu ou HHT constitui um verdadeiro desafio diagnóstico perante a diminuta prevalência da doença em associação, por vezes, com uma apresentação frustrante que não motiva a procura de cuidados de saúde, resultando em diagnósticos tardios. Pretende-se assim apelar à possibilidade deste diagnóstico, típico do jovem, no doente idoso que pelas frequentes comorbilidades beneficia de tratamento adequado e precoce para assim prevenir a morbimortalidade.

PO 40

VIGILÂNCIA ENDOSCÓPICA APÓS GASTRECTOMIA PARCIAL – SERÁ A VIGILÂNCIA INTENSIVA A MELHOR ESTRATÉGIA?

Sofia Ventura¹; Maria José Bento²; Rui Henrique²; Mário Dinis-Ribeiro²

¹H Viseu ²IPO – Porto

Introdução: O cancro gástrico é a quinta neoplasia maligna mais comum e a terceira causa mais comum de mortalidade por cancro em todo o mundo. Os tumores que não cumprem os critérios para a ressecção endoscópica requerem cirurgia, se ressecáveis. Mesmo após o tratamento com intenção curativa, o prognóstico do cancro gástrico é desanimador, e a maioria das recidivas do cancro gástrico ocorrem num período de 2 anos. As estratégias de vigilância do seguimento após a ressecção com intenção curativa do cancro gástrico continuam a ser controversas, uma vez que os dados de estudos prospetivos de seguimento após gastrectomia parcial são escassos, não tendo sido elaboradas recomendações formais sobre a vigilância endoscópica.

Objetivos: Avaliar a recorrência de neoplasia gástrica em doentes assintomáticos num pro-

grama de vigilância endoscópica após gastrectomia parcial por adenocarcinoma gástrico num centro terciário.

Material e métodos: Análise retrospectiva de bases de dados (Registos Oncológicos Regionais do Norte (RORENO), bases de dados de endoscopia e anatomia patológica) de todos os doentes com adenocarcinoma gástrico submetidos a gastrectomia parcial com vigilância endoscópica de seguimento após cirurgia no nosso centro, nos anos de 2013 a 2017. Foram recolhidos dados biográficos e clínicos (relatórios cirúrgicos, endoscópicos e histopatológicos). Foram incluídos os doentes submetidos a gastrectomia subtotal (excluída a ressecção total do estômago, incluindo cárdia e piloro) e excluídos os doentes com apenas uma endoscopia de seguimento.

Resultados e conclusões: Foram realizadas 1045 endoscopias a 276 doentes (variando de 2 a 12 endoscopias por doente) no período de 2013-2017. Detetaram-se 4 lesões metácronas, 2 em doentes assintomáticos (em programa de vigilância), o que corresponde a 0,2% das lesões detetadas em todas as endoscopias realizadas (IC 95% [0,00, 0,0046]). Os doentes assintomáticos foram diagnosticados com lesões metácronas aos 40 meses de cirurgia e apresentavam histologia de adenocarcinoma tubular na lesão inicial e lesões metácronas.

Existem dados limitados sobre os períodos de seguimento com endoscopia em doentes após gastrectomia subtotal por neoplasia gástrica. Os nossos resultados mostraram 2 lesões metácronas em doentes assintomáticos, detetadas por endoscopia no programa de vigilância.

São necessários estudos prospetivos para sugerir recomendações de vigilância endoscópica após gastrectomia parcial. De acordo com os nossos resultados, sugerimos a realização de endoscopia 1, 3 e 5 anos após a cirurgia em doentes assintomáticos.

PO 41

ADENOMA HEPATOCELULAR – APRESENTAÇÃO GRAVE DE UM TUMOR RARO

Sara Ramos Lopes¹; Inês Costa Santos¹;
Madalena Teixeira¹; Cristiana Sequeira¹;
Cláudia Cardoso¹; Élia Gamito¹; Ana Carvalho¹;
Ana Paula Oliveira¹

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

Introdução: O adenoma hepatocelular é um tumor raro, de natureza benigna, cujo diagnóstico é habitualmente incidental. Contudo, pode-se complicar de hemorragia intratumoral potencialmente fatal.

Caso: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 40 anos, medicada com contraceptivo oral, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor súbita no hipocôndrio direito associada a instabilidade hemodinâmica. Analiticamente, salientava-se anemia (Hb 9.7/dL, normocítica/ normocrômica) e alterações de novo da bioquímica hepática de predomínio colestático (AST 65U/L, ALT 199U/L, GGT 447U/L, ALP 1302U/L, bilirrubina total 1mg/dL). A tomografia computadorizada abdominal com contraste endovenoso revelou um volumoso tumor que ocupava quase todo o lobo direito do fígado com sinais de hemorragia ativa intratumoral, a qual foi controlada após embolização arterial urgente. Do estudo etiológico, a salientar serologias virais e marcadores tumorais negativos. Para melhor esclarecimento do quadro, foi realizada uma ressonância magnética nuclear com contraste hepato-específico, que revelou nos segmentos VII, VIII e I do fígado um tumor com 13 x 12.5 x 11.4cm, de aspeto hipervascular, sem washout e hipocaptante de contraste, com área central de conteúdo hemático, não sendo possível determinar a sua etiologia. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e a doente foi proposta para ressecção cirúrgica. A histologia foi compatível com o diag-

nóstico de adenoma hepatocelular, do subtipo inflamatório.

Conclusão: Os autores destacam o caso não só pela sua singularidade, dado tratar-se de uma complicação rara, mas potencialmente fatal de um tumor hepático benigno, mas também pelo seu desafio diagnóstico, que requer um elevado nível de suspeição, sobretudo em mulheres jovens sob contraceptivos orais que se apresentem com quadro clínico de dor abdominal intensa com repercussão hemodinâmica.

PO 42

UM CASO RARO DE DIARREIA – QUANDO A DOENÇA DE CROHN NÃO BASTA

Ana Rute Gomes¹; Caroline Soares¹;
Ângela Domingues¹; Cláudio Rodrigues¹;
Sofia Ventura¹; Diana Martins¹; Paula Sousa¹;
Eugénia Cancela¹; Paula Ministro¹; Américo Silva¹
¹Hospital de Viseu

Introdução: Apresenta-se o caso de um homem de 42 anos, portador de obesidade grau 2, enviado da consulta de obesidade por diarreia.

Descrição do caso: A diarreia começou aproximadamente um mês após o início de dulaglutide, motivando a suspensão do fármaco, mas persistiu após esta atitude. O doente foi medicado sintomaticamente com melhoria das queixas, retomando o uso do dulaglutide. Realizada ileocolonoscopia que revelou ileon sem alterações relevantes, mucosa congestiva e erosionada com apagamento do padrão vascular submucoso no colon descendente, alternado com mucosa de normal aspeto. Histologicamente com critérios de colite crónica no cólon esquerdo.

Na primeira consulta de Gastrenterologia apresentava alternância de hábitos intestinais e ganho ponderal de 10 kg. Analiticamente, aumento da calprotectina fecal e insuficiência da elastase fecal. Realizada endoscopia digestiva alta com gastropatia eritematosa an-

tral. Histologicamente presença de infiltrado inflamatório de natureza mista, com atividade granulocítica grave no estômago. Realizada TC abdominal que revelou diminuição global do volume do pâncreas; enterorressonância sem alterações relevantes. Iniciada suplementação com pancreatina e IBP.

Nova agudização da diarreia posteriormente. Assumidos períodos de binge-eating. Objetivadas alterações cutâneas sugestivas de psoríase e pitting ungueal. Analiticamente, agravamento da calprotectina fecal, sideropenia de novo, diminuição acentuada dos níveis de IgM e IgG4 > 300 na crise. Prescrito ferro endovenoso e ciclo corticoterapia, considerando hipótese de doença IgG4 com atingimento biliopancreático e gastrointestinal.

Em reavaliação, melhoria das queixas gastrointestinais e verificado ganho ponderal. A reavaliação endoscópica revelou colopatia congestiva e erosiva segmentar do cólon transverso e sigmóide; histologicamente com lesões inflamatórias crônicas, características sugestivas de doença IgG4 ausentes.

Assumido diagnóstico de insuficiência pancreática exócrina por provável pancreatite auto-imune por doença IgG4 e doença de Crohn do cólon concomitante.

Neste contexto clínico complexo o doente iniciou tratamento com mesalazina e reforçada adesão às medidas higieno-dietéticas. Após discussão de grupo, proposto para terapêutica combinada com infliximab e azatioprina.

Conclusão: Apresenta-se o caso pela raridade da associação da doença IgG4 e doença de Crohn e desafios diagnósticos e terapêuticos em doente sob terapêutica médica de obesidade.

PO 43

HEMOPERITONEU: MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE CARCINOMA HEPATOCELULAR EM FÍGADO NÃO CIRRÓTICO

Francisco Vara Luiz¹; Cláudia Afonso¹; Carla Oliveira¹; Ana Pascoal¹; Ivo Mendes¹; Susana Henriques¹; João Vaz¹; António Pereira¹; Margarida Ferreira¹; Cristina Fonseca¹; Jorge Fonseca¹

¹Hospital Garcia de Orta

Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) constitui a sexta neoplasia mais comum mundialmente, representando 90% das neoplasias primárias do fígado. A rutura espontânea, com prevalência estimada em 1%, constitui uma complicação grave, associada a elevada mortalidade. A terapêutica nestes casos não é consensual e depende da situação clínica do doente, incluindo a embolização arterial e a ressecção hepática emergente.

Descrição do caso: Mulher de 78 anos, com antecedentes de tireoidectomia total por neoplasia há cerca de 20 anos, em remissão clínica. Recorreu ao serviço de urgência por queixas de dor epigástrica intensa com duas semanas de evolução, associada a enfartamento pós-prandial e cansaço com agravamento progressivo. A tomografia computadorizada revelou hemoperitoneu perihepático, pélvico e perigástrico em provável relação com massa de 8 cm no lobo hepático esquerdo, com extravasamento de contraste associado, sugestivo de hemorragia ativa proveniente de ramo da artéria hepática esquerda, constatando-se também rutura da cápsula no segmento III. Por se encontrar hemodinamicamente estável, foi realizada angioembolização seletiva, com eficácia comprovada sob controlo fluoroscópico. O estudo complementar com ressonância magnética revelou lesão neoformativa com 6,5x5,2cm, hiperintensa à periferia em T1 e com áreas centrais de hiperintensidade em T2. Coexistia

componente sólido hipervasculoso na vertente direita da lesão hiperintenso relativamente ao parênquima hepático e sem washout, sendo os achados sugestivos de hemorragia de CHC em fígado não cirrótico. Neste contexto foi proposta ressecção curativa com lobectomia hepática esquerda, que realizou três meses depois, sem intercorrências, e cuja avaliação anatomopatológica revelou CHC bem diferenciado (G1). A doente encontra-se assintomática aos 2 anos de follow-up, não tendo sido identificados nódulos de novo em reavaliação imagiológica periódica.

Conclusão: A rutura espontânea de CHC carece de diagnóstico atempado, dificultado na ausência de história de cirrose ou de CHC. A estabilização do doente revela-se fundamental, assim como avaliação imagiológica. Idealmente, se a condição do doente o permitir, deve ser privilegiada a angioembolização na fase aguda, permitindo posterior avaliação pré-operatória adequada. A hepatectomia em diferido representa o tratamento definitivo e associa-se a maior sobrevivência.

PO 44

LUMEN-APPOSING METAL STENT NA DRENAGEM DE ABCESSOS ABDOMINOPÉLVICOS: UMA ABORDAGEM SEGURA E EFICAZ

Luís Correia Gomes¹; Filipe Almeida²; Francisco Vara Luiz³; Isa Dos Santos²; Rui Garcia²; Carla Oliveira³; Pedro Pinto Marques³; Jorge Fonseca³
¹IPO Lisboa ²Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo ³Hospital Garcia de Orta, EPE

Género masculino, 18 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorre ao serviço de urgência por queixas de dor abdominal, vômitos e febre com uma semana de evolução. Ao exame objetivo, apresentava-se febril, medição auricular com 38,3°C, hemodinamicamente estável e ao exame abdominal com

abdómen distendido, timpanizado e dor à palpação dos quadrantes inferiores, no entanto sem sinais de irritação peritoneal. Realizou radiografia abdominal simples, detetando-se ansa sentinela central ao nível da ampola retal. Face a este achado realizou tomografia computadorizada (TC), detetando-se coleção com nível hidroaéreo em topografia pélvica a condicionar compressão significativa do cólon e bexiga com 10x6,1cm compatível com abscesso pélvico e apêndice espessado com captação de contraste. Colocou-se a hipótese de apendicite aguda com apresentação atípica com abscesso pélvico, iniciando antibioterapia com piperacilina/tazobactam. Por ausência de janela radiológica, contactou-se equipa de Gastrenterologia com o intuito de drenagem do abscesso por Ecoendoscopia (EUS). Realiza EUS após 2 dias onde se confirma abscesso com uma janela de acesso de 6cm e de conteúdo heterogéneo. Posteriormente a exclusão de interposição vascular, no ponto de maior contiguidade com parede digestiva (reto médio), aspira-se, com agulha de 19G, conteúdo purulento e coloca-se Lumen-apposing metal stent (LAMS) de 15x10mm com saída de quantidade abundante de pus e posterior colocação de prótese duplo pigtail. Abscessos abdominopélvicos com mais de 3cm, geralmente, requerem drenagem. Embora a maioria dos abscessos seja passível de drenagem percutânea, aqueles localizados na cavidade pélvica, por ausência de uma janela radiológica adequada, quer por sobreposição óssea, estruturas neurovasculares ou de órgãos (bexiga, intestino ou próstata) não são acessíveis por radiologia. Embora a drenagem cirúrgica seja uma alternativa à drenagem percutânea, esta é invasiva e está associada a riscos pós-operatórios inerentes, como hemorragia, infeção adicional, bem como a maiores períodos de internamento. Face a estas limitações. A drenagem de abscessos pélvicos guiada por EUS por via transretal

representa uma opção alternativa quando a via percutânea não é segura, previamente à opção cirúrgica. De acordo com a literatura, apesar de ser uma técnica recente, a drenagem guiada por EUS é tecnicamente segura e apresenta bons resultados clínicos, ampliando o conjunto de métodos minimamente invasivos no tratamento de coleções abdominopélvicas.

PO 45

REMOÇÃO GUIADA POR COLANGIOSCOPIA DE PRÓTESE BILIAR ANCORADA NO CÍSTICO

Alda Andrade¹; Marta Moreira¹; Isabel Tarrío¹;

Helena Ribeiro¹; Tarcísio Araújo¹; Luís Lopes¹

¹ULS Alto Minho - Hospital Viana do Castelo

A migração proximal de próteses biliares é uma complicação rara, habitualmente resolvida durante a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) através da utilização de diversas técnicas, sob fluoroscopia, incluindo o recurso a balão extrator ou a cestos de remoção de cálculos.

Apresenta-se um vídeo de uma migração proximal de uma prótese biliar duplo-pigtail, em que o pigtail distal estava ancorado no ducto cístico: Mulher de 79 anos, referenciada para litotricia por coledocolitíase complexa (cálculo com 20 mm). Na CPRE inicial foi realizada esfínterectomia e colocada uma prótese duplo pigtail.

Na CPRE programada para litotricia observou-se que a prótese tinha migrado proximalmente, encontrando-se a extremidade proximal nas vias biliares intra-hepáticas do lobo esquerdo. Apesar de múltiplas tentativas, com diversos acessórios, não foi possível a remoção da prótese por nenhuma das extremidades e, surpreendentemente, nunca foi possível mobilizar a sua extremidade distal. Decidiu-se proceder à litotricia laser do cálculo, guiada por colangioscopia, realizando-se fragmentação dos cálculos e remoção destes com cesto de Dormia e balão extrator.

Durante a colangioscopia verificou-se que o pigtail distal estava ancorado no ducto cístico, o que explicava a ausência de mobilização quando se tentou remoção da prótese. Com esta informação, passou-se um fio guia para o ducto cístico, sob colangioscopia, seguido da passagem de um balão extrator, que permitiu mobilizar o pigtail distal para a via biliar principal. Isto permitiu a captura da extremidade distal da prótese com um cesto de Dormia, sendo esta finalmente removida, sem dificuldade.

A doente reiniciou dieta e teve alta no dia seguinte ao procedimento, sem intercorrências. A migração proximal de próteses é uma complicação rara da CPRE, cuja resolução endoscópica é habitualmente conseguida com técnicas standard. Em caso de falência destas, a colangioscopia pode ser determinante para a resolução desta complicação.

PO 46

LESÃO HEPÁTICA AGUDA – QUANDO UMA CAUSA RARA SE ESCONDE ATRÁS DE UMA ETIOLOGIA FREQUENTE

Mónica Francisco¹; Sofia Bragança¹;

Fábio Pereira Correia¹; Filipa Bordalo Ferreira¹;

Mariana Cardoso¹; Joana Carvalho e Branco¹;

Alexandra Martins¹; David Horta¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A infeção pelo vírus da hepatite E (VHE) é frequentemente subdiagnosticada. A infeção aguda tem um curso geralmente indolente, mas o espectro da doença é muito variável, variando desde quadro clínico assintomático até insuficiência hepática aguda (IHA). A infeção grave é mais comum em grávidas e em indivíduos com doença hepática crónica, sendo a evolução para a cronicidade mais frequente em imunocomprometidos.

Homem de 71 anos, naturalidade portuguesa, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial, obesidade e litíase vesicular sintomática submetido a colecistectomia 9

anos antes. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de icterícia indolor, colúria, febre e mialgias com 1 semana de evolução. Saliava-se adicionalmente a ingestão de chá de borotutu (desde há 18 meses) e consumo frequente de enchidos. Negou medicação habitual, hábitos etanólicos ou toxifílicos.

O estudo complementar realizado evidenciou alteração das provas hepáticas de predomínio hepatocelular (AST 1988U/L, ALT 2504U/L, FA 143U/L, GGT 212UI/L, bilirrubina total 11mg/dL à custa da direta [9mg/dL], INR 1.3) e elevação de parâmetros inflamatórios (Leucocitose discreta e PCR 9,7mg/dL). A ecografia abdominal mostrou esteatose hepática moderada, sem outras alterações referidas ao fígado nem às vias biliares. Assumiu-se o diagnóstico de hepatite aguda, sem critérios de IHA, aguardando-se resultado de estudo analítico etiológico.

Verificou-se agravamento analítico inicial com INR 1.8 e bilirrubina 14.9mg/dL apesar de estabilidade clínica mantida, sem evidência de encefalopatia hepática. Pela suspeita de toxicidade a chá de borotutu, foi administrado protocolo de N-acetilcisteína, nas primeiras 72 horas, sem melhoria analítica, tendo realizado biópsia hepática.

Entretanto, a serologia VHE revelou-se positiva (IgM e IgG).

A biópsia hepática revelou esteatohepatite crónica moderada rica em eosinófilos e neutrófilos com colestase. A carga viral do VHE foi positiva (estudo qualitativo).

Desde o 10º dia de doença e sem terapêutica dirigida, verificou-se melhoria analítica sustentada (à data de alta 203U/L, ALT 388U/L, Bilirrubina 11.5mg/dL e INR 1.1) com normalização das provas hepáticas apenas 4 meses após a alta.

Apresentamos um caso que demonstra a importância da pesquisa de VHE mesmo perante uma história sugestiva de etiologia tóxica e de co-fatores etiológicos de doença hepática

prévia (doença esteatósica hepática associada a síndrome metabólica).

PO 47

ESTAMOS A SER EFICAZES NA ERRADICAÇÃO DE *HELICOBACTER PYLORI*? A PROPÓSITO DE UM ESTUDO UNICÊNTRICO

Mónica Francisco¹; Ana Catarina Garcia¹; Joana Carvalho e Branco¹; Ana Maria Oliveira¹; David Horta¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A erradicação da infeção por *Helicobacter pylori* (HP) representa um problema crescente com o aumento de resistência à anti-bioterapia. As terapêuticas de primeira linha recomendadas são a terapêutica quádrupla com bismuto (QB) e a quádrupla concomitante (QC). O objetivo deste estudo foi avaliar a taxa de sucesso local de erradicação de HP às terapêuticas prescritas e a identificação de fatores de risco para a sua falência. Realizou-se um estudo retrospectivo, unicêntrico, onde foram incluídos os doentes que realizaram teste respiratório da urease em 2022. Foram excluídos doentes em que o diagnóstico, terapêutica e teste de confirmação da erradicação não estivessem devidamente documentados em registo clínico ou que houvesse registo de infeção após um teste de confirmação da erradicação negativo. Os dados foram registados e feita análise estatística em Excel, tendo sido aplicado o teste chi-quadrado para avaliação de significância estatística.

Dos 328 doentes incluídos, 75.9% (n=249) receberam QB ou QC como terapêutica de primeira linha. A terapêutica de primeira linha mais prescrita foi QB (n=140) seguida de QC (n=109) com uma taxa de erradicação de 86,4% e 81,7%, respetivamente (p=0,30). A terceira terapêutica mais prescrita em primeira linha foi a terapêutica tripla com claritromicina com uma taxa de erradicação de 51,5% com diferença significativa relativamente às terapêuticas recomendadas (p<0,001). Rela-

tivamente às terapêuticas de segunda e terceira linhas (n=77) a QB e o esquema triplo com levofloxacina foram as mais prescritas, com taxas de erradicação de 75,6% e 57,1%, respetivamente.

Relativamente aos fatores de risco para falência terapêutica, avaliou-se a taxa de erradicação consoante a duração prescrita da QC: inferior a 14 dias com taxa de 60,7% e 14 dias com taxa de 88,3% ($p=0.001$). Comparou-se ainda a taxa de erradicação de QB e QC como primeira linha em diferentes subpopulações: sexo, naturalidade, duração de esquema de erradicação, antibioterapia nos 6 meses prévios, infeção por HIV e terapêutica imunossupressora assim como antecedentes pessoais de doença inflamatória intestinal e cirrose hepática. O único fator com significado estatístico foi a população com naturalidade em país africano (n=37) com taxa de erradicação inferior (73,0%) quando comparado com a naturalidade portuguesa (n=199) (86,4%) ($p=0.039$).

Em conclusão, as recomendações atuais do consenso de Maastricht VI/Florence estão adequadas à nossa população, com taxas de erradicação sobreponíveis às descritas na literatura; no entanto, ainda não se evidencia totalmente a sua implementação.

PO 48

IMPACTO DO RASTREIO DO CCR NA IDENTIFICAÇÃO PRECOZE DE DII COM CEP E NEOPLASIA DA VESÍCULA BILIAR

Inês Lopes Pestana¹; Joana Barreiro¹;
António Banhudo¹

¹Hospital Amato Lusitano

A doença inflamatória intestinal (DII) está geralmente associada a sintomas gastrointestinais ou manifestações extra-intestinais. Contudo, a sintomatologia pode ser ligeira e/ou não valorizada pelo doente/clínico, podendo o diagnóstico ocorrer incidentalmente após colonoscopia com outra indicação. O diag-

nóstico correcto e precoce é essencial para reduzir o risco de progressão da doença, detectar condições associadas, como é o caso da colangite esclerosante primária (CEP), determinar risco de neoplasias e consequentes intervalos de vigilância.

Reportamos o caso de um homem, 56 anos, sem antecedentes de relevo, sem medicação habitual, aparentemente assintomático. No contexto de rastreio do cancro colorrectal (CCR), realizou pesquisa de sangue oculto nas fezes, com resultado positivo, o que motivou realização de colonoscopia. Esta revelou microerosões e áreas de congestão até aos 35cm, encontrando-se a esse nível estenose franqueável com enteroscópio, e mucosa edemaciada e congestionada até ao íleon terminal. Histologicamente achados compatíveis com Doença de Crohn de intensidade moderada a grave, em fase activa. Após anamnese mais detalhada por Gastrenterologista, referência a perda de 7Kg em 3 meses, anorexia, desconforto abdominal nos quadrantes direitos e alteração dos hábitos intestinais desde um ano antes (4-5dejeções/dia, pastosas/liquidadas, com urgência defecatória). Analiticamente aumento de transaminases e dos parâmetros de colestase. ColangioRM revelou aspectos sugestivos de CEP e vesícula biliar de aspecto multilobulado com área sólida na região fúndica (18 mm) sugestiva de lesão neoplásica. Foi encaminhado à Cirurgia, tendo realizado colecistectomia e bisegmentectomia robotica Ivb/v + linfadenectomia do hilo hepático, sem intercorrências. Histologicamente adenocarcinoma da vesícula biliar pT2bN0. Mantém seguimento na consulta de DII e Cirurgia Geral, com reavaliação clínica, analítica e imagiológica periódica.

Este caso demonstra não só a importância do programa de rastreio de CCR na população geral, como a relevância de uma marcha diagnóstica célere e abrangente na DII, que permitiu o diagnóstico atempado e tratamen-

to curativo de neoplasia da vesícula. A CEP associa-se a DII em 60-80% dos doentes, mas está presente em apenas 5% dos doentes com DII. Doentes com DII e CEP apresentam um maior risco de neoplasias biliares, como colangiocarcinomas e neoplasias da vesícula, pelo que devem realizar ecografia abdominal anualmente, além da vigilância do tracto digestivo.

PO 49

O PAPEL DA ECOGRAFIA INTESTINAL PARA ALÉM DA MONITORIZAÇÃO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Bárbara S. Abreu¹; Joana Revés¹;
Mafalda Sousa Fernandes¹;
Catarina Cardoso Gomes¹; Francesco Della Nave¹;
Analisa Ribeiro¹; Carolina Palmela¹; Luísa Glória¹
¹Hospital Beatriz Ângelo

A ecografia intestinal tornou-se, nos últimos anos, um método de diagnóstico imprescindível e de primeira linha no nosso centro, tanto no diagnóstico como na monitorização dos pacientes com doença inflamatória intestinal (DII). Apresentamos, quer pelo seu interesse didático, quer pela iconografia, um caso de proctite ulcerosa, cuja ecografia intestinal permitiu o diagnóstico de uma neoplasia mucinosa do apêndice.

Mulher de 63 anos, com antecedentes de ooforectomia direita e diagnóstico de proctite ulcerosa aos 36 anos, sob 5-ASA com seguimento irregular. Desde 2017, com agravamento clínico com dor abdominal nos quadrantes inferiores, diarreia sanguinolenta e urgência defecatória, com necessidade de corticoterapia oral, sem melhoria clínica. Avaliada pela primeira vez na nossa instituição em maio 2020, portadora de colonoscopia com proctite ulcerosa Mayo 3 e estando medicada com messalazina oral e tópica e budesonido oral, mantendo clinicamente três dejeções/dia com sangue e urgência. Por doença corticorefratária, iniciou infliximab

5mg/Kg. A retossigmoidoscopia pré-tratamento confirmou proctite até aos 15cm Mayo 3, não apresentando alterações a montante. Após a indução, repetiu retossigmoidoscopia que apresentava apenas discreta hiperémia e congestão da mucosa no reto distal. Biópsias compatíveis com proctite ulcerosa quiescente. Por persistência das queixas de dor abdominal nos quadrantes inferiores, realizou ecografia intestinal na qual não foram identificados espessamentos patológicos do colón ou do intestino delgado. No entanto, ao nível da fossa ilíaca direita, identificou-se uma estrutura anecogénica, adjacente ao cego, com cerca de 54x15mm, rodeada por parede, que não apresentava sinal de doppler, sem hipertrofia da gordura mesentérica e sem adenopatias regionais, na qual foi equacionada a hipótese de mucocelo apendicular. Por este motivo realizou tomografia computadorizada que confirmou estrutura tubular com 48x18x19mm, bem delimitada, de contorno regular, com densidade média hídrica, em relação com dilatação quística do apêndice ileocecal. Na colonoscopia, na zona do orifício do apêndice, observava-se abaulamento da mucosa com cerca de 15 mm, achados estes que corroboravam a suspeita. Após discussão multidisciplinar, foi submetida a apendicectomia laparoscópica, cuja peça operatória documentou neoplasia mucinosa de baixo grau, tendo sido decidido posteriormente, vigilância em consulta de Cirurgia Geral. Devido ao comportamento incerto deste tipo de neoplasia, decidiu-se suspender a terapêutica biológica, mantendo terapêutica com 5-ASA oral e tópico desde junho 2023, encontrando-se desde então assintomática do ponto de vista clínico.

Este caso ilustra o benefício do uso da ecografia intestinal, não só no diagnóstico como na monitorização de doentes com DII, mas também o papel no diagnóstico de outras potenciais lesões do trato gastrointestinal.

PO 50

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA APÓS BIÓPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL

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

¹H. Viana do Castelo

Introdução: A hemorragia rectal após biópsia prostática guiada por ecografia é um dos eventos adversos mais frequentemente descritos para este procedimento, sendo geralmente menor e abordada por Urologia. Mais raramente, em até 1% dos casos, a hemorragia rectal pode ser grave e resultar em instabilidade hemodinâmica ou requerer suporte transfusional e/ou hemóstase endoscópica.

Descreve-se o caso de um doente submetido a biópsia prostática transrectal que necessitou de intervenção endoscópica para controlo da hemorragia.

Caso clínico: Homem de 75 anos, hipocoagulado com rivaroxabano por fibrilhação auricular permanente, foi submetido a biópsia prostática transrectal, guiada por ecografia, para investigação de nódulo prostático. O doente tinha suspenso hipocoagulação 5 dias antes do procedimento, mas reiniciou-a no dia seguinte à biópsia. Um dia depois, iniciou hematoquezias em quantidade abundante, pelo que recorreu ao Serviço de Urgência. Negava síncope, lipotímia e dor abdominal, bem como episódios prévios de rectorragias. Ao exame objetivo apresentava-se hipotensão (TA 98/68 mmHg) e taquicárdico (FC 114/min) e o tóque rectal revelou a presença de coágulos e sangue vermelho vivo. Analiticamente apresentava anemia aguda (hemoglobina 10.5 g/dL), sem outras alterações. Após iniciar fluidoterapia com cristalóides, foi submetido a rectoscopia, na qual foi observado abundante conteúdo hemático com coágulos na ampola rectal, que foram parcialmente aspirados e removidos com ansa de rede, permitindo

identificar um vaso pulsátil, com hemorragia ativa de alto débito, localizado na parede anterior do recto distal. Procedeu-se à clampagem do vaso com 3 clips hemostáticos, sem hemorragia no final do procedimento.

O doente foi admitido em internamento, onde apresentou evolução favorável, mantendo-se assintomático, sem evidência de recidiva hemorrágica, instabilidade hemodinâmica ou necessidade transfusional (hemoglobina mínima de 9.5 g/dL). A hipocoagulação foi reiniciada após 72 horas, com ponte com enoxaparina, sem intercorrências.

Conclusões: A hemorragia rectal severa após biópsia prostática transrectal é rara mas pode ser life-threatening, sendo essencial a sua abordagem precoce e adequada. Os casos em que é necessária a intervenção endoscópica são pouco comuns e portanto, escassamente descritos. Tal como neste caso clínico, nos casos descritos na literatura, a terapêutica endoscópica revelou-se uma opção eficaz e segura na hemóstase. Não existe ainda um consenso sobre qual a técnica endoscópica mais adequada, sendo a colocação de clips metálicos aquela que se encontra mais descrita. O timing da intervenção e a adequada gestão da anticoagulação são outros fatores que devem ser considerados e podem ter impacto no prognóstico destes doentes.

PO 51

LESÃO DE DIEULAFUY COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

Isabel Tarrío¹; Alda Andrade¹; Marta Moreira¹; Rui Arrais Castro¹; Tarcísio Araújo¹; Luís Lopes¹

¹H. Viana do Castelo

Introdução: A lesão de Dieulafoy (LD) é anomalia vascular do trato gastrointestinal em que uma artéria da submucosa anormalmente dilatada erode até à camada mucosa, mantendo o seu calibre (sem ramificação ou afilamento distal) e sem se verificar uma erosão ou ulceração da mucosa circundante. É

uma causa incomum de hemorragia gastrointestinal aguda (<2%) e tem localização predominantemente gástrica (>70% dos casos), sendo a sua localização no cólon rara.

Caso clínico: Mulher de 49 anos, com antecedentes de tabagismo e rinosinusite, admitida no Serviço de Urgência (SU) por síncope. Associadamente com tonturas, astenia e melenas com 2 dias de evolução. Referia utilização de anti-inflamatórios não esteróides (AINES) nos últimos 7 dias, por sinusite aguda. Negava dor abdominal/epigástrica, toracalgia, febre e alterações do trânsito intestinal. Negava outras perdas hemáticas, incluindo metrorragias ou hematúria. Tinha estudos endoscópicos de há 9 anos, sem alterações.

Ao exame objetivo, apresentava palidez cutâneo-mucosa e taquicardia (FC 111/min), sem hipotensão arterial (TA 103/67 mmHg). O toque rectal confirmou a presença de melenas. Analiticamente verificou-se a presença de anemia aguda ferropénica (hemoglobina 6.3 g/dL), associada a trombocitose (Plaquetas 429 000/L). O rácio de ureia/creatinina era normal.

Transfundiu uma unidade de concentrado eritrocitário e realizou Endoscopia Digestiva Alta no SU, que não apresentou alterações. Após preparação intestinal, foi submetida a ileo-colonosopia onde foi identificado, no cego, um coágulo de grandes dimensões, aderente à mucosa. Após injeção de adrenalina diluída, o coágulo foi destacado, ficando exposto um vaso, sem hemorragia ativa, sobre o qual foram colocados 2 clips hemostáticos, sem intercorrências. Não foi verificada recidiva hemorrágica, instabilidade hemodinâmica ou nova necessidade transfusional durante o internamento. Após 8 meses de seguimento, a doente não apresentou novos episódios de hemorragia gastrointestinal, apresentando estudo analítico sem anemia. Repetiu colonoscopia, na qual não foram identificadas alterações.

Conclusão: Este caso destaca que, embora pouco frequente, a LD é uma possível causa de hemorragia potencialmente grave, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de hemorragia gastrointestinal.

Os doentes com LD habitualmente são assintomáticos até à apresentação como hemorragia, que pode ser potenciada por triggers como o consumo de AINES, como no caso desta doente.

No cólon, a identificação da LD pode ser desafiante, dado que as alterações endoscópicas podem ser subtis e a sua visualização limitada pela inadequada preparação intestinal, particularmente aquando da presença de hemorragia ativa maciça.

O tratamento endoscópico é considerado de primeira linha, sendo a injeção de adrenalina e os métodos mecânicos os mais frequentemente utilizados.

PO 52

USTEKINUMAB NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Isabel Tarrío¹; Alda Andrade¹; Marta Moreira¹; Sílvia Giestas¹; José Ramada¹; Helena Ribeiro¹; Luís Lopes¹

¹H. Viana do Castelo

O Ustekinumab (UST) inibe seletivamente as interleucinas 12 e 23, sendo uma opção terapêutica com eficácia na Doença Inflamatória Intestinal (DII) e que apresenta como potencial vantagem um perfil de segurança mais favorável comparativamente aos anti-TNF.

Descreve-se a experiência de um hospital terciário com a utilização de UST.

Analisaram-se retrospectivamente os doentes sob UST no nosso hospital à data de 31/08/2023. Os automes primários foram a remissão clínica, analítica (calprotectina <250 ug/g) e endoscópica/imagiológica. Os outcomes secundários incluíram o n.º de internamentos por agudização/complicação, ciclos

de corticoterapia (CTC), cirurgias e complicações.

Incluíram-se 49 doentes com DII, seguidos há uma mediana de 8 anos [mín:0-máx:42], com uma mediana de 52 anos [mín:18-máx:84], incluindo 53.1% mulheres (n=26) e 28.6% (n=14) com > 65 anos.

A maioria apresenta Doença de Crohn (n=40; 81.6%), ileal ou ileocólica (n=18/40 e n=17/40, respetivamente), com comportamento não estenosante/penetrante numa minoria (n=14; 35.0%) e doença perianal em 24.5% (n=12). Nos casos de Colite Ulcerosa, a maioria (n=7; 77.8%) apresenta pancolite. Sete doentes (17.5%) apresentam manifestações extraintestinais e na maioria (n=38; 77.6%) não há história familiar de DII.

Em 77.6%, a terapêutica biológica de 1.ª linha fora um anti-TNF (27 Infliximab; 11 Adalimumab), suspenso maioritariamente por ausência primária de resposta (n=20; 40.8%).

Previamente ao início de UST, registaram-se 105 episódios de internamento (15 doentes; 30.6%) e a necessidade de 99 ciclos de CTC (n=38; 77.6%). Dezanove doentes (38.8%) foram submetidos a cirurgia por complicações da DII.

O UST foi usado como 1.ª linha de terapêutica biológica em apenas 9 doentes (18.4%). Nos restantes, decorreu uma média de 41.7 meses [2-160] desde o início do 1.º fármaco biológico. Em 40.8% (n=20) o USTK foi o biológico de 2.ª linha e em 30.6% (n=15) foi 3.ª linha. Dez doentes (20.4%) encontram-se sob regimes posológicos encurtados (<8 semanas).

O seguimento médio após iniciar UST foram 14.5 meses [0-39]. Neste período verificaram-se 11 episódios de internamento (7 doentes) e 1 doente foi submetido a hemicolectomia por doença fistulizante refratária. Em 9 doentes (18.4%) foi necessária CTC de resgate. Dois doentes (4.1%) apresentaram complicações infecciosas.

A remissão clínica e analítica foi alcançada na maioria dos doentes avaliados [61.7% (n=29/47) e 64.3% (n=27/42), respetivamente]. Apenas 22.2% (n=4/18) evidenciaram remissão endoscópica/imagiológica.

Nesta primeira análise, a terapêutica com UST levou à remissão clínica e analítica numa elevada proporção de doentes. A remissão endoscópica/imagiológica apresentou resultados subótimos, possivelmente pelo período relativamente curto de seguimento e também pelo recurso tardio a esta terapêutica, em doentes com doença complexa e maioritariamente não biológico-naíve.

PO 54

UMA CAUSA INSÓLITA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA COM CHOQUE HEMORRÁGICO

Madalena Pestana¹; Joana Carvão¹; Paulo Câmara¹; Vitor Pereira¹; Henrique Morna¹

¹Hospital Dr. Nélio Mendonça

A hemorragia digestiva baixa é uma situação clínica habitualmente autolimitada, podendo em alguns casos apresentar-se por hemorragia maciça. A abordagem inicial de estabilização hemodinâmica e marcha diagnóstica são um desafio clínico. Assim, é fundamental a seleção de estudos endoscópicos e imagiológicos a realizar, assim como a colheita detalhada de história clínica.

Reportamos o caso de uma mulher de 63 anos com antecedentes de fibrilhação auricular, estenose mitral, insuficiência cardíaca e cirurgia hemorroidária em 1999 e medicada habitualmente com varfarina, diuréticos, bisoprolol e asilzartan. Recorreu ao serviço de urgência por rectorragias com dois dias de evolução. Previamente referia obstipação desde há uma semana. Negava febre, vômitos, dor abdominal. À observação encontrava-se com perfil hipotensivo, exame abdominal inocente e toque retal com mariscas e sangue no dedo de luva. As análises revelaram

Hb 10.8g/dl, plaquetas 146 000/mm³, INR 2.39, TP 28.8seg, bilirrubina total 0.89, PCR 3.57mg/L. Dada evolução para instabilidade hemodinâmica, foi ativado protocolo de transfusão maciça e revertida anticoagulação. Foi submetida a endoscopia digestiva alta, que excluiu foco hemorrágico superior. A rectosigmoidoscopia foi inconclusiva pela presença abundante de sangue. Realizou angioTC abdominopélvica que evidenciou foco hemorrágico ativo no recto e volumoso hematoma intra-luminal, sem outras alterações. Após estabilidade clínica e preparação intestinal, realizou colonoscopia total. Constatou-se, a 1cm da margem anal, laceração transversal da mucosa com 20mm de comprimento e com coágulo fresco aderente. Encerrou-se a mesma com 3 clips (imagens endoscópicas). A doente retomou anticoagulação e não voltou a apresentar perdas hemáticas. Após exploração de história clínica, confirmou-se a correta aplicação de laxante por via rectal. Adicionalmente terá sido feita exploração manual da ampola rectal pela doente. Assumiu-se, por fim, hemorragia digestiva baixa de etiologia traumática, por bordo livre ungueal comprido. Os autores enfatizam a importância da padronização dos meios complementares na abordagem à hemorragia digestiva baixa. Destaca-se ainda a necessidade de colheita de história clínica detalhada para esclarecimento etiológico, nomeadamente exclusão de traumatismo como causa de hemorragia rectal.

PO 56

QUANDO A SOLUÇÃO PASSA A SER UM PROBLEMA – DRENAGEM DE UMA COLEÇÃO PÓS CIRÚRGICA

Mónica Francisco¹; Henrique Costa Coelho¹; Sofia Bragança¹; Fábio Pereira Correia¹; Joana Carvalho e Branco¹; David Horta¹
¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Nos últimos anos, a drenagem guiada por ecoendoscopia tem assumido um papel crescente na abordagem de coleções pós cirúrgicas, representando uma alternativa à drenagem percutânea e cirúrgica.

Apresentamos o caso de uma doente de 50 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal com 4 dias de evolução, associada a hipotensão e dispneia com início no próprio dia. Analiticamente destacava-se leucopénia de 3200/u, PCR 66mg/dL e Creatinina 3.9mg/dL. Evoluiu com choque séptico tendo iniciado suporte vasopressor e antibioterapia com piperacilina-tazobactam. Realizou TC-AP com evidência de pneumoperitонеu pelo que foi submetida a laparotomia exploradora que identificou úlcera pilórica perfurada tratada com ulcerorrafia e lavagem peritoneal.

Admitida na unidade de cuidados intensivos (UCI), tendo evoluído com manutenção de parâmetros inflamatórios elevados (leucocitose máxima de 23 500/uL e PCR 32mg/dL). Em TC de reavaliação identificaram-se coleções intra-abdominais, a maior (80x53mm) adjacente à parede anterior do estômago, pelo que foi proposta para drenagem transgástrica endoscópica. A ecoendoscopia revelou coleção adjacente à parede do fundo gástrico, homogénea e hipocogénica, pelo que se procedeu-se a punção com agulha 19G, com aspiração de conteúdo purulento. Optou-se pela colocação de prótese plástica duplo pigtail (7Fr 4cm), tendo-se verificado migração

da prótese para o interior da coleção. Conseguiu-se resolução endoscópica com recurso a cesto trapezóide. Numa segunda tentativa, foi colocada nova prótese, com drenagem de abundante líquido purulento.

Foi enviado material para microbiologia com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* e realizado ajuste de antibioterapia para meropenem. A doente evoluiu favoravelmente com transferência da UCI para a enfermaria, 7 dias após procedimento. A prótese de plástico foi removida após 3 semanas, na sequência de resolução clínica e imagiológica.

A drenagem endoscópica de coleções pós cirúrgicas tem-se assumido cada vez mais como uma terapêutica segura e eficaz. O risco de migração de próteses para o interior de coleções, apesar de raro, está descrito, bem como a sua resolução endoscópica. O método a utilizar na abordagem desta complicação não é consensual. Neste caso, o uso de um cesto litotritor revelou-se uma alternativa de sucesso.

Apresentamos iconografia detalhada dos procedimentos, em formato de imagem e vídeo.

PO 59

PANCREATIC CYSTIC LESION: TRUST THE WORRISOME FEATURES

Inês Costa Santos¹; Madalena Teixeira¹;
Sara Ramos 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 apresentam uma prevalência crescente, resultante da melhoria dos métodos de imagem e do envelhecimento populacional, com vários estudos a reportar prevalências até 50% em indivíduos acima dos 70 anos. São maioritariamente diagnosticadas incidentalmente, em exames de imagem realizados por outras indicações.

Descrição do caso: Os autores relatam o

caso de um homem de 74 anos, com história conhecida de adenocarcinoma da próstata, submetido a radioterapia, em remissão há 4 anos, dislipidemia e diabetes mellitus do tipo 2. História ainda de lesão quística da cauda pancreática detetada em 2009, após episódio de pancreatite aguda, uniloculada, com maior diâmetro de 2cm, sem worrisome features, que se assumiu tratar-se de pseudoquisto pancreático. Desde então assintomático, sem novos episódios de dor abdominal.

Em 2023, realizou TC abdominopélvica com contraste endovenoso para vigilância pós-neoplasia prostática, que documentou lesão quística da cauda do pâncreas, com cerca de 30 x 19 x 20mm, de contornos regulares e bem definidos, sem expressão de parede ou worrisome features. Restante parênquima pancreático sem alterações, nomeadamente sem ectasia ductal. Foi referenciado a consulta hospitalar, na qual foi solicitada ecoendoscopia para melhor caracterização da lesão, com aumento dimensional documentado. A ecoendoscopia identificou lesão quística bem delimitada, de contornos regulares, conteúdo anecogénico, com presença de nódulo mural sólido, bem definido, com diâmetro de 7mm e padrão elastográfico rígido. Sem comunicação da lesão com o ducto de Wirsung, que apresentava calibre normal. Foi realizada punção aspirativa com agulha de 22G, com envio de amostra de líquido intraquístico para análise bioquímica e punção do componente sólido para exame citológico. O líquido intraquístico apresentava amilase e CEA aumentados, bem como material amorfo que corava positivamente com Periodic Acid-Schiff e Azul alciano, correspondendo, portanto, a mucina. No exame citológico do nódulo sólido foram identificadas células com displasia de baixo grau. Após discussão multidisciplinar, o doente foi submetido a pancreatectomia caudal, tendo o exame anatomopatológico da lesão relevado quisto revestido por epitélio mucino-

so simples com displasia de baixo grau, sem outras alterações de relevo na peça cirúrgica. **Conclusão:** As lesões quísticas pancreáticas de natureza mucinosa apresentam risco de malignização, que se correlaciona positivamente com a presença de high-risk ou worrisome features. O presente caso destaca-se pela sua iconografia ecoendoscópica, pretendendo ainda alertar para a necessidade de existir cautela no diagnóstico presuntivo de pseudoquisto na presença de uma lesão quística simples em sede pancreática num doente com episódio prévio de pancreatite aguda.

PO 60

DOENÇA DE CROHN E PSORÍASE – UM DESAFIO CLÍNICO

Madalena Pestana¹; Vitor Pereira¹; Paulo Câmara¹;
Tiago Esteves¹; Henrique Morna¹
¹Hospital Dr. Nélio Mendonça

Os agentes inibidores do fator de necrose tumoral α (anti-TNF α) revolucionaram a prática clínica de variadas doenças imunológicas, nomeadamente doença inflamatória intestinal (DII) e psoríase. A sua vasta utilização levou ao reconhecimento de diversos efeitos adversos, como a psoríase paradoxal. O surgimento desta entidade constitui um desafio na abordagem de doentes com doenças inflamatórias crónicas, uma vez que requer frequentemente a suspensão do fármaco. O aparecimento de psoríase em doentes com DII representa uma minoria dos casos de psoríase paradoxal, sendo a variante palmoplantar a mais frequente. Reportamos o caso de um doente do sexo masculino, 39 anos de idade, com história de doença de Crohn ileal diagnosticada há 5 anos. Medicado habitualmente com azatioprina 150mg/dia e desde há 2 meses infliximab 5mg/kg, com três tomas administradas. Recorreu ao serviço de urgência por erupções cutâneas generalizadas com 15 dias de evolução. Negava prurido, febre, dor abdominal, alterações do trânsito gastrointestinal, novos

produtos de higiene ou doença recente. À observação apresentava múltiplas pápulas arredondadas cobertas por escama fina esbranquiçada dispersas pelos membros, tronco, mento, pavilhões auriculares e couro cabeludo, poupando palmas e plantas. Tinha ainda pápulas eritematosas confluentes em placas nas axilas e virilhas. Foi colocada a hipótese diagnóstica de psoríase guttata e inversa secundária ao infliximab e, dada a sua relação causal, esta terapêutica foi suspensa. Após referenciação à dermatologia, foi submetido a biopsia cutânea no couro cabeludo e antebraço, com diagnóstico histopatológico de alterações reativas inespecíficas em ambas as amostras. Apesar de não confirmado histologicamente, dada a forte suspeita clínica, assumiu-se uma psoríase paradoxal foi iniciada terapêutica tópica. Até à data, o doente tem apresentado melhoria das lesões e não há outros eventos a reportar.

Em doentes com DII, a psoríase pode aparecer quer como manifestação paradoxal à terapêutica anti-TNF, quer como manifestação da doença inflamatória crónica sistémica. Por um lado, psoríase paradoxal é um efeito contraditório e ainda com mecanismos fisiopatológicos por esclarecer. Por outro, a DII, particularmente a doença de Crohn e independentemente da terapêutica, está descrita como fator de risco para o surgimento de psoríase. Assim, o estudo etiológico de lesões psoriáticas em doentes com DII é um desafio clínico. Deve promover-se uma abordagem multidisciplinar, de forma a preservar a remissão da doença intestinal e assegurar a resolução das lesões cutâneas.

PO 61

UMA CAUSA RARA DE NEOPLASIA ESOFÁGICA: UM RELATO DE CASO

Joana Barreiro¹; Inês Pestana¹;
Marco Raposo Pereira¹; Mafalda Miranda Almeida¹;
José Tristan¹; António Banhudo¹

¹Hospital Amato Lusitano

Os tumores neuroendócrinos podem ser classificados em alto grau – carcinoma de pequenas células ou grandes células – e baixo grau – carcinóides. Os carcinomas neuroendócrinos (CNE) do esófago representam 0.04% de todos os CNE e 0.4-2.0% das neoplasias esofágicas. São mais comuns no sexo masculino com idade média de apresentação aos 65 anos.

Apresentamos caso de homem, 78 anos. Antecedentes de hábitos tabágicos e alcoólicos prévios até há 15 anos. Recorreu ao SU por anorexia, disfagia e intolerância alimentar para sólidos, associado a perda de marcha. Analiticamente a destacar anemia (12.1 g/dL), taxa de protrombina alterada (65%), e colestase (Fosfatase alcalina 353 U/L, gama-GT 339U/L, bilirrubina normal). Realizou endoscopia digestiva alta com identificação de lesão vegetante, necrosada, entre os 25 e os 35 cm dos incisivos, ocupando toda a circunferência, mas franqueável. As biópsias revelaram carcinoma neuroendócrino de pequenas células do esófago. A TC-TAP identificou metástases ganglionares, ósseas, pulmonares e hepáticas. A presença de metástases ósseas na coluna dorsal sugeria compressão medular, que foi confirmada por RMN. Assim, foi colocada prótese auto-expansível coberta e orientado o doente para Oncologia e Medicina Paliativa.

A particularidade deste caso reside na raridade do CNE do esófago. Tal como nesta situação, a disfagia é o sintoma mais comum à apresentação (63%) nos CNE esofágicos. A maioria deles tem mau prognóstico, comportamento agressivo e disseminação precoce. O local mais frequente de metastização são os nódulos

linfáticos, com metastização à distância no fígado, pulmão e osso. Por ser pouco frequente, o tratamento standard não está bem definido, podendo incluir cirurgia, QT, RT, tratamento endoscópico, terapêutica biológica ou dirigida.

Organização



NGHD

Núcleo de Gastrenterologia
dos Hospitais Distritais

Apoio Científico



Centro Hospitalar do
Trâmega e Sousa, E. P. E.

Apoio

sentir  penafiel

Major Sponsors

abbvie



Sponsors

Secretariado

ad  **médic**

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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